LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIETÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'EDITION

17, RUE CASSETTE, 17

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

QUATRE-VINGT-DIX-NEUVIÈME ANNÉE

1926

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1926

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE*. . . . 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Ethiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'ouvrira le samedi 30 janvier 1926, à 11 heures du matin.

HÔPITAUX MILITAIRES. — Les médecins militaires ci-après désignés, qui ont subi avec succès les épreuves du concours de 1925, ont obtenu le titre d'assistant des hôpitaux militaires et reçoivent les affectations suivantes :

A. 1° *Section de chirurgie.* — MM. les médecins-majors de 2e classe Bidault et Debrie, du 19e corps d'armée, sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

2° *Section d'électroradiologie.* — M. le médecin-major de 2e classe Picot du 22e rég. d'aviation à Chartres, est affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

B. 1° *Section de médecine.* — M. le médecin-major de 2e classe Gauch, du 16e escadron du train des équipages militaires, est affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

2° *Section de bactériologie.* — M. le médecin-major de 2e classe Meerssemann, du 18e rég. du génie à Grenoble, est affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

M. le médecin-major de 2e classe Sciaux, du 132e rég. d'artillerie lourde à tracteurs, est affecté à l'hôpital militaire d'instruetion Desgenettes à Lyon.

LOI MODIFIANT LA LOI DU 6 JANVIER 1923 DÉTERMINANT LA DATE DE NOMINATION AU GRADE D'AIDE-MAJOR DE 2e CLASSE DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 25 décembre 1925 publie la loi suivante :

« Article premier. — L'article 3 de la loi du 6 janvier 1923 déterminant la date de nomination au grade d'aide-major de 2e classe des élèves de l'Ecole du service de santé militaire ainsi que la situation particulière des élèves qui ont été mobilisés est modifié ainsi qu'il suit :

« Les élèves de l'Ecole du service de santé militaire sont nommés au grade d'aide-major de 2e classe, à compter du 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils ont obtenu le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien, avec une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme, à l'exclusion, pour les pharmaciens, de la durée du stage dans une officine.

« Les élèves de l'Ecole du service de santé militaire ayant pris rang dans le grade d'aide-major de 2e classe les 31 décembre 1922, 1923 et 1924, seront nommés médecins aides-majors de 1re classe, sans rappel de solde, respectivement les 28, 29 et 30 décembre 1924 ; les élèves nommés pharmaciens aides-majors de 1re classe, sans rappel de solde, respectivement les 29 et 30 décembre 1925. »

Art. 2. — L'article 6 de la loi du 6 janvier 1923 est complété par les dispositions suivantes :

« Ils bénéficieront des majorations d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, déterminées au premier alinéa de l'article 1er de la présente loi. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Ont été élus :

Membres correspondants nationaux : MM. Petit (de Niort), Jean (de Toulon), Courty (de Lille), Duvergey (de Bordeaux).

Membres associés étrangers : MM. Lamotte (d'Anvers) et Cranwell (de Buenos-Aires).

Membres correspondants étrangers : MM de Rio-Branco (Brésil), Bessim Omer-Pacha (Turquie), Miguel Algovin (Pérou).

PRIX JEAN BARÈS. — L'Office National des recherches et inventions vient de décerner pour 1925 les prix Barès destinés à récompenser des inventeurs pères d'au moins trois enfants ayant rendu à l'industrie française des services signalés.

Le quatrième prix Barès est décerné au docteur Bidou (de Paris), père de douze enfants, qui dirige à la Salpêtrière un service officiel de récupération fonctionnelle et a multiplié les méthodes et appareils pour mutilés et impotents.

CROISIÈRE MÉDICALE INTERNATIONALE EN ORIENT (17 mars-13 avril 1926). — Avec leur amabilité accoutumée nos confrères du *Bruxelles médical* veulent bien nous communiquer le programme de leur croisière médicale de Pâques :

LA CROISIÈRE EN MÉDITERRANÉE. — Après de longs pourparlers entièrement dominés par l'épineuse question du change et le désir de maintenir l'importante réduction médicale consentie, la Section des voyages médicaux est arrivée aux prix définitifs suivants dont la modicité dépasse toutes les prévisions :

1re classe : 4.000 francs belges; 2e classe : 2.625 francs belges; 3e classe : 1.600 francs belges.

Les 3es classes — étudiants en médecine — sont des cabines de quatre à six couchettes. Les voyageurs médicaux de seconde et de troisième classe pourront participer à la vie de bord des voyageurs de première, hormis le restaurant.

D'autre part, à titre d'essai, des appartements de grand luxe, de luxe et de demi-luxe sont disponibles à prix spéciaux. Ils pourraient être éventuellement occupés par des clients — convalescents d'affections non contagieuses — que des confrères voudraient emmener. Des places de 1re classe pourraient aussi leur être réservées, avec une légère majoration.

Toutes les inscriptions seront clôturées le 15 janvier.

Le *Lotus* quittera Marseille le 17 mars pour y rentrer le mardi 13 avril. Il est spécialement affrété pour *Bruxelles médical*.

Les voyageurs seront à Jérusalem le jour de Pâques.

Itinéraire. — Marseille, Naples, Malte, Le Pirée, Constantinople, Smyrne, Rhodes, Chypre, Beyrouth, Jaffa, Alexandrie, Marseille.

Le bateau sert d'hôtel-restaurant aux escales; les prix médicaux ne comprennent pas les visites de villes : celles-ci, de même que l'excursion à Athènes, au Bosphore, à Damas, aux Cèdres du Liban, à Tripoli, à Baalbek, à Jérusalem, au Caire, sont relativement peu coûteuses et faciles à organiser.

Une brochure-guide illustrée, spécialement éditée pour nos croisières et contenant tous les renseignements utiles, sera envoyée sous peu, aux confrères qui en feront la demande, au docteur R. Bernard, 62, rue Froissart, Bruxelles ; adresse télégr. : Belgfranav, Bruxelles.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — *Cours de psychiatrie élémentaire.* — M. le professeur Claude continuera ses cours de psychiatrie, avec présentation de malades, à partir du jeudi 7 janvier 1926, et tous les jeudis à 5 heures du soir.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DE MARSEILLE A MENTON EN CARS-LIMOUSINES P.-L.-M. — Outre les services d'excursions qui fonctionnent au départ de Marseille, Hyères, Cannes et Nice, pour la visite des principales curiosités des environs, l'organisation automobile P.-L.-M. sur le Littoral méditerranéen comporte la mise en circulation de services automobiles entre Marseille et Nice. Des cars-limousines à onze places effectueront le parcours, dans la même journée, avec déjeuner au Lavandou, en passant par Toulon, Hyères, la Côte des Maures, l'Estérel et Cannes. De Nice, des voitures conduisent à Menton par la Grande Corniche.

A dater du 5 janvier, d'autres services, assurés par des cars-limousines à quatorze places, permettront de faire, également dans la même journée, le voyage aller et retour entre, d'une part, Les Lecques, Toulon, Hyères et La Croix, et, d'autre part, La Croix, Cannes et Nice.

Les touristes auront ainsi à leur disposition tous les moyens de transport pour visiter la région et en apprécier le charme captivant : mer, soleil et fleurs. Ils pourront, au surplus, se procurer des billets combinés (chemin de fer et autocars) à prix réduit. Les billets délivrés au départ de Paris P.-L.-M. seront valables quatorze jours; ceux délivrés au départ de Lyon seront valables huit jours.

— AGENDA P.-L.-M. POUR 1926. — L'Agenda que la Compagnie P.-L.-M. publie chaque année constitue non seulement un ouvrage d'un réel intérêt artistique, mais il est aussi le bréviaire du bon voyage. Il est très recherché par les gens qui se déplacent et son succès va grandissant d'année en année.

L'édition 1926, qui est sur le point d'être épuisée, sera bientôt introuvable. Les personnes qui désirent se la procurer sont invitées à la demander sans retard au Service de la publicité P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris, qui la leur expédiera, à domicile, à réception d'un mandat-poste de 9 fr. pour la France et 12 fr. pour l'étranger.

LIVRES NOUVEAUX

La Tétanie infantile (1), par le docteur A.-P. TURPIN. Préface du docteur E. LESNÉ.

La tétanie, par le nombre considérable de recherches qu'elle a suscitées dans le cours de ces dernières années, est une question d'actualité.

Dans cet ouvrage, dont on ne saurait trop louer la méthode, l'auteur, après avoir envisagé les différentes conceptions pathogéniques antérieures à ses travaux, expose ses recherches personnelles sur les tétanies cliniques et expérimentales. Il nous montre, après un aperçu critique des théories calciprive, parathyréoprive, toxique, comment il fut amené à étudier les variations du taux du calcium ionisé du sang. Il nous montre également pourquoi il importe, dans l'étude de l'électro-diagnostic, de substituer au signe classique d'Erb la mesure de la chronaxie, seule conforme aux données de l'électrophysiologie moderne.

Après une longue introduction historique, cet ouvrage se divise en quatre parties.

La première est consacrée à l'étude des caractères cliniques des tétanies infantiles latente et manifeste, à l'étude de la chronaxie dans ces états et aux perturbations humorales contemporaines. A ce propos, sont rappelées assez longuement, pour rendre un tel exposé explicite, les conceptions modernes sur l'équilibre acides-bases du sang, l'intérêt de la mesure du pH et de la réserve alcaline de ce milieu.

Le second chapitre est entièrement consacré à l'étude de la tétanie parathyréoprive. A propos d'un cas observé en clinique humaine, l'auteur a poursuivi sur ce sujet des recherches entièrement nouvelles.

L'étude des tétanies expérimentales dites par hyperalcalose provoquée est envisagée dans le troisième chapitre. C'est en particulier la tétanie par hyperpnée volontaire et prolongée qui est étudiée dans cet ouvrage, l'analyse de ses manifestations cliniques, des variations de la chronaxie qu'elle détermine, modifications de l'excitabilité neuro-musculaire parallèles aux variations physico-chimiques du sang.

Le dernier chapitre concerne la thérapeutique de la tétanie. Est envisagée en particulier l'action sur le milieu sanguin du chlorure de calcium, de la lumière, du chlorure d'ammonium et des inhalations de mélanges gazeux riches en CO^2.

Ce livre, si riche en idées nouvelles et en données du plus haut intérêt, se termine par des conclusions générales dans lesquelles l'auteur expose la conception physiopathogénique et les conséquences thérapeutiques qui résultent de ses recherches.

L. BABONNEIX.

(1) Un volume de 230 pages. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LES PHÉNOMÈNES DE CHOC

REVUE CRITIQUE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE

Par le docteur L. LANGERON,

Chef de clinique médicale, Préparateur de médecine expérimentale à la Faculté de Lyon.

On a pris depuis quelques années l'habitude de désigner sous le nom de « phénomènes de choc », un ensemble de manifestations cliniques vraiment surprenantes par leur caractère brusque et souvent cataclysmique, et différentes des processus toxiques ou infectieux habituels.

L'expression semble avoir été créée par Travers en 1826 (shock), puis employée par Hunter et par tous les auteurs après lui pour désigner des accidents d'origine traumatique puis plus tard de cause opératoire (Fischer 1870). Richet et Portier s'en servent pour décrire les symptômes de l'anaphylaxie expérimentale; peu à peu l'appellation s'étend, d'abord aux manifestations cliniques rattachées ou supposées rattachables à l'anaphylaxie, puis à tous les symptômes que leur étrangeté ou leur allure anormale ne permettent pas de classer dans un cadre nosographique précis. De là est née une confusion évidente, souvent même probablement jusque dans l'esprit de beaucoup de ceux qui emploient ce terme, si bien que souvent, désignant un phénomène de nature indéterminée, le mot « choc » ne sert purement et simplement qu'à cacher notre ignorance sous un masque commode et expressif.

Ayant eu l'occasion, dans le laboratoire du professeur F. Arloing et sous sa direction, d'étudier quelques-uns des problèmes touchant cette question, dans une série de travaux dont on trouvera chemin faisant les indications bibliographiques, nous désirerions nous efforcer d'en présenter ici une exposition aussi claire et aussi schématique que possible. Il serait évidemment exagéré de prétendre arriver à une exactitude définitive pour une matière aussi complexe et aussi « en mouvement », et nous tâcherons surtout, de fixer l'aspect qu'elle présente actuellement au clinicien comme au biologiste, en insistant sur les points dont nous nous sommes occupés plus spécialement. Dès maintenant et d'une façon générale nous tenons à insister sur ce fait, que les solutions et les interprétations présentées au cours de cet exposé, ont, dans notre esprit, moins le caractère de vérités définitivement acquises, que celui d'hypothèses de travail, et de directives ultérieures.

Les difficultés d'étude. — Tout d'abord, le terme de choc, prête, en lui-même, aisément à la critique; il éveille trop en effet l'idée d'un bouleversement physique dont, suivant l'expression de Milian « nulle oreille n'a encore entendu le fracas dans nos capillaires », puisque la nature physique même du processus reste douteuse dans beaucoup de cas. Mais le mot étant entré dans l'usage et ayant acquis droit de cité, il n'y aurait nul avantage à essayer de lui en substituer un autre; nous continuerons donc à nous en servir, malgré les imperfections qu'il comporte.

Il convient de signaler ensuite, au moins pour tâcher de les éviter, quelques-unes des causes qui ont contribué à embrouiller la question; à notre avis il en existe quatre principales :

1. La première a résidé dans la confusion continuelle entre les termes de choc et d'anaphylaxie; l'un n'est qu'un groupe de symptômes, l'autre une espèce morbide, définie par la réintroduction dans un organisme sensibilisé par une première administration antérieure, d'un antigène généralement protéique, inoffensif par lui-même; nous verrons que les chocs anaphylactiques ou anaphylactoïdes ne sont que des cas particuliers d'un phénomène de signification beaucoup plus étendue.

2. La deuxième consiste dans l'emploi indifférent des mots « pathogénie » et « mécanisme pathogénique » et dans l'absence de distinction entre les deux données. Comme l'a démontré notre maître le professeur L. Bard (1), la pathogénie doit s'entendre de la production des causes pathogènes et de leur enchaînement, le mécanisme pathogénique au contraire, seulement de leur mode d'action pour déterminer les symptômes observés. Très souvent en pathologie, et l'étude des chocs en fournira un exemple, il existe des pathogénies nombreuses et variées qui agissent par un même mécanisme pathogénique, constamment identique; l'inverse peut du reste être également vrai.

3. La troisième raison est qu'on a trop cherché à résoudre simultanément tous les problèmes relatifs au choc et qu'en particulier on s'est presque constamment attaché au plus difficile d'entre eux, à la pathogénie.

4. La dernière enfin, mais non évitable, tient à l'absence de critérium anatomique. Les lésions, quand on a l'occasion de les constater, n'ont rien de spécifique et tout se passe sur le terrain mobile de la physiologie pathologique.

Qu'est-ce donc que le choc? — Bien que cette définition doive plus légitimement servir de conclusion à ce travail, qu'être présentée à son début, nous la donnons tout d'abord, quitte à devoir en démontrer par la suite son bien-fondé, afin de permettre au lecteur de suivre plus facilement notre description.

Par le mot « choc » nous entendrons *un groupe de symptômes*, très analogues sinon identiques dans tous les cas, variables dans leur intensité et leurs associations, d'*ordre surtout vaso-moteur et viscéral, survenant dans des conditions étiologiques variées, ressortissant à des pathogénies multiples et différentes suivant les cas, mais relevant d'un mécanisme pathogénique unique, réductible à une brusque perturbation du système nerveux de la vie de nutrition.*

I

CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES ET ASPECTS CLINIQUES DES CHOCS

La définition ci-dessus laisse présager la variété de ces causes et de ces aspects; c'est d'ailleurs avec ces conditions étiologiques que changent les formes que revêt cliniquement le choc, si bien que pour éviter des redites et malgré que cette manière de faire s'éloigne de l'habitude prise en pathologie, nous grouperons étiologie et symptomatologie, en

(1) L. Bard. Etiologie, pathologie générale et mécanisme d'action des causes pathogènes, *Progrès méd.*, 1922, p. 606-609.

décrivant les principaux symptômes des chocs d'après les causes différentes qui les provoquent (1).

I. Les chocs entités morbides bien définies. — Il en existe un certain nombre de variétés.

1. **Le choc le plus typique comme le plus grave** est certainement celui qui est *réalisé dans les conditions de l'anaphylaxie* par voie parentérale, soit expérimentale (travaux initiateurs de Richet-Portier) soit clinique, réinjections sériques chez des sujets sensibilisés.

Le tableau rapide et dramatique en est bien connu (2); en pleine santé apparente, immédiatement après l'injection (réactions du premier quart d'heure) le sujet pâlit, pousse un cri et tombe; ses pupilles se dilatent, il accuse une gêne respiratoire intense, des épreintes rectales et vésicales; il émet des matières liquides, sanguinolentes même; la dyspnée s'installe, souvent avec une expectoration œdémateuse; le pouls s'accélère, devient incomptable, la pression artérielle s'abaisse considérablement; il existe des bouffées vaso-motrices fugaces, du gonflement de la face, des lèvres et de la langue, du prurit et de l'horripilement; des sueurs froides et profuses font leur apparition; la température centrale s'abaisse (phénomène dont la mesure a pu servir à établir l'intensité du choc).

L'évolution est rapide; ce peut être la mort avec des convulsions toniques et cloniques; ce peut être la guérison, alors rapide et complète, quelquefois instantanée. Quelques heures après, l'orage a passé, tout est rentré dans l'ordre. Ces phénomènes n'ont pas toujours, la même intensité ni la même brusquerie; leurs expressions cliniques varient sans qu'on puisse les prévoir. L'hyperthermie peut s'observer.

Dans le choc anaphylactique d'origine digestive (3), à côté du grand choc typique, il existe des manifestations plus discrètes, où dominent les symptômes cutanés.

2. **Au choc anaphylactique vrai, s'apparentent cliniquement les chocs dits anaphylactoïdes** par injection première de substances protéiques [peptone, lait, métaux colloïdaux, vaccins microbiens, particules insolubles, etc. (4)]. On y retrouve, souvent plus atténués, les mêmes symptômes fondamentaux. La fièvre y est plus fréquente (5), les arthropathies également.

(1) Pour les causes des chocs en général, voir surtout : F. WIDAL, P. ABRAMI et E. BRISSAUD. Etude sur certains phénomènes de choc observés en clinique, *Presse méd.*, 3 avril 1920, p. 181-186; —Ch. RICHET fils et GODLEWSKI. *Journ. méd. franç.*, mars 1922, p. 111-116.

(2) Voir M. PÉHU et P. DURAND. *Ann. de méd.* 1920, n° 3, p. 196-225.

(3) Voir surtout : Ch. RICHET fils, G. LAROCHE et F. SAINT-GIRONS. L'anaphylaxie alimentaire; CORDIER. *Journ. de méd. de Lyon*, 1920, p. 113, et *Arch. des mal. du tube dig.*, 1920. p. 287. — LESNÉ et DREYFUS. *Journ. méd. franç.*, 15 janv. 1913, p. 5-13. — BARNATHAN. *Th. de Paris*, 1910-1911. — F. ARLOING et L. LANGERON et SPASSITCH. *Réunion biol. de Lyon*, 17 déc. 1923, 28 avril, 19 mai et 20 oct. 1924. — F. ARLOING, L. LANGERON et SPASSITCH. Recherches expérimentales sur l'anaphylaxie digestive, *Journ. de méd. de Lyon*, 1926. — SPASSITCH. *Th. de Lyon*, 1926.

(4) CASSAN. La protéinothérapie, *Gaz. des hôpit.*, 8 et 15 nov. 1919. Il nous a semblé, dans des expériences récentes (*Réunion biol. de Lyon*, 16 nov. 1925), que le pouvoir choquant d'une protéine donnée pouvait être en rapport avec son degré de désintégration digestive.

(5) F. BESANÇON, M.-P. WEIL et L. DE GENNES. Fièvres et arthropathies d'origine protéinique, *Presse méd.*, 26 avril 1924, p. 365.

3. **Le choc traumatique** mérite une description à part (1). Sans grands rapports avec l'intensité du traumatisme; il se voit, peu chez l'enfant et chez le vieillard, surtout chez l'adulte homme, intellectuel ou civilisé, chez les tarés ou les surmenés. Les traumatismes encéphaliques et abdominaux, les grands délabrements des blessures de guerre en sont surtout responsables. Le traumatisme des opérations abdominales est bien connu, comme facteur de choc, depuis les travaux de L. Tixier (2).

Il se caractérise cliniquement, par l'hypotension artérielle, le pouls fréquent et faible, l'hypothermie, la respiration superficielle, l'hypoesthésie et l'indifférence générales. Il peut être immédiat, précoce ou retardé; atténué ou intense, avec des dominantes sensiblement analogues.

4. **Le choc peut avoir une origine purement nerveuse.** — Les *émotions* dont l'observation est de date immémoriale, la peur notamment avec la mydriase, l'horripilement, les sueurs froides et le relâchement des sphincters; la joie également. Citons quelques exemples historiques : Sophocle meurt en recevant applaudissements et couronnes; Xerxès dans un accès de rire; la nièce de Leibniz en découvrant dans le lit de son oncle 600.000 francs (or, probablement!); Philippe V à l'annonce de la défaite espagnole; Pitt à celle de la victoire de Napoléon à Austerlitz, etc.

Il en est de même *d'excitations nerveuses directes*, pneumogastrique (3) réflexe oculo-cardiaque (4), et pour cette raison, Crile conseille la superposition de l'anesthésie locale à l'anesthésie générale.

5. **Il existe des chocs par agent physique externe.** — L'action du froid (5) et du chaud (6) est bien connue; les rayons X produisent dans certains cas ce qu'on a appelé « le mal des irradiations pénétrantes » (7); dans ce dernier cas les symptômes sont peu extériorisés, surtout d'ordre humoral ou hémoclasique (voir plus loin).

6. **Enfin des agents chimiques définis** peuvent produire le choc, poudres inertes (8), chlorure de calcium, strychnine, etc. (9), et surtout *arsénobenzènes* (10); c'est dans ce dernier cas le tableau de la *crise nitritoïde*; troubles vaso-moteurs, fourmillements, œdèmes de la face, de la langue et des lèvres, pouls rapide et irrégulier, sueurs, angoisse, diarrhée et vomissements, asthénie intense; l'évolution est

(1) Voir surtout : Y. BOURDE. Le choc traumatique. *Gaz. des hôpit.*, 2-4 et 11 nov. 1922 (nombreuses indications bibliographiques). — QUÉNU, P. DUVAL et MOCQUOT. Rapport au *Congrès intern. de chir.*, Londres, 17-20 juillet 1923. — ROGER. Le choc nerveux, *Revue de méd.*, 1916, p. 422-460 (indications des travaux antérieurs de l'auteur sur le même sujet).

(2) L. TIXIER. *Th. de Lyon*, 1896.

(3) PAGNIEZ. *Soc. de biol.*, 1921, p. 766.

(4) TINEL et SANTENOISE. *Soc. de biol.*, 22 oct. 1921; — *Journ. méd. franç.*, mars 1922, p. 106.

(5) WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. *Presse méd.*, 1921, p. 1017; — *Acad. des sciences*, 25 juillet 1921, et loc. cit.

(6) Ch. RICHET fils. *Soc. de biol.*, 1921, p. 713, et loc. cit.

(7) Mlle GIRAUD, GIRAUD et PARÈS. *Presse méd.*, 17 sept. 1921, p. 746 et 14 oct. 1922, p. 885. — LIGNAC et DEVOIS. *Ibid.*, 2 avril 1924, p. 291. — AZOULAY. *La Vie médicale*, 5 oct. 1923.

(8) A. LUMIÈRE et H. COUTURIER. *Acad. des sciences*, 6 déc. 1920.

(9) F. ARLOING et L. LANGERON. *Acad. de méd.*, 17 oct. 1922, et *Arch. franç. de pathol. gén. et d'anat. pathol.*, janv. 1923.

(10) JEANSELME et POMARET. Etude expérimentale des phénomènes de choc produits par les arsénobenzènes, *Ann. de méd.*, 1921, t. X, n° 6. — JUSTER et BALANIAN. *Revue de méd.*, 1923, p. 354-361 (avec de nombreuses indications bibliographiques), et *Paris méd.*, 11 août 1923.

rapide, la mort possible; le tableau clinique en est presque calqué sur celui du choc anaphylactique expérimental. Milian a décrit quelques formes plus particulières, syncopale d'emblée, asthmatiforme, secrétoire et hémorragique.

Dans ces divers cas, *de chocs entités morbides*, la discrimination est facile tant au point de vue clinique qu'étiologique, et c'est à dessein que nous avons passé rapidement sur leur symptomatologie bien connue.

Il faut cependant attirer l'attention sur un fait, à savoir qu'il est parfois très difficile sinon impossible de distinguer entre *le choc anaphylatique et le choc protéique de première injection*. Si chez l'homme, on peut toujours invoquer des sensibilisations méconnues ou même héréditaires pour assimiler les deux dans le même cadre de l'hypersensibilité seconde, il n'en va plus de même chez l'animal qu'on prend « neuf » et chez lequel on peut se convaincre de l'étroite similitude entre les deux phénomènes (1).

II. **Les manifestations de choc au cours de diverses maladies ou syndromes.** — A côté des chocs « entités morbides » qui portent en eux-mêmes leurs signes d'origine, il existe une série de faits, dont la liste va s'allongeant tous les jours, dans lesquelles, au *cours d'états pathologiques bien caractérisés* par ailleurs, apparaissent à un moment donné et intercalées dans le contexte clinique, *des manifestations qu'on peut rapporter à des états de choc intercurrents, isolés ou répétés*. C'est surtout pour eux qu'il faut éviter l'erreur, d'employer indifféremment les termes d'anaphylaxie et de choc, et pour parler de la première il faut avoir la preuve d'une sensibilisatiou antérieure.

C'est ainsi qu'on a retrouvé des manifestations de choc, dans une série d'affections très différentes (2); la maladie serique (3); l'accès d'asthme et ses équivalents (4); la migraine (5); l'épilepsie (6); l'hémoglobinurie paroxystique (7); diverses dermatoses (8); urticaires (9); œdèmes (10); purpuras (11); prurits, alopecies transitoires (12); dermites polymorphes douloureuses de Brocq (13); intoxications vermineuses (14); mal de mer (15); affections mentales à évolution cyclique (1); les phénomènes critiques des maladies aiguës (2), pneumonie, paludisme typhus récurrent principalement), et des affections chroniques, accès de goutte (3).

De cette longue énumération, encore bien incomplète, mais que surcharger encore rendrait éminemment fastidieuse, l'objection surgit à l'esprit que *bientôt toute la pathologie va rentrer dans les limites du choc* !

C'est qu'en vérité, il est bien peu de processus pathologiques qui, à un moment ou à un autre de leur évolution, n'intéressent, peu ou prou le système nerveux végétatif; et comme d'autre part, le choc repose sur une perturbation de ce système, on conçoit facilement que les manifestations dites de choc deviennent d'une extrême fréquence et puissent être rencontrées dans les états les plus divers. Mais pour admettre légitimement leur existence et leur réalité, *c'est avant tout affaire de brusquerie et d'intensité*, et là comme ailleurs, le bon sens ne perd jamais ses droits. Aussi bien, la plupart des symptômes pathologiques ne sont que l'exagération ou la déviation d'un phénomène physiologique auquel ils se relient par des transition insensibles, et c'est toute l'habileté et toute la perspicacité du clinicien que de discerner là ou finit le physiologique pour faire place au pathologique.

III. **La crise hémoclasique, description valeur séminologique.** — La discrimination de tous ces états est souvent délicate ; pour y aider, on a décrit, surtout avec F. Widal et son école, un groupe de symptômes, latents et qu'il faut rechercher, d'ordre humoral, et dont nous avons gardé la description pour la fin, car ils se retrouvent dans tous les états de choc que nous avons envisagés, et ils en constituent une sorte de test, de critérium biologique qui peut servir à les reconnaître et à les caractériser.

Ces symptômes humoraux sont groupés sous le terme de *crise hémoclasique ou colloïdoclasique* (4); d'après Widal qui a créé le terme, ils constituent un indice non seulement séméiologique, mais aussi étiologique, témoignant de l'aptitude particulière de l'organisme à la rupture de l'équilibre colloïdal, à la colloïdoclasie, cause des accidents observés.

Nous en résumons les principaux caractères séméiologiques : hypotension artérielle portant surtout sur la maxima ; vaso-constriction périphérique et vaso-dilatation abdominale ; leucopénie périphérique avec inversion de la formule leucocytaire; troubles de la coogulation généralement augmentée; rutilance du sang veineux, déjà notée en 1893 par Roger confirmant les observations de Brown-Séquard ; diminution de l'index réfractométrique ; acidose sanguine ; augmentation de la tension superficielle, diminution de la viscosité ; par contre absence de variations dans les pouvoirs alexique (5) et agglutinant (6) du sérum.

---

(1) Brodin et Ch. Richet fils. *Soc. de biol.*, 1921, p. 298. — Ch. Richet fils et Godlewski. *Journ. méd. franç.*, mars 1922, p. 113.

(2) V. surtout : Pagniez. Troubles et maladies déterminés par l'anaphylaxie, *Nouveau Traité de médecine*, t. VII, p. 99-125.

(3) Péhu et Durand. Loc. cit. — P. Courmont. La maladie sérique, *Nouveau Traité de médecine*, t. VII, p. 126-140.

(4) L. Langeron. Pathogénie et traitement de l'accès d'asthme, *Clinique et laboratoire*, 20 fév. 1925, p. 22-33.

(5) Rapports à la *Soc. de neurol.*, juin 1925, t. I, n° 6, p. 854-961.

(6) L. Langeron. Les manifestations viscérales de l'épilepsie, *Gaz. des hôpit.*, 7 et 14 nov. 1925, p. 1441-1445 et 1473-1477.

(7) Widal. Loc. cit. — R. Bénard. L'hémoglobinurie paroxystique, *Journ. méd. franç.*, nov. 1920, p. 446-473.

(8) Sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées, rapports au *Congrès de dermat.*, 1923.

(9) Ravaut. Pathogénie de l'urticaire, *Pratique méd. franc.*, fév. 1925, p. 76-83.

(10) Le Calvé. *Gaz. des hôpit.*, 1921, p. 1533. — Castaigne et Paillard. La maladie de Quincke, *Journ. méd. franç.*, 15 fév. 1914, p. 40.

(11) De Lavergne et Bize. *Presse méd.*, 6 sept. 1924, p. 730.

(12) Sabouraud. *Presse méd.*, 6 janv. 1923. — Berges. *Sciences méd. et biol. de Montpellier*, 4 janv. 1924.

(13) Gougerot et Blamoutier. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 janv. 1925, p. 26-29.

(14) Morenas. L'anaphylaxie dans les helminthiases intestinales, *Journ. de méd. de Lyon*, 1922, p. 773-780. — Boidin. *Journ. méd. franç.*, 15 sept. 1910, p. 400-401.

(15) Lesbats. *Th. de Lyon*, 1925. — Prieur. *Th. de Paris*, 1924.

(1) Tinel et Santenoise. *Presse méd.*, 15 avril 1922, p. 321-323. — Santenoise. *Th. de Paris*, 1922. — Laignel-Lavastine. *Progrès méd.*, 1922, p. 529.

(2) Chauffard. Th. d'agrégation, 1885-1886. — Cotoni. La crise dans la pneumonie, *Ann. de méd.*, 1914, t. I, p. 525.

(3) M.-P. Weil. *Ann. de méd.*, 1921, n° 2, p. 134.

(4) Voir L. Langeron. La crise hémoclasique, *Pratique méd. franç.*, sept. 1925, p. 393-401 (pour des renseignements plus précis et les indications bibliographiques concernant la crise hémoclasique).

(5) Arloing et L. Langeron. *Réunion biol. de Lyon*, 13 juin 1921.

(6) Arloing, L. Thévenot et Langeron. *Ibid.*, 23 mai 1921.

Parmi ces symptômes, les plus communément recherchés sont l'hypotension et la leucopénie ; il faut se montrer sévère dans leur appréciation, car, en dehors des erreurs inhérentes aux techniques, il existe des variations physiologiques importantes, qui montrent une fois de plus les transitions insensibles reliant la fonction normale au trouble pathologique. Enfin on connaît l'application qu'a faite Widal de cette méthode, sous le nom d'hémoclasie digestive, à l'étude de l'insuffisance protéopexique du foie.

En résumé, au point de vue séméiologique, entité morbide ou manifestation intercurrente, l'état de choc, observé dans des conditions étiologiques très variées, se caractérise par des symptômes d'ordre surtout viscéral et vaso-moteur et par des tests vasculo-sanguins. *Pour avoir le droit de parler de choc, il faut observer une certaine brusquerie et une certaine intensité de ces phénomènes* ; une grande circonspection est de rigueur ; *à étendre indéfiniment l'emploi du terme choc, on risque de lui enlever toute véritable signification clinique comme toute valeur nosographique.*

II

PATHOGÉNIES ET MÉCANISME PATHOGÉNIQUE DES CHOCS

Nous insistons à nouveau, sur la nécessité, sous peine de confusion irrémédiable, d'examiner séparément les points de vue différents de la pathogénie et du mécanisme pathogénique. Tandis que la première est variée, complexe, souvent encore mal établie et en pleine discussion, le second paraît simple et unique pour les diverses éventualités de la première.

I. **Pathogénies des chocs.** — Elles sont :

1. **Variées.** — Aucune assimilation à établir par exemple entre la peur et une réinjection sérique, entre un traumatisme abdominal et une injection intra-veineuse d'arsénobenzènes. Elles diffèrent donc avec chaque cas particulier, et ceci est surtout évident dans les manifestations du choc liées à l'évolution de telle ou telle affection pathologique.

2. **Complexes et encore sujettes à discussion dans beaucoup de cas.** — Si, en effet, il est facile d'imaginer le rôle de l'excitation d'un nerf, de l'injection d'un produit toxique, si l'on conçoit déjà moins aisément l'action du froid, de la chaleur, de l'émotion, l'obscurité règne encore sur la pathogénie de certaines autres causes.

Les chocs anaphylactiques et anaphylactoïdes (1) sont expliqués de divers façons : théorie toxique de Ch. Richet, précipitines de Friedberger, floculation de Lumière et Kopaczewski, colloïdoclasie de Widal (2) ont leurs partisans et leurs détracteurs, et nous n'avons ni la prétention ni la possibilité de les départager.

Les chocs consécutifs à la radiothérapie (1) relèvent, soit de la désintégration des tissus agissant alors comme un choc protéique, soit de l'action directe des radiations sur le sang ou le système sympathique.

Le *choc traumatique* (2) relève de facteurs complexes, contusions nerveuses, émotions, hémorragies, écrasement des tissus et auto-intoxications, infection même.

Du reste dans ces diverses éventualités, et nous nous bornons à celles-ci pour montrer l'aspect du problème, *des facteurs différents peuvent agir de concert* ; il n'entre d'ailleurs pas dans le but de ce travail de développer davantage ce chapitre, qui constitue certainement le point le plus obscur et le moins bien connu de la question qui nous occupe. Son éclaircissement semble dans beaucoup de cas au-dessus de nos moyens d'investigation ; *nos recherches n'ont pas porté particulièrement sur ce sujet* et nous n'insistons donc pas davantage.

II. **Mécanisme pathogénique du choc.** — Il nous semble beaucoup plus utile à étudier car il comporte de nombreuses applications pratiques (3) ; son exposition comprend un certain nombre de points de vue que nous développerons successivement. C'est de lui que nous nous sommes surtout occupés.

1. **Il faut pour faire des phénomènes de choc un certain degré de perfectionnement dans l'organisation générale.** — C'est ainsi que dans la série animale (4), les manifestations de choc semblent absentes chez les invertébrés et les poissons (5) ; elles commencent chez les oiseaux, sont à leur maximum chez les mammifères, inégalement réparties suivant les espèces, le lapin réagissant peu cliniquement, le cobaye beaucoup au contraire ; c'est enfin chez l'homme qu'elles présentent leur apogée et leur plus grande complexité.

Pour un même individu, toutes choses étant égales d'ailleurs, *elles varient suivant une foule de conditions qui font qu'elles ne sont jamais semblables à elles-mêmes.* Age, sexe ; états physiologiques divers, jeûne, digestion, puberté, ménopause, grossesse, etc. ; tout contribue à faire varier les phénomènes de choc et la plupart du temps dans un sens difficile à prévoir ; la grossesse dans la majorité des cas semble constituer un état plutôt réfractaire (6).

---

(1) Ch. Richet. *Traité de l'anaphylaxie.* — F. Widal, P. Abrami et E. Brissaud. De l'anti-anaphylaxie, rapport au *XVe Congrès franç. de méd.*, Strasbourg, 3-5 oct. 1921. — P. Courmont. De l'anaphylaxie, *Nouveau Traité de pathologie générale* de Bouchard et Roger, Masson, 1912, t. I, p. 557-654. — A. Lumière. *Le Problème de l'anaphylaxie*, G. Doin, 1924. — A. Rodet. Le choc anaphylactique expérimental, *Journ. de méd. de Lyon*, 5 janv. 1925, p. 1-14. — Kopaczewski. L'anaphylaxie, *Ann. de méd.*, 1920, t. VII, n° 5 ; — *Gaz. des hôpit.*, 9 et 11 janv. 1923, p. 37-42.

(2) On sait que pour F. Widal la colloïdoclasie constitue la pathogénie de tous les phénomènes de choc, qu'elle soit d'origine exogène (actions antigéniques) ou d'origine endogène (autocolloïdoclasie produite par le froid par exemple). Il en est de même de la floculation pour A. Lumière ; l'excitation des terminaisons nerveuses vasculaires se produisant ensuite par l'excitation produite sous l'action des floculats, et le mécanisme pathogénique devenant ensuite analogue à celui que nous exposons ici.

(1) Loc. cit.

(2) Loc. cit. et Roger. *Revue de méd.*, 1916, p. 422-460.

(3) Voir en général : F. Arloing et Langeron. Les phénomènes de choc en pathologie et en expérimentation, *Journ. de méd. de Lyon*, 5 juillet 1923, p. 385-398. — L. Langeron. Quelques considérations pathogéniques et pratiques sur les phénomènes de choc, *Pratique méd. franç.*, mars 1924, p. 251-257.

(4) F. Arloing et L. Langeron. Anaphylaxie dans la série animale. *Réunion biol. de Lyon*, 22 juillet 1922.

(5) Il faut signaler que Roger (*Arch. de physiol.*, 1894, p. 783) a étudié le choc chez la grenouille, mais il s'agissait d'actions traumatisantes extrêmement brutales, telles que l'écrasement de la tête ou une décharge électrique violente.

(6) A. Lumière. *Acad. des sciences*, 7 mars 1921.

2. **Le trait commun qui réunit ces diverses particularités** nous semble être l'*état d'irritabilité ou de réceptivité du système nerveux de la vie de nutrition*, ce dernier étant compris dans son sens le plus large et sans qu'il y ait lieu d'entrer ici dans des discussions à ce sujet.

Si l'on s'efforce de préciser davantage, on s'aperçoit que cette réceptivité ou cette irritabilité particulière du système nerveux de la vie de nutrition, correspond à ce que l'on entend *par l'aptitude vagotonique*, c'est-à-dire à la faculté qu'ont certains organismes de répondre aux excitations appropriées, par des réactions correspondant aux actions physiologiques engendrées par l'excitation de la Xe paire telles que, ralentissement cardiaque, hypotension artérielle, constipation, sueurs, tendance à la syncope; au contraire l'*aptitude symphaticotonique*, caractérisée par des réactions inverses, constitue plutôt un terrain réfractaire à la production du choc.

Le terrain nerveux organo-végétatif est donc de la plus grande importance pour la mise en jeu des phénomènes de choc, et c'est ce qu'ont contribué à établir dans une série de travaux du plus grand intérêt Tinel, Garrelon et Santenoise (1).

C'est ainsi que l'on trouve le lapin réfractaire au choc, peu vagotonique; le cobaye très réceptif, au contraire très vagotonique. Lévy et Juster (2) signalent que tous leurs malades ayant eu des chocs arsénobenzéniques étaient atteints de déséquilibre vago-sympathique. On connaît la sensibilité particulière à toutes les causes de choc, sérums et vaccins par exemple, des asthmatiques à système parasympathique hyperexcitable. On voit cette réceptivité supprimée par les anesthésiques, l'atropine, la section haute du pneumogastrique, l'adrénaline; elle est au contraire exagérée par la pilocarpine, l'excitation légère de la Xe paire. Enfin pour éviter des redites nous ne signalons pas ici divers autres arguments qu'on trouvera exposés par la suite.

C'est donc en définitive *cette hypersensibilité du système nerveux végétatif* à certaines actions étrangères qui constitue l'*aptitude au choc*; cette hypersensibilité peut être *naturelle* (ou héréditaire, *idiosyncrasie*), *acquise* au contraire. Elle peut être *spécifique ou polyvalente*; l'hypersensibilité acquise aux albuminoïdes constituant l'anaphylaxie proprement dite; il est banal en clinique, assez aisé à vérifier en expérimentation qu'une hypersensibilité spécifique au début finisse par devenir de plus en plus polyvalente (3). Nous verrons ultérieurement que l'atténuation ou la suppression de cette hypersensibilité constitue un des buts principaux de la prophylaxie du choc, de même que son utilisation est à la base de la thérapeutique par le choc.

Sans vouloir empiéter, enfin, sur le problème de la sensibilisation qu'il n'est pas question de traiter ici, il est permis de concevoir que ce problème réside dans les conditions d'acquisition de cette hypersensibilité, conditions qui, d'une façon très générale, peuvent tenir, soit aux agents pathogènes, soit au terrain réceptif, et le premier facteur a été jusqu'ici peut-être un peu trop étudié au détriment du second.

On peut se demander comment se constitue ce terrain particulier d'aptitude au choc? Sur ce point beaucoup d'obscurités s'accumulent. Aptitude héréditaire ou acquise, influence des toxi-infections, syphilis surtout [Ravaut (1)], rôle du métabolisme général, du foie surtout, et des glandes endocrines, tout est encore bien imprécis.

Sur les glandes endocrines en particulier, l'expérimentation a apporté des résultats contradictoires; Kepinof et Langenberg (2), Ponchon et Ballif (3) pensent que la thyroïdectomie supprime le choc, si elle laisse persister la sensibilisation, et que la surrénalectomie le renforce; Appelmans (4) nie ces résultats, Bruynoghe (5) également; pour Savini (6) l'hyper, comme l'hypothyroïdie empêchent le choc; le problème n'en est pas éclairci!

En clinique humaine Widal, Abrami et de Gennes (7), Widal et Abrami (8) ont montré les rapports du choc asthmatique avec les troubles thyro-ovariens; F. Claude et H. Saleur (9) avec la dysovarie. Nous avons pu voir (10) que le lobe postérieur d'hypophyse, dont les bons effets sont connus dans l'asthme humain, aggravait au contraire nettement le choc du cobaye.

Nos connaissances donc sont encore bien rudimentaires sur ce sujet, qui intéresse les rapports mal délimités des glandes endocrines avec le système sympathique (11), et si les documents ne manquent pas, il ne s'en dégage pour le moment aucune impression d'ensemble.

3. **Cette irritabilité particulière existant, d'un système réceptif au choc, les causes diverses (pathogénies) vont agir en y amenant de brusques perturbations. Sens de ces perturbations.** — L'étude des manifestations cliniques montre qu'il en est bien ainsi. Troubles pupillaires et vaso-moteurs, prurit, horripilement, tenesmes, évacuations, hypotension artérielle, arrêt du cœur, etc., tous ces symptômes découlent d'un fonctionnement désordonné du système sympathique, envisagé dans son sens le plus large, qui en est l'animateur physiologique. Ce fonctionnement désordonné peut même, s'il est poussé à son extrême, arriver à la déchéance totale, à la paralysie et à la suppression des fonctions intéressées. C'est ainsi que tous les auteurs qui se sont occupés du choc, surtout du choc traumatique et Roger (12) en particulier, ont insisté sur le ralentis-

(1) Tinel, Garrelon et Santenoise. Voir surtout: Vago-sympathique, anaphylaxie et intoxication, *Presse méd.*, 7 avril 1923, p. 323-325. — Vago-sympathique et choc anaphylactique, *Journ. méd. franç.*, mars 1922, p. 106-111. (Ces deux articles contenant la liste des travaux antérieurs des mêmes auteurs sur la question.)

Voir aussi : Laignel-Lavastine. *Pathologie du sympathique*, Alcan 1924, p. 388-399. — A.-C. Guillaume. *Vagotonies, sympathicotonies, neurotomies*, Masson, 1925, p. 192. — Drouet. *Journ. de méd. de Paris*, 1921.

(2) Lévy et Juster. *Soc. de biol.*, 22 juillet 1922.

(3) Une observation récente de Duvernay (un cas d'anaphylaxie multiple dans ses causes et dans ses manifestations, *Lyon méd.*, 6 déc. 1925) est un bel exemple de ce genre.

(1) Ravaut. Sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées, *Congrès de dermat.*, 1923.

(2) Képinof et Langenberg. *Soc. de biol.*, 6 avril 1922.

(3) Ponchon et Ballif. *Ibid.*, 20 déc. 1922 et 31 janv. 1923.

(4) Appelmans. *Ibid.*, 2 déc. 1922.

(5) Bruynoghe. *Ibid.*, déc. 1922.

(6) Savini. *Ibid.*, 19 nov. 1922.

(7) Widal, Abrami et de Gennes. Asthme et troubles thyro-ovariens, *Presse méd.*, 6 mai 1922.

(8) Widal et Abrami. Asthme et hyperthyroïdisme, *Presse méd.*, 31 mai 1924.

(9) F. Claude et H. Saleur. Asthme et troubles ovariens, *Revue franç. d'endocrinologie*, 1925, t. II, no 2, p. 115-123.

(10) F. Arloing et L. Langeron. Action de l'extrait du lobe postérieur d'hypophyse sur le choc anaphylactique du cobaye, *Soc. de pathol. comparée*, 11 déc. 1923.

(11) *Congrès de méd. de Bordeaux*, 1922.

(12) Roger. Loc. cit.

sement progressif, aboutissant à l'abolition, de tous les processus d'absorption et d'échanges nutritifs. Mais c'est là, pour ainsi dire, l'ultimum moriens du choc; en tout cas, soit dit en passant, ce n'est pas sa cause mais bien sa conséquence; et avant d'arriver à ce stade, l'organisme réagit par l'intermédiaire du système nerveux végétatif soumis aux diverses causes choquantes, par des manifestations désordonnées qui témoignent de l'état de dérèglement ou de perturbation de ce système.

On a parlé de l'*épuisement d'un centre vaso-moteur* (Crile) pour expliquer la brusque hypotension artérielle; on parle encore d'*inhibition* pour interpréter la vaso-dilatation, le relâchement des sphincters et d'autres phénomènes analogues; partisans des idées de notre maître le professeur Bard (1), nous considérons ces manifestations comme *toutes actives*, kinésies positives ou négatives, suivant les phases où on les envisage. C'est qu'en effet ces symptômes ne sont pas immuables.

Ils varient en général et pour un même organe dans des sens différents, vaso-constrictions et vaso-dilatations, leucopénies et leucocytoses par exemple, véritables ondes *contraires vagotoniques et sympathicotoniques* (2), pour employer le langage usuel suivant qu'elles rappellent les résultats de l'excitation physiologique du vague ou du sympathique, provocables assez facilement chez l'animal par les moyens appropriés, tels que les réflexes oculo-cardiaque et solaire (3). Roger (4) dans ses expériences sur le plexus solaire du lapin était arrivé à des constatations analogues. D'une façon générale, *plus l'excitation est intense plus elle est de sens vagotonique*, mais à notre avis, on ne *saurait faire du choc une hypervagotonie pure*; il y a *dérèglement total de toutes les phases et dans tous les sens*, suivant l'intensité du choc et le moment envisagé, et on peut seulement dire qu'elle est *à prédominance vagotonique*.

4. **Les phénomènes hémoclasiques sont également sous la dépendance de cette brusque perturbation** (5) caractérisée à ce point de vue *par une vaso-dilatation abdominale intense*, laquelle entraîne à la périphérie, hypotension vaso-constriction, leucopénie par répartition inégale des leucocytes, troubles de la constitution du plasma et de la coagulabilité.

Si on exagère (pilocarpine) cette vaso-dilatation, on rend plus évidente la crise hémoclasique; si on la supprime au contraire (atropine, section du X, adrénaline, compression solaire, dépression barométrique entraînant la vaso-dilatation périphérique (6), on masque cette même crise hémoclasique.

C'est ainsi que conditionnée par le mécanisme pathogénique même du choc, la crise hémoclasique est un *bon test séméiologique*, qui permet de le déceler et en quelque sorte de le doser, mais sans permettre *de préjuger de sa cause*, puisqu'elle s'y retrouve dans tous les cas (1).

5. **Localisation des manifestations de choc. Chocs locaux.** — Il arrive fréquemment que les *phénomènes de choc sont, pour ainsi dire, appelés et localisés dans un territoire déterminé*, à la faveur d'une prédisposition héréditaire ou acquise, constituée souvent par une lésion appréciable anatomiquement. Le rôle de cette *épine locale irritative* est évident dans l'asthme (2), et a même pu être démontré expérimentalement (3); il est également admissible dans la migraine, dans l'épilepsie (4). Lermoyez a vu (5) la localisation d'une éruption urticarienne sur un côté hémiplégié, à la faveur vraisemblablement d'une méiopragie nerveuse unilatérale.

Dans le terrain organique général réceptif, il existe donc des prédispositions locales héréditaires au acquises, et cette notion s'accorde avec la constatation classique des aptitudes nerveuses similaires dans une même famille ou dans une même descendance.

A un degré de plus Bouché et Hustin (6), ont démontré la réalité de *chocs demeurant purement locaux*, et qu'ils décrivent, avec une crise hémoclasique in situ, sous le nom de *choc vaso-trophique*; cette notion pourrait peut-être intervenir en pathologie viscérale (7). Expérimentalement d'ailleurs, on a pu réaliser sur des organes séparés et conservés vivants d'une façon appropriée, des modifications analogues à celles qu'ils subissent dans l'organisme choqué, et cela par les mêmes procédés; telles, par exemple, les expériences de Manoilof sur le poumon du cobaye anaphylactisé.

III. **Essai d'interprétation générale du choc. Son action en retour sur l'organisme.** — Si maintenant, en possession des données qui précèdent sur le mécanisme pathogénique du choc, on veut bien examiner les choses d'un point de vue finaliste et chercher la signification générale de ces phénomènes, on se rend compte, que, *ce qui en somme domine le choc, est constitué par un ensemble de manifestations vaso-dilatatrices, éliminatrices ou neutralisantes*; vaso-dilatation abdominale aboutis-

(1) Bard. Du rôle et du mécanisme des actions d'arrêt; distinction des kinésies négatives et des inhibitions, *Revue neurol.*, 1922, p. 121-143.

(2) E. Arloing et L. Langeron. Phases vagotoniques et sympathicotoniques du choc anaphylactique expérimental chez le cobaye et le lapin, *Réunion biol. de Lyon*, 19 mars 1923.

(3) F. Arloing, Mlle Guillemin et L. Langeron. Action suspensive du réflexe solaire sympathicotonique sur les manifestations convulsives du choc vagotonique chez l'animal, *Réunion biol. de Lyon*, 2 déc. 1922. — F. Arloing et L. Langeron. Faits expérimentaux concernant l'action modificatrice du réflexe solaire sur les chocs vago-sympathiques. Applications cliniques parallèles, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 16 janv. 1923.

(4) Roger. *Presse méd.*, 20 nov. 1916.

(5) Voir pour plus de détails : L. Langeron. La crise hémoclasique, *Pratique méd. franç.*, sept. 1925, p. 393-401.

(6) A. Lumière et H. Couturier. *Soc. de biol.*, 9 avril 1923.

(1) F. Arloing et L. Langeron. Recherches expérimentales sur la leucopénie dans les crises hémoclasiques provoquées, *Acad. de méd.*, 17 oct. 1922, et *Arch. franç. de pathol. gén. et d'anat. pathol.*, janv. 1923; — Recherches expérimentales sur la valeur séméiologique de la leucopénie dans les crises hémoclasiques, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 12 déc. 1922.

(2) Bezançon et I. de Jong. Asthme et tuberculose, *Paris méd.*, 1921, n° 1; — Asthme et sclérose pulmonaire, *Presse méd.*, 8 déc. 1921.

(3) F. Arloing, L. Langeron et Benoist. Influence localisatrice des lésions tuberculeuses pulmonaires sur les accidents anaphylactiques du cobaye, *Acad. de méd.*, 17 oct. 1922. — Benoist. De l'anaphylaxie respiratoire, *Th. de Lyon*, 1922.

(4) L. Langeron. Les manifestations viscérales de l'épilepsie, *Gaz. des hôpit.*, 7 et 14 nov. 1925.

(5) J. Lermoyez et H. Alajouanine. Urticaire et hémiplégie. Rôle du système nerveux végétatif dans la localisation de certaines manifestations cliniques du choc, *Presse méd.*, 21 fév. 1923, p. 167.

(6) Bouché et Hustin. *Presse méd.*, 8 oct. 1921, p. 801-805, et *Chocs thérapeutiques contre chocs morbides*, Masson, 1922.

(7) J. Paviot. Coliques hépatiques par lithiase et crises de foie non lithiasiques, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juillet 1925, p. 389-298; — Syndrome gastrique douloureux sans lésion gastrique duodénale (en dehors du tabes et de la syphilis), *Ibid.*, 1923, p. 417-424; applications à la pathologie gastrique et hépatique.

sant à une exsudation intense allant même jusqu'à l'hémorragie, vaso-dilatation rénale déterminant la polyurie, vaso-dilatation du foie organe anti-toxique. évacuations intestinales rejetées, sueurs profuses. Tout se passe comme si, en face d'une intoxication suraiguë ou d'un danger imminent (la peur n'a-t-elle pas été considérée comme une réaction de défense ?), l'organisme mettait en jeu *un effet éliminateur* violent, qui souvent du reste dépasse le but et constitue par lui-même un danger.

Nous inspirant des travaux de Ch. Richet fils et Saint-Girons (1) sur le rôle éliminateur de l'intestin, nous avons cherché à voir si, en injectant dans l'économie un bacille facile à reconnaître (Prodigiosus et Pyocyanique) qui ne fût pas un hôte normal de l'intestin, et en déclanchant simultanément un choc violent, on arrivait à surprendre cette élimination rapide et brutale ; nous avons échoué dans ces recherches, de même qu'avec une suspension diluée d'encre de Chine.

Il nous a semblé cependant, dans d'autres expériences sur l'intoxication du lapin à la strychnine, que ce poison était moins bien toléré et entraînait la mort à des doses plus faibles, lorsqu'on faisait suivre l'injection intra-veineuse de strychnine, d'une compression solaire empêchant la vaso-dilatation abdominale.

Mais de cette impression qui est restée isolée, nous ne pouvons ni ne voulons tirer aucune conclusion ferme.

Cette hypothèse du choc, effort éliminateur, peut rendre compte, de la signification générale à accorder aux *phénomènes critiques* des maladies aiguës, qui précèdent brusquement la guérison, et nous verrons dans un instant, que cherchant à imiter inconsciemment du reste ces *crises spontanées*, la thérapeutique a dans certains cas utilisé le choc, souvent avec succès, pour provoquer *une crise artificielle* génératrice de guérison.

Le choc né d'un certain état d'irritabilité du système nerveux végétatif, modifie à son tour cet état, selon un rythme assez régulier qu'ont bien étudié Tinel, Garrelon et Santenoise (2).

Pour ces auteurs, trouvant l'organisme dans un certain tonus végétatif de sens vagotonique, le choc exagère brusquement cet état (hypervagotonie du choc) ; puis se fait un retour inverse vers un tonus contraire (sympathicotonique), pendant lequel tout choc nouveau est impossible.

Dans les recherches citées plus haut sur les leucopénies expérimentales, nous avons fait des constatations analogues. Malgré qu'on ne puisse complètement admettre une évolution toujours aussi schématique, puisque nous avons montré dans les phénomènes de choc le résultat d'un dérèglement total et non pas seulement de sens vagotonique, on doit cependant reconnaître que le choc détermine secondairement des variations considérables du tonus végétatif, *suivant un rythme pendulaire*. Mais la courbe de ce rythme est bien difficile à saisir, les manifestations de sens vagotonique et sympathicotonique s'y enchevêtrent constamment d'une façon variable avec chaque individu et avec les conditions du moment, si bien qu'il est actuellement très difficile, sinon impossible, de prévoir pratiquement, si l'on déclenchera un choc, quelles seront son intensité et sa durée, quelle sera la réaction ultérieure ? Ce sera l'œuvre de demain, que de savoir dissocier à volonté l'intensité du choc et ses résultats ; pour le moment confessons notre impuissance.

Nous espérons avoir montré, par l'étude des pathogénies et du mécanisme pathogénique du choc, combien est grande la variété des problèmes que soulève cette question, quels sont les points que l'on peut considérer comme acquis, au moins provisoirement, quels sont ceux qui restent ou en litige, ou dans la plus complète obscurité.

Disons en terminant ce chapitre, que la brusquerie même de son allure ne doit pas nous étonner, car elle ne constitue que l'exagération d'un fait physiologique. Les observations déjà anciennes de P. Bert et R. Lépine, ont en effet montré que les mutations physiologiques normales (oxydations, accroissement pondéral, etc.), se faisaient non pas progressivement selon une ligne droite ou courbe, mais bien brusquement, par saccades, suivant une ligne brisée ; le phénomène de choc, dérèglement des mutations physiologiques réglées par le système végétatif, n'échappe pas à ce point de vue à la grande loi, qui veut que le pathologique ne soit que l'exagération ou la déviation du physiologique (Claude Bernard).

(A suivre.)

(1) Ch. Richet fils et Saint-Girons. *Presse méd.*, 5 avril 1911, et *Soc. de biol.*, 23 déc. 1911. — Ch. Richet fils. Etude clinique et expérimentale des entérites, *Th. de Paris*, 1912.

(2) Tinel, Garrelon et Santenoise. Loc. cit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(séance du 21 décembre 1925)

Sur les éléments minéraux associés à l'oxyhémoglobine du sang de cheval. — MM. A. Desgrez et J. Meunier.

Sensibilité au sérum humain normal des trypanosomes d'origine humaine. — M. Félix Mesnil.

Nouvelles recherches sur les relations entre l'âge et l'apparition des troubles d'avitaminose C. — MM. G. Mouriquand et M. Bernheim. Les recherches expérimentales des auteurs leur permettent d'envisager l'hypothèse suivante : dans les premiers jours de la vie l'animal possède, en substances minérales, des réserves d'origine maternelle qui lui permettent de lutter pendant un certain temps contre les troubles provoqués par une alimentation déficiente.

Cette hypothèse cadre avec ce fait que chez le nourrisson les premiers symptômes du scorbut aigu n'apparaissent guère avant l'âge de six mois.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 29 décembre 1925)

Le syndrome d'Adams-Stokes et sa pathogénie. — M. E. Géraudel. On admet que le syndrome d'Adams-Stokes (ralentissement du pouls avec attaques syncopales) traduit une lésion du faisceau de His qui assurerait la liaison entre l'oreillette et le ventricule.

Le docteur Géraudel a étudié un cas d'Adams-Stokes et constaté que, dans ce cas, le faisceau de His, suivi coupe par coupe, sur une série continue de 1.200 coupes, épaisses de 7 millièmes de millimètre ne présentait aucune lésion.

L'étude du système artériel du cœur l'a, par contre, amené à des constatations qui confirment l'hypothèse à laquelle il avait été préalablement conduit. L'auteur avait, en effet, conclu de recherches antérieures que l'oreillette et le ventricule se contractent de façon indépendante. Chaque poche car-

diaque est commandée par une formation spécifique, sorte de connecteur, de plaque motrice interposée entre le système nerveux et le myocarde contractile. Il y a une plaque motrice auriculaire ou atrio-necteur (nœud de Keith et Flack), une plaque motrice ventriculaire ou ventriculo-necteur (nœud de Tawara, faisceau de His, réseau de Purkinje). Chaque plaque motrice est irriguée par une artère terminale. L'activité de la plaque, et par suite le rythme de la poche correspondante, est fonction du débit de l'artère. L'accroissement du débit détermine de la tachyrythmie, sa diminution de la bradyrythmie.

La bradyrythmie ventriculaire, dans le syndrome d'Adams-Stokes, signale donc un obstacle au niveau de l'artère du ventriculo-necteur.

Cet obstacle, postulé par l'hypothèse nouvelle, l'auteur l'a cherché et trouvé. Immédiatement en amont de la naissance de l'artère destinée au ventriculo-necteur, l'artère septale souche présentait une plaque d'endartérite rétrécissant considérablement le vaisseau.

La discordance des rythmes dans le syndrome d'Adams-Stokes ne résulte donc pas d'une dissociation auriculo-ventriculaire par rupture du lien supposé que constituerait le faisceau de His. L'oreillette n'est jamais associée directement avec le ventricule. La discordance des rythmes résulte de l'inégalité des débits respectifs des artères des plaques motrices; le débit de l'artère du ventriculo-necteur étant diminué, il y a claudication du ventricule, bradyrythmie ventriculaire.

M. Vaquez prend la parole et fait ressortir le grand intérêt de cette communication.

Sur le diagnostic des arthrites chroniques de la hanche à tous les âges. — M. Calot dans une très intéressante communication montre que sont des subluxations congénitales méconnues toutes les hanches étiquetées morbus coxo senilis, arthrite sèche déformante, rhumatisme localisé, ostéochondrite ou coxa plana, ainsi que près de moitié des cas étiquetés coxalgie, ce qui représente au total les 9/10 des hanches pour lesquelles on consulte au-dessus de vingt ans, et près de moitié au-dessous de vingt ans.

Pronostic chirurgical du cancer gastrique. — MM. Victor Pauchet et Hirchberg. Le chimisme gastrique et en particulier l'acidité chlorhydrique libre forment une base importante d'étude en ce qui concerne les suites immédiates et éloignées après gastrectomies pour cancer.

Les *cas favorables* sont ceux à foyer superficiel et ganglions indemnes avec HCl persistant.

Les *cas défavorables,* récidivant plus ou moins rapidement, sont à foyer profond et ganglions envahis. L'anachlorhydrie les caractérise le plus souvent.

Le cancer anachlorhydrique comporte un pronostic grave dans la forme infiltrée, fréquente surtout avant cinquante ans, pronostic plus bénin dans la forme végétante, caractérisant souvent les cancers des malades ayant dépassé cet âge.

D'une manière générale, l'*évolution colloïde* plus ou moins importante peut être constatée dans les cas à évolution favorable.

M. Carnot : Rapport de la Commission des sérums.

M. Vallée : Rapport de la Commission des épidémies.

Nomination du directeur de l'Institut supérieur de vaccine. — M. Camus est réélu pour cinq ans.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 18 décembre 1925)

Chancre mou et vaccin de Charles Nicolle (à propos du procès-verbal). — MM. Laederich et Weill-Spire relatent les excellents résultats obtenus par eux dans le traitement du chancre mou et de ses complications par le vaccin de Charles Nicolle. Ils insistent sur la nécessité de continuer les injections vaccinantes jusqu'à l'absolue guérison des lésions pour éviter les rechutes.

La syphilis spinale inférieure avec xantochromie du liquide céphalo-rachidien. — MM. Georges Guillain, P. Léchelle et N. Péron attirent l'attention sur une forme clinique spéciale de la syphilis du névraxe, la syphilis spinale inférieure se traduisant par un syndrome de la queue de cheval avec liquide céphalo-rachidien xanthochromique et hyperalbumineux.

Cette forme clinique rare paraît dépendre d'une méningo-myélite syphilitique avec radiculites gommeuses des nerfs de la queue de cheval.

L'affection débute par des douleurs lombaires, crurales ou sciatiques, des troubles moteurs souvent unilatéraux, des troubles sphinctériens. A la période d'état on constate : 1° des douleurs rappelant celles du tabes ou de la névralgie sciatique exacerbées par l'effort; 2° des troubles de la sensibilité objective à topographie radiculaire; 3° des troubles moteurs paralytiques avec hypotonie, atrophie musculaire, modification des réactions électriques; 4° la diminution ou l'abolition des réflexes achilléens, médio-plantaires, péronéo-fémoraux postérieurs, et, en cas de radiculites hautes, des réflexes rotuliens 5° des troubles vésicaux et génitaux. La radiographie ne montre aucune lésion osseuse. Le liquide céphalo-rachidien est xanthochromique, hyperalbumineux (de 2 à 40 grammes) avec une forte hypercytose (302 cellules par millimètre cube dans l'observation des auteurs). La réaction de Wassermann est positive dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang. L'épreuve du lipiodol montre la descente rapide de l'huile iodée jusqu'au cul-de-sac dural inférieur, quelques gouttelettes pouvant rester accrochées au niveau des nerfs de la queue de cheval.

Le diagnostic peut se poser avec le mal de Pott rachidien inférieur et surtout avec les tumeurs de la queue de cheval.

Infarctus de l'oreillette et arythmie complète. — MM. A. Clerc et R. Lévy présentent le cœur d'une femme entrée pour une insuffisance cardiaque d'apparence banale avec arythmie complète régularisée par la digitaline et qui présenta brusquement une tachy-arythmie intense avec fibrilloflutter à l'électrocardiogramme accompagné de cyanose et aboutissant au bout de quelques heures à la mort subite. L'autopsie montre, outre la présence d'un rétrécissement mitral resté silencieux, celle d'un hématome étendu siégeant dans la paroi de l'oreillette droite à sa jonction avec l'auricule.

Contribution à l'étude des lésions osseuses dans la maladie de Recklinghausen. — MM. Babonneix, Touraine et Pollet présentent les radiographies du squelette du sujet atteint de maladie de Recklinghausen dont ils ont publié l'histoire dans une précédente séance. Outre une certaine hypertrophie des apophyses clinoïdes postérieures sans anomalies de la selle turcique et l'intensité de la cypho-scoliose dorso-lombaire, il existe une ostéo-périostite condensante, sans zones de raréfaction, de la diaphyse fémorale sous-jacente à la dermatolysie que présentait le malade.

Etude de l'insuffisance pancréatique externe par le dosage des enzymes dans le suc duodénal prélevé par tubage. — *Deuxième mémoire* : **Les excitants de la sécrétion pancréatique externe et l'épreuve de la sécrétion provoquée.** — MM. M. Chiray, J. Lebon et W. Gozlan ont étudié successivement les différentes drogues excito-sécrétoires employées dans ce but en médecine expérimentale. De ces substances la plupart se sont montrées peu satisfaisantes parce qu'elles ont ce défaut commun de n'avoir pas une action élective sur le pancréas et parce qu'elles provoquent parallèlement et à des degrés variables la sécrétion intestinale, la sécrétion gastrique et hépatique, voire même la sécrétion biliaire.

Jusqu'à présent, parmi les nombreuses substances dont ils ont étudié in vitro l'action excito-sécrétoire sur le pancréas, le lait seul nous a donné une augmentation à peu près constante de l'activité enzymatique du liquide duodénal. L'étude actuelle permet donc de jeter les bases d'une épreuve clinique de la sécrétion pancréatique provoquée. Peut-être cette épreuve dont les auteurs poursuivent l'étude permettra-t-elle d'apprécier avec assez d'approximation la valeur fonctionnelle de la sécrétion externe du pancréas.

Pneumothorax double simultané. — M. Dénéchaux)pré-

senté par M. Rist) signale deux cas de tuberculose pulmonaire traitée par pneumothorax double simultané.

De la tolérance cardio-vasculaire à l'égard de l'adrénaline. — M. A. Ricaldoni (de Montévidéo), à propos d'un cas récent de MM. Etienne, Richard et Claude, rapporte l'observation d'un asthmatique, âgé de cinquante-neuf ans, qui, depuis seize ans, emploie quotidiennement l'adrénaline pour se soulager de ses accès, se faisant journellement des piqûres d'abord de 6 milligrammes, puis de 9 et 12 milligrammes d'adrénaline dans ces dernières années; il a ainsi reçu 31.000 piqûres en treize ans. Cette adrénalinomanie vraiment extraordinaire ne s'accompagne d'aucune modification cardio-vasculaire actuelle et la pression artérielle reste normale.

Tuberculose bilatérale traitée par la phrénicectomie droite et le pneumothorax gauche. — M. Jullien (de Pau), présenté par M. Rist. La malade, jeune fille porteuse d'une tuberculose bilatérale fébrile à marche rapide et inquiétante, ne tousse plus, n'expectore plus à l'heure actuelle et est apyrétique. Après cinq mois et demi le résultat est très encourageant.

Etude sur la résorption de sérums chez les enfants atteints d'affections diverses avec dénutrition. — M. Ribadeau-Dumas et Mlle Tisserand.

Anémie pernicieuse suraiguë à réaction hémohistoblastique chez un néoplasique syphilitique. — MM. P. Merklen, Wolf et Oberling.

Rapport annuel du secrétaire général. — M. Rist. Eloge de MM. Jean Camus et Marc Leconte.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 13 novembre 1925)

Guérison d'un cas d'anorexie mentale par l'opothérapie thyroïdienne. — M. Sédillot.

Eruption caractéristique de l'intoxication par les œufs de conserve. — M. R. Martial.

Cellules frère et sœur. — M. Klotz-Guérard.

Quelques difficultés dans le diagnostic de la hernie crurale étranglée chez la femme. — M. J. Pescher montre, à l'aide de plusieurs observations, que cette affection peut parfaitement être méconnue. Pour éviter l'erreur, toujours fatale en l'espèce, il faut se rappeler, selon le précepte des vieux maîtres, que : 1° contrairement à ce que l'on pourrait penser, la hernie crurale étranglée n'est pas une affection dont le diagnostic s'impose d'emblée; 2° elle peut exister sans qu'aucune localisation douloureuse attire l'attention du côté de l'anneau crural où elle se dissimule. Il faut savoir y penser et l'y chercher.

Jeûne thérapeutique. Anorexie et helminthiase. — M. Natier.

Mycose de l'épididyme et du testicule. — M. Thévenard.

Diagnostic de pathologie vertébrale particulièrement complexe. — M. Roederer rapporte l'observation d'un homme de quarante ans ayant fait une chute à dix-neuf ans, après laquelle éclata une crise de douleurs lombaires. Après son service militaire, nouvelle crise qui dura plusieurs années. Douleurs plus bas situées avec prédominance lombo-sacrée, avec irradiation sciatique. Cette forme de douleurs ne cesse jamais complètement.

Depuis quatre ou cinq ans, nouvelle forme de douleurs avec irradiations lointaines et exagérées par le mouvement. Formation d'une cyphose inférieure de grand rayon.

La radio et la clinique permettent de conclure :

Première période : arrachement ligamenteux. Formation d'une ostéophyte en ergot ascendant le long de la IIIe vertèbre lombaire.

Deuxième période : développement des symptômes habituels d'une sacralisation (absence de coudure mais VIe vertèbre tout entière au-dessous des épines iliaques postérieures et inférieures).

Troisième période : évolution, non pas d'un mal de Pott, comme on a pu le croire, mais d'un rhumatisme vertébral étendu à cinq ou six vertèbres.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(Séance du 14 novembre 1925)

Le diagnostic de la lymphogranulomatose maligne : présentation de malade et de coupes histologiques. — MM. Jean Tapie, A. Lyon et Favre montrent les bases cliniques, hématologiques et histologiques du diagnostic de cette affection. Ils insistent sur quelques caractères peu connus de la maladie de Hodgkin, en particulier sur l'augmentation de volume des hypertrophies ganglionnaires, chez la femme, au moment des périodes menstruelles; au point de vue histologique, les lésions d'endovascularite sont souvent très accusées dans les ganglions granulomateux; l'étude cytologiqee fine met en évidence toutes les transitions entre les plasmazellen et les cellules de Sternberg.

Fractures isolées des apophyses transverses des vertèbres lombaires. — M. Boularan montre l'intérêt que présente la radiographie de la colonne vertébrale dans tous les cas de lumbago traumatique. Chez une femme de quarante ans, victime d'un accident d'automobile, les radiographies montrent très nettement l'existence de fractures de toutes les apophyses transverses des IIe IIIe et IVe vertèbres lombaires; la Ve lombaire est intacte; mais on voit aussi, ce qui est beaucoup plus rare, une fracture de l'apophyse transverse droite de la 1re vertèbre lombaire.

Pseudo-cancer du rectum au cours de la curiethérapie des affections utérines. — MM. Ducuing et Laporte, après avoir rappelé la fréquence de la rectite consécutive à la curiethérapie utérine, présentent trois observations dans lesquelles cette thérapeutique a provoqué la formation de tissu bourgeonnant, développé sur la cloison recto-vaginale et proliférant à l'intérieur du rectum. La confusion de ces pseudo-cancers avec un néoplasme vrai a parfois conduit à des erreurs thérapeutiques déplorables : dans un cas, perforation recto-vaginale après reprise de la radiumthérapie.

Une haute filtration est indispensable dans la curiethérapie des affections utérines; mais elle ne met pas complètement à l'abri de ces complications rectales.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 5 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. J.-L. Faure, président; Guillain, Roussy, Jeannin, Moussu, Robin-Petit, Bourdelle et Dechambre. — M. Ginicis. L'établissement d'élevage de Sidi-Tabet (Tunisie). — M. Buchet. Etude de l'éclampsie chez la vache. — M. Naudin. La névralgie du nerf maxillaire chez le cheval. — M. Bridé. Recherches sur le cancer des souris.

Jeudi 7 janvier. — Jury : MM. Bezançon, président; Lecène, Nobécourt et Moure. — M. Lazerat. Etude sur l'ictère grave chez les syphilitiques. — M. Drouart. Etude des fractures par enfoncement de la cavité cotyloïde de la tête fémorale. — M. Triboulet (A.). Etude de l'étiologie de la chorée de Sydenham.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Petits précis, publiés sous la direction du docteur A. Cantonnet. — Chaque volume in-18. Prix : 8 fr. 50. — Paris, N. Maloine.

Le Traitement de la syphilis par le bismuth, par le docteur Georges Drouet. Troisième édition entièrement refondue et mise à jour. Collection des Actualités thérapeutiques. — Prix : 8 fr. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 19, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE.* . . . 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — *Mutations.* — MÉDECINS. — M. Pinard, à Sainte-Périne; M. Renaud, à Brévannes. (Pour les autres mutations de médecins, voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 103.)

CHIRURGIENS. — Pitié : M. Lenormant, de Saint-Louis, en remplacement de M. Mauclaire (limite d'âge). — Saint-Louis : M. Cadenat, titularisé. — Pitié : M. Chevrier, de Broussais, en remplacement de M. Thiéry (limite d'âge). — Broussais : M. Gernez, titularisé. — Beaujon : M. Alglave, de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Savariaud. — Ambroise-Paré : M. Desmarest, de Bicêtre. — Bicêtre : M. Toupet, titularisé. — Maison de santé : M. Sauvé, titularisé, en remplacement de M. Cauchois, décédé. — Enfants-Malades : remplacement de M. Ombrédanne, nommé professeur de clinique de chirurgie infantile (service transformé en service de gynécologie), M. Basset, titularisé.

OPHTALMOLOGISTES. — MM. les docteurs Cantonnet, à l'hôpital Beaujon; Magitot, à l'hôpital Tenon; Monthus, à l'hôpital Laënnec.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — M. le docteur Hautant, à l'hôpital Tenon.

STOMATOLOGISTES. — MM. les docteurs Izard, à l'hôpital Bretonneau; Béliard, à l'hôpital Laënnec; Maurel, à l'hôpital Tenon; Schaeffer, à l'hôpital Beaujon.

HÔPITAL SAINT-JOSEPH (DE MARSEILLE). — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Gasperini et Dunan (titulaires); Pelloux et Sanguy (provisoires).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Ont obtenu le diplôme de l'Institut de médecine coloniale de Paris :

MM. Abdouche, Angelakis, Apalakis, Archigène, Archimède, Aude, Bayard, Beaufils, Blavier, Bloch, Bourque, Buhler, Calera, Campeaux, Cao-si-Tan, Mme Cao-si-Tan, MM. Carbillet, Chaoulith, Chomereau-Lamotte, Corbin, Coulon, Couten, Mlle Debarge, M. Dimitrieff, Mlle Drouet, MM. Duyck, Grenierboley, Hatti, Helmy, Joannou, Khamra, Kisseleff, Lagrange, Lefas, Leroux, Logothetis, Maingard, Medina, Mlle Michel, MM. Minet, Monnerot, Dumaine, Monchecourt, Moutakhab, Paniopoulos, Papanargyrou, Mlle Péchenard, MM. Pluviose, Poublan, Raingeard, Restrepo, Ricklin, Mlle Saint-Laurens, MM. Sabah, Salari, Salit, Seegobin, Simitch, Stathopoulos, Sterianos, Trenez, Verdot, Vinson, Yasigi, Ziaï.

— LILLE. — La chaire de zoologie médicale et pharmaceutique est déclarée vacante. (*J. O.*, 1er janv. 1926.)

LÉGION D'HONNEUR. — HYGIÈNE. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

A la dignité de grand officier. — M. le professeur Gosset.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Bizard, Coulon, Deschiens, Iselin, Péraire et Scrini.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Alexandre et Blechmann (de Paris), Blind (de Strasbourg), Chaumet et Chenais (de Paris), Etesse (de Tréguier), Gagey, Girault et Guénot (de Paris), Huyghe (de Lille), Millot (d'Antibes), Orsini, Plantier (d'Aumonay), Roland (de Divonne), Soulié (d'Alger), Zipfel (de Dijon).

— PENSIONS. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Valentino, directeur au ministère des pensions.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Muller (d'Altkirsch).

— JUSTICE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Pètre (de Paris).

— MARINE. — *Au grade d'officier*, — MM. les médecins principaux Candiotti, Gaubin, Roux, Busquet.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Masure, Schennberg, Bossé, Daoulas, Cluzel.

MÉDAILLES D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — Mlle Humbert, à Constantine.

Médaille d'argent. — M. le docteur Lora, à Djidjelli.

Médaille de bronze. — M. le docteur Descrines, à Aïn-Tedeles.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le docteur Labadie-Lagrave a été nommé directeur du Sanatorium de Crevecœur (Oise).

MARINE. — Liste des élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine, versés au corps de santé des troupes coloniales pour compter du 1er janvier 1926 et désignés pour suivre les cours de l'école d'application de Marseille :

(Promotion 1921.) MM. les médecins de 3e classe auxiliaires, Robin, Nicol, Cauvin, Philaire, Riorteau, Fabre, Rapilly, Segalen, Lavergne, Bescont, Dezoteux, Jolly, Riou, Lucas, Membrat, Gourvil, Maury, Roux, Faucher, Rocca, Gaye, Daspect, Blanc, Freville, Kerjean, Floc'hlay, Saleun, Bertrand, Mounot, Robert, Le Roux, Raynal, Gabert, Goiran; Bernet, Le Lay, Josse, Cremona, Ravoux, Adam, Monier, Bauguion, Carton.

— Liste des élèves du service de santé de la marine reçus docteurs en médecine, désignés pour suivre les cours de l'école d'application de Toulon :

(Promotion 1921.). MM. les médecins de 3e classe auxiliaires, Imbert, Fazeuilles, Barge, Fougerat, Puyo, Fontaine, Tournigand, Le Mehauté, Gardes, Damany, Escartefigue, Monnier, Fumat, Breton.

Elève rattaché à la promotion de 1921. M. Larrazet.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boiteux (de Clermont), Dujol père (de Saint-Etienne), Joseph Jeandin (de Genève), Michaud (de Lamalou).

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS (15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — M. le docteur Louis Dubreuil-Chambardel, chargé de Conférences à l'Ecole d'Anthropologie, commencera son cours le mardi 12 janvier, à 4 heures, et le continuera les mardis suivants à la même heure en janvier et février.

Le sujet du cours sera : « Le thorax. Les variations morphologiques et les troubles pathologiques. »

REVUE DES THÈSES

Etudes de carcinologie expérimentale. Recherches biologiques sur la phase précancéreuse et les stades initiaux de la cancérisation (1), par Marcel SENDRAIL.

Ce travail apporte sur les origines du cancer des documents nouveaux, dus à l'étude expérimentale de l'épithélioma spinocellulaire du goudron chez le lapin.

L'auteur a évalué les diverses constantes chimiques et physico-chimiques du plasma au cours des diverses phases de l'évolution tumorale : glycémie, métabolisme azoté, métabolisme des lipoïdes (cholestérine, lécithines, acide gras, insaponifiable X), PH, réserve alcaline et calcium ionisé. Il a ainsi reconnu l'existence de modifications précoces, profondes et toujours identiques, qui paraissent traduire une altération primitive et spécifique du milieu humoral, développée sous l'influence du goudron et caractérisant l'avènement du carcinome. Il croit donc pouvoir affirmer que « le cancer du goudron est moins un cancer d'irritation que l'expression tissulaire d'un trouble général de l'organisme », opinion qui a été aussi soutenue tout récemment par Carrel, à l'occasion de ses recherches sur le sarcome de la poule.

Ces résultats permettent, en outre, de confirmer la réalité d'une période latente précancéreuse et de préciser la nature de l'état de « malignité biologique », qui, d'après Bang, précède l'apparition anatomique du cancer : cet état, en effet, « semble dépendre surtout des conditions de l'équilibre ionique et de l'equilibre lipoïdique du plasma ».

De plus, par la détermination du métabolisme basal, par l'extirpation des glandes hémocrines, l'auteur a apprécié l'influence des divers sécrétions internes sur la formation et le développement de l'épithélioma. Il a également étudié l'action des résections nerveuses et sympathiques. Il a pu ainsi vérifier l'importance du terrain et des facteurs de prédisposition individuelle et définir la réceptivité au cancer comme « la résultante des synergies neuroglandulaires ».

Il s'est attaché, enfin, à provoquer chez ses animaux un état d'immunité contre le carcinome, à l'aide d'autolysats de tumeurs soumis à divers irradiations; mais ces dernières tentatives n'ont pas obtenu de succès.

Il semble que l'on soit autorisé à dégager de ce travail d'intéressantes conclusions d'ordre pratique et d'ordre spéculatif. Il donne, en effet, des indications qui pourraient servir à établir une sérologie du cancer. D'autre part, il attire heureusement l'attention sur la prépondérance des troubles du métabolisme humoral dans la carcinogénèse. L. G.

(1) *Th. de Toulouse*, 1925, Bonnet, imp. édit.

Recherches expérimentales sur l'anesthésie des petits animaux de laboratoire [utilisation du somnifène] (1), par le docteur J. DURŒULX, pharmacien de 1re classe.

Cette question si importante de l'anesthésie dans les laboratoires a suscité une série de travaux, et, sous ce titre, M. le docteur Durœulx (de Lille) a été amené à faire un nouvel appareil à anesthésie lui permettant de rechercher la dose anesthésique et la dose toxique chez les petits animaux.

Ces expériences excessivement intéressantes ont été faites au laboratoire de zoologie médicale et pharmaceutique, sous la direction de M. le professeur Desoil, et M. Durœulx, qui a utilisé le chloroforme, l'éther et le somnifène seuls ou combinés, a pu déterminer d'une façon absolument nette les avantages du somnifène comme préparant l'anesthésie.

« Ce nouveau mode d'anesthésie par l'action préalable du somnifène est appelé à compléter très utilement la liste des techniques d'anesthésie que nous possédons déjà et avec lui quelques expériences impossibles sur les animaux de laboratoire deviendront possibles, particulièrement celles qui doivent être pratiquées chez des sujets très délicats et très sensibles, tels que oiseaux, cobayes, lapins.

Un autre avantage, c'est que le somnifène à doses infimes en injections hypodermiques prépare mieux l'animal à une anesthésie de longue durée, supprime presque totalement la phase d'excitation, nécessite l'emploi de doses beaucoup moindres d'anesthésique ainsi que nous l'avons vu au cours de nos expériences, reporte à un tiers en plus la dose toxique de l'éther ou du chloroforme, et, enfin, un autre grand avantage très appréciable c'est que le somnifène maintenant l'animal sous son action, après les effets passés de l'anesthésique, facilite beaucoup les suites opératoires en supprimant les vomissements et divers réflexes. »

Nous devons dire, d'ailleurs, que dans d'autres services de physiologie, de médecine expérimentale et de médecine vétérinaire, le somnifène est utilisé seul comme procédé d'anesthésie, et il donne des résultats excessivement intéressants, notamment chez les petits animaux et même chez le chat et le chien. L. G.

(1) *Th. de Lille*, 1925.

COLLÈGE DE FRANCE

COURS D'ÉPIDÉMIOLOGIE

ET MALADIES INFECTIEUSES

LEÇON D'OUVERTURE

Par M. le Professeur H. VINCENT

Il n'est peut-être pas, pour celui qui a la mission de professer, d'heure plus solennelle que celle qui le met, pour la première fois, en contact avec son auditoire. Il s'est, depuis longtemps, efforcé de suivre le précepte de Sénèque, qui est d'aimer à apprendre pour enseigner; or, pour le biologiste, apprendre c'est s'initier par l'expérimentation non moins que par la lecture. Il est venu avec le souci d'exposer, sous la forme la plus instructive, les notions qu'il a méditées, les recherches de laboratoire qui peuvent les élucider, celles, aussi, qu'il a personnellement poursuivies. Mais, alors même que l'objet de son enseignement lui semble familier, c'est, peut-être, à ce moment qu'il prend plus clairement conscience de sa responsabilité et du poids de la tâche qu'il est appelé à remplir.

Deux fois, au cours de mon existence scientifique, j'aurai connu une semblable épreuve. C'est, d'abord, dans cette Ecole historique du Val-de-Grâce, toute remplie du souvenir des grands médecins ou chirurgiens qu'elle a comptés, et qui furent des maîtres ou des précurseurs. C'est, aujourd'hui, dans cette maison, illustrée par les hommes qui ont fait sa gloire dans le passé et par ceux encore qui en perpétuent les hautes traditions et les fécondes destinées.

Parmi les médecins et les physiologistes, les noms de Corvisart, de Laënnec, de Magendie, de Claude Bernard, de Brown-Séquard, de Ranvier, de Marey, — je n'ose citer ceux qui leur survivent — s'inscrivent en caractères ineffaçables dans les annales du Collège de France : quel ensemble incomparable de savants ! Et comment, dès lors, hanté par leur souvenir, n'éprouverais-je pas une émotion profonde en prenant la parole dans cet amphithéâtre où se sont fait entendre leurs admirables leçons ?

Ce serait, pourtant, témoigner d'une ingratitude bien éloignée de mon sentiment que d'oublier les encouragements si précieux qui m'ont été prodigués ici et ailleurs. En donnant son adhésion unanime à ma désignation pour une chaire nouvelle, l'assemblée des professeurs du Collège de France, consultée par le Ministre de l'Instruction Publique, m'a fait le plus grand honneur qui m'ait jamais été conféré. Je n'ai pas l'ambition de croire que la bienveillance de mes éminents collègues soit demeurée étrangère à leur si flatteuse résolution. Du moins me sera-t-il permis de leur assurer qu'elle leur crée des droits encore plus grands à ma reconnaissance. Mes vifs remerciements vont aussi à M. le Ministre de l'Instruction Publique qui a bien voulu faire cette proposition. Ils s'adressent enfin à la Chambre des Députés et au Sénat qui ont sanctionné de leur vote également unanime le principe de la création, en ma faveur, de cette chaire consacrée à l'étude des maladies infectieuses et épidémiques.

Je n'aurais point accompli mon devoir tout entier si je n'exprimais aussi ma profonde reconnaissance à mes amis très chers, à tous ceux qui m'ont encouragé, soutenu, qui m'ont toujours prodigué sans compter les marques de leur bonté et de leur dévouement, qui m'ont enfin réchauffé de la flamme de leur affection. C'est pour moi, une joie de pouvoir leur dire publiquement ma gratitude.

I

Messieurs,

Malgré la dépendance qui unit entre elle les diverses parties de la Médecine, celle-ci est devenue si complexe et si vaste que le biologiste ne saurait envisager avec fruit les problèmes théoriques et pratiques qu'elle soulève s'il ne limitait le champ de ses investigations. Afin de parfaire les recherches dans lesquelles il s'est engagé, il se doit à lui-même de les concentrer dans un domaine plus restreint, sinon sa foi s'userait devant la difficulté de l'effort à accomplir. L'Epidémiologie tient une place considérable dans l'ensemble des connaissances médicales. L'étude des maladies individuelles relève plus spécialement du médecin; celle des maladies collectives ressort de l'épidémiographe. Diagnostiquer, guérir est l'œuvre essentielle du premier; préserver est celle du second. L'Epidémiologie vise, en conséquence, l'étiologie, l'évolution et la prophylaxie des maladies infectieuses dans leurs rapports avec les groupements humains ; immense problème hygiénique et social dont les découvertes de Pasteur ont permis de déchiffrer, pour beaucoup d'entre elles, et d'espérer, pour les autres, la solution si importante.

Ce serait évoquer l'histoire de la médecine toute entière que de rappeler les doctrines qui se sont successivement partagé l'interprétation des maladies épidémiques. L'antique conception hippocratique, qui a fait foi pendant vingt siècles, rapportait celles-ci à l'influence des saisons, du froid, de la chaleur et des conditions atmosphériques banales. Que pouvait opposer la médecine prophylactique, sinon l'impuissance de son inertie, à des causes déterminantes aussi inévitables?

De ces théories s'était pourtant dégagée, au XVIe siècle, la notion encore hésitante de la contagion. Fracastor disait que le typhus et les fièvres éruptives sont transmissibles d'homme à homme. Après Leuwenhoeck, Otto Muller, Lamarck, Ehrenberg, Dujardin, l'étude d'un monde nouveau, celui des infiniments petits, s'imposait, grâce au microscope, à l'attention des médecins. Braconnot, en 1831, Jean Hameau, en 1836, rattachaient la maladie contagieuse à la multiplication, dans le sang, de ces principes invisibles, mais vivants.

Cependant, telle était la force des doctrines anciennes que, lorsque Davaine et Rayer constatèrent, en 1850, dans le sang des animaux morts du charbon, la présence de « petits corps filiformes et immobiles ayant environ, en dimension, le double du globule sanguin », ils ne pressentirent pas, d'emblée, la portée de leur découverte. Observant, de même, en 1868, un spirille dans le sang des individus atteints de fièvre récurrente, Obermaier ne songea pas à lui attribuer un rôle pathogène dans cette affection. C'est seulement plus tard et à la suite des travaux de Pasteur qu'il comprit la signification de ce parasite. Brault montra que l'inoculation du sang charbonneux transmettait la maladie. Davaine affirma que la cause en était due aux corpuscules filiformes qu'il avait vus dans le sang.

En apportant la démonstration décisive de la

nature microbienne de la maladie infectieuse, Pasteur a été le véritable fondateur de l'Epidémiologie. Ses travaux sur les fermentations lactique, butyrique, alcoolique, le conduisirent à rapprocher les maladies humaines et animales de ces fermentations. Ayant cultivé la bactéridie charbonneuse en milieu artificiel, il réalisait, par l'inoculation de ces cultures, la maladie expérimentale chez les animaux. Il étendait ses recherches au choléra des poules, au rouget du porc, à la rage ; il découvrait le staphylocoque dans le pus du furoncle, le streptocoque dans celui de la fièvre puerpérale, le pneumocoque dans la salive, le vibrion septique dans les états gangréneux. Avec la hardiesse méthodique et réfléchie de son génie, Pasteur déduisait de ses recherches toutes leurs applications pratiques. Poursuivant ses travaux sur les infiniments petits dont il avait révélé les fonctions pathogènes, il faisait connaître les principes de leur exaltation et du traitement préventif des maladies qu'ils déterminent par l'inoculation des virus atténués.

Les conceptions épidémiologiques modernes dérivent de ces admirables découvertes. Et, sans nul doute, telle est la raison pour laquelle, de toutes les branches de la médecine, c'est l'étude des maladies infectieuses et de leur prévention qui a le plus bénéficié des progrès de la Science. C'est elle aussi, dont les acquisitions sont les plus sûres parce qu'elle les doit à l'expérimentation, c'est-à-dire au contrôle scientifique et précis du laboratoire. Les maladies les plus redoutables telles que la peste, le choléra, le typhus exanthématique, les fièvres typhoïde et paratyphoïdes, etc., qui ont jadis ravagé l'humanité, n'ont pas désarmé. Mais les méthodes nouvelles, issues des grands principes pastoriens ont peu à peu restreint, parfois dans des proportions extraordinaires, leurs manifestations si expansives à travers le monde.

On pourrait, presque, mesurer le degré de civilisation d'un pays à la fréquence des maladies infectieuses ou épidémiques qui l'affligent.

*
**

C'est à l'Ecole du Val-de-Grâce qu'a pris naissance l'enseignement de l'Epidémiologie avec Laveran père, puis Léon Colin. Mais l'étude des maladies infectieuses a toujours été l'objet d'une sorte de tradition dans cette grande Ecole et elle a suscité de nombreuses publications de la part des professeurs de clinique, d'hygiène ou d'épidémiologie qui s'y sont succédé. Trois d'entre eux ont apporté à cette partie de la médecine le magnifique tribut de leurs travaux ou de leurs découvertes : Villemin, Alphonse Laveran, A. Kelsch.

Lorsque dans sa célèbre communication intitulée : *Cause et nature de la tuberculose*, VILLEMIN annonça, le 5 décembre 1865, à l'Académie de Médecine, que cette maladie est spécifique et que « sa cause réside dans un agent inoculable »; lorsqu'il eut démontré expérimentalement cette vérité si imprévue, sa découverte fut accueillie avec un scepticisme universel. A la date lointaine à laquelle furent énoncés ces résultats, combien de médecins étaient, en effet, préparés à une pareille révélation?

Avec des virus empruntés à toutes les formes de la tuberculose aiguë ou chronique, avec du tissu caséeux, avec des fragments de ganglions « scrofuleux », avec des crachats, du sang de malades, etc., Villemin inocule ou tente d'inoculer la maladie au lapin, au cobaye, au chat, au mouton, aux oiseaux. Chez les animaux réceptifs, il constate, après une incubation assez brève, la production de lésions tuberculeuses d'abord au foyer de l'inoculation, puis dans le ganglion correspondant, dans les poumons, la plèvre, le péritoine, les viscères abdominaux. Il pratique l'examen histologique de ces organes et y retrouve tous les caractères des lésions tuberculeuses, quelle que fût la nature, granuleuse ou caséeuse, du produit inoculé. L'unicité de la tuberculose était donc démontrée en même temps que son inoculabilité.

Partant de ces constatations, Villemin affirmait l'existence des virus spécifiques comme agents des maladies infectieuses, et leur pouvoir de propagation d'homme à homme. Il rapprochait la tuberculose de la syphilis, de la morve et du farcin. Il disait : « L'inoculation du tubercule n'agit pas par la matière visible et palpable du produit pathologique, mais en vertu d'un agent plus subtil qui s'y trouve contenu. »

Avec une clairvoyance bien remarquable, Villemin a même pressenti les virus ultra-microscopiques : « Les instruments grossissants sont venus, dit-il, nous révéler l'existence de créations infinies que nous ne soupçonnions pas. Allons-nous, maintenant, déclarer le néant là où la puissance de nos instruments est arrêtée? »

Il faut lire le premier chapitre de ses *Etudes sur la tuberculose*, véritable introduction à l'Epidémiologie générale. On y trouve exposées en un langage élevé et discutées avec une rigueur remarquable ses opinions sur les propriétés biologiques des tissus vivants, sur leurs réactions physiologiques ou pathologiques et sur la spécificité des virus. S'appuyant tour à tour sur l'observation pure, sur la pathologie comparée et sur l'anatomie pathologique, il affirmait avec force la nature parasitaire des maladies.

J'imagine que ses opinions durent paraître singulièrement révolutionnaires à ses contemporains. Il les défendait avec une tranquillité souriante, laissant au temps le soin de les confirmer.

Villemin, le premier a appliqué systématiquement et avec succès la méthode expérimentale à l'étude de la maladie infectieuse. Sa découverte de l'inoculabilité de la tuberculose est fondamentale. Elle a ouvert la voie à tous les travaux qui nous ont éclairés sur la nature microbienne, les modes de transmission et la prophylaxie de cette redoutable maladie.

Epidémiologue, le professeur A. LAVERAN le fut, aussi, au début même de sa carrière scientifique, en 1875, époque à laquelle il a publié un *Traité des maladies et épidémies des armées*. Depuis cette date, il s'est consacré aux recherches de parasitologie. A. Laveran a immortalisé son nom par la découverte si longtemps discutée de l'hématozoaire du paludisme. Toutes les connaissances épidémiologiques et prophylactiques que l'on possède sur la malaria procèdent de ses admirables travaux.

A partir de 1880, date de la communication première de A. Laveran à l'Académie des sciences « *Sur un nouveau parasite trouvé dans le sang de plusieurs malades atteints de fièvre palustre* », ses travaux sur l'agent pathogène du paludisme se succèdent presque sans interruption. On lui doit la description minutieuse de la morphologie et des

divers stades de développement du parasite, celle de son rôle pathogène, ainsi que des lésions globulaires et viscérales qu'il détermine. La transmission de l'hématozoaire à l'homme par la piqûre des anophèles infectés, qu'il avait annoncée, a été vérifiée par Ronald Ross. Les mesures défensives si variées que réclame la prophylaxie du paludisme ont fait l'objet de ses descriptions si précises et si nombreuses.

Là ne se borne pas l'effort scientifique de ce grand savant. Ses travaux sur les coccidies, les grégarines, les myxosporidies, les sarcosporidies, sur les leishmanioses, les trypanosomiases, etc., portent l'empreinte de la méthode et de la clarté qui caractérisent son œuvre considérable.

A. Laveran a été professeur d'Hygiène au Val-de-Grâce. J'ai suivi son enseignement : celui-ci était bien le reflet de l'homme et du savant. Son cours était extrêmement substantiel. Point de digression, mais seulement des faits, des exemples et des commentaires brefs. Subordonnés à l'observation scientifique et raisonnée, ses exposés avaient la simplicité et la netteté d'un théorème.

Pour ceux qu'il connaissait et appréciait, le professeur Laveran savait tempérer sa réserve habituelle et leur marquer sa sollicitude. Il s'intéressait à leurs recherches et les encourageait par ses paroles et, mieux encore, par ses actes. Il m'a témoigné, à plusieurs reprises, une bienveillance affectueuse que je n'ai jamais oubliée.

J'ai eu l'honneur, étant encore jeune bactériologue, d'approcher M. Laveran et d'être accueilli par lui dans le local modeste qui lui servait de laboratoire. Un jour — c'était en 1889 — il voulut me montrer l'hématozoaire du paludisme dans le sang d'un malade que je lui avais présenté. Je dois dire que le cas n'était guère favorable à cette recherche. Ce paludéen était, en effet, infesté depuis longtemps, mais il avait absorbé récemment de la quinine. Néanmoins, ayant prélevé du sang et fixé la préparation sous son microscope, le maître l'explorait lentement, méthodiquement, revenant à plusieurs reprises sur les mêmes points et sans prononcer un mot. L'examen de la première lame étant négatif, il en prenait une seconde, puis une troisième, puis une quatrième, les parcourant sans se lasser, avec la même et silencieuse persévérance, jusqu'à ce qu'il eût enfin trouvé et qu'il m'eût montré l'hémamibe, peut-être la seule qui existât dans les préparations. Cette exploration avait duré près de deux heures..... Je n'ai jamais mieux compris la vérité de l'adage que rappelait Buffon dans son discours de réception à l'Académie française : « Le génie est une longue patience. »

Ténacité et génie pénétrant, sont bien les caractéristiques de cet illustre savant. Il est un de ceux qui honorent le plus la Science de notre pays.

Le professeur A. Kelsch fut aussi un maître éminent et original. Ceux qui les ont entendues ont gardé le souvenir de ses leçons exposées en une langue chatiée et élégante que n'eût pas désavouée un brillant écrivain du XVIII° siècle.

Lorsque Kelsch vint à l'enseignement, Pasteur avait fait connaître ses immortels travaux qui ont révolutionné la médecine. Kelsch se fit le défenseur ardent de la spécificité morbide. Mais il s'appliqua à établir la transition entre les doctrines passées et l'interprétation nouvelle des maladies infectieuses, fondée sur leur étiologie bactérienne. Il se créait une documentation abondante qu'il puisait dans les annales épidémiologiques des armées et de la population civile. Associant l'observation clinique et la recherche anatomo-pathologique aux constats épidémiques, il rattachait les maladies au facteur microbien, mais ne laissait pas à celui-ci un rôle exclusif. Alors que les progrès de la bactériologie menaçaient d'ensevelir dans l'oubli les « conditions favorisantes » de la morbidité, Kelsch a maintenu leur importance, presque leur priorité, dans l'éclosion des processus infectieux. « Les études bactériologiques, écrivait-il, ne sont point la négation de l'étiologie traditionnelle. Loin de là, elles sont appelées à les préciser en lui apportant des lumières nouvelles. » Peut-être même, avait-il tendance à leur accorder une influence trop prédominante. Car si les causes secondes régissaient aussi étroitement la marche des infections, on ne verrait pas la pratique de la vaccination jennerienne enrayer la variole, ni celle de la vaccination antityphoïdique éteindre les maladies typhoïdes dans les agglomérations où elle est appliquée. Mais ces réserves faites, les conceptions du professeur Kelsch étaient solidement étayées et pleines d'originalité. Son esprit d'induction a, pour certaines maladies, devancé les prévisions de ses contemporains.

Ses dernières années s'écoulèrent, un peu solitaires, dans son laboratoire de l'Académie de Médecine. Il s'y consacra à l'étude de la vaccine. C'est là qu'il acueillait ses élèves et ses amis : sa figure expressive, un peu grave, presque ascétique, s'illuminait alors de finesse et de bonté. Il leur prodiguait les conseils de son expérience, se réjouissant si quelque succès venait couronner leurs efforts. Pendant les longues causeries qu'ils avaient avec lui, il se révélait un penseur exquis, d'une admirable noblesse de sentiments. L'intrigue et l'envie étaient odieuses. Il savait s'enfermer dans une philosophie un peu fière, trouvant dans son labeur infatigable d'amples sujets de satisfaction.

J'adresse un souvenir profondément reconnaissant et respectueux à celui qui fut pour moi un ami autant qu'un Maître.

II

Ce qui caractérise la maladie infectieuse, c'est qu'elle est fonction d'un virus animé, capable de se multiplier *in vivo* et d'y provoquer des réactions pathologiques spéciales. Ce virus est apte, en outre, à se propager, suivant des rites variables, à d'autres individus.

Ce n'est donc pas l'épidémicité qui définit, à elle seule, la maladie infectieuse. Elle n'en est qu'un attribut inconstant. Le microbe est, en effet, le facteur fondamental, nécessaire et suffisant, de l'infection. C'est dire — car on ne saurait séparer la notion de cause de celle de ses effets — que l'étude des maladies épidémiques ou endémiques repose sur celle des bactéries qui en sont les agents déterminants. La biologie des microbes pathogènes offre, en épidémiologie, une importance prépondérante puisqu'elle nous éclaire sur leur évolution, non seulement *in vitro* et chez l'animal d'expérience, mais encore dans l'organisme humain. La description des propriétés générales des bactéries pathogènes, de leur virulence et de ses oscillations, l'étude de leur habitat, celle de leur degré de résistance à l'égard des conditions naturelles ou artificielles qui tendent à les détruire, sont les prélimi-

naires obligés de toutes nos connaissances épidémiologiques. C'est seulement lorsque Pasteur eut mis en lumière les caractéristiques biologiques de la bactéridie charbonneuse, qu'il est devenu possible d'interpréter exactement la maladie dont ce microbe est responsable chez l'homme et chez les animaux, de la discerner des infections qui la simulent, d'en connaître les modes de propagation et d'en mettre au point la prophylaxie rationnelle.

L'Epidémiologie est donc redevable de ses principes, à la fois à l'observation des processus infectieux dans le milieu humain et à leur étude bactériologique et expérimentale : elle ne se sépare jamais du laboratoire.

Elle s'affilie encore à la clinique. Les maladies infectieuses ne sévissent pas toujours, en effet, sous leur physionomie la plus évidente. Elles se dissimulent communément, aussi, sous des manifestations atténuées, frustes ou abortives, sortes de diminutifs de la maladie authentique. Or ces ébauches morbides ne sont pas moins contagieuses que les formes classiques les mieux caractérisées. Peut-être, même, sont-elles plus dangereuses parce qu'elles sont plus souvent méconnues.

Dans presque toutes les épidémies ou endémies de maladies infectieuses, il existe donc des états cliniques incertains qui se juxtaposent à la forme commune de la maladie, et qu'il importe de bien connaître afin de pouvoir les dépister. Scarlatine, rougeole, diphtérie, peste, encéphalite léthargique, dysenteries, etc., — il serait facile de citer d'autres exemples — toutes ces affections sont susceptibles d'emprunter un masque mal défini, derrière lequel, à la fois le médecin et l'hygiéniste doivent savoir discerner leur vrai visage.

En conséquence, l'Epidémiologie affecte, aussi, des liens non douteux avec l'étude symptomatique des maladies contagieuses.

Il ne faut point, cependant, perdre de vue que l'examen objectif des malades ne permet pas toujours, à lui seul, de déceler la nature exacte de leur affection et que le recours au contrôle bactériologique s'impose dans un grand nombre de ces cas.

D'ailleurs beaucoup d'affections contagieuses, sont propagées, ainsi qu'on le sait, non seulement par les malades eux-mêmes, mais encore par les convalescents, enfin par certains individus qui, demeurés sains, ou n'ayant été affectés que d'une manière insignifiante ou passagère, n'en servent pas moins de vecteurs anonymes à des germes nocifs. La recherche de ces bactérifères, qui a pris une importance pratique et théorique considérable en épidémiologie, ne saurait évidemment se concevoir sans la participation du laboratoire.

Sous quelque aspect qu'on envisage ses descriptions ou ses applications, la science épidémiologique est donc soumise à la double discipline de la bactériologie et de l'expérimentation.

Telles sont les raisons pour lesquelles, au cours de l'enseignement que j'ai l'honneur d'inaugurer aujourd'hui, j'aurai fréquemment à me réclamer des acquisitions de la microbiologie, à rappeler les travaux faits sur ces questions, enfin à solliciter de mes auditeurs des recherches nouvelles destinées à vérifier ou à compléter les doctrines acceptées. Car, en vérité, les plus simples et, en apparence, les plus banales parmi les maladies microbiennes comportent encore nombre d'inconnues.

L'Epidémiologie pose également divers problèmes qui lui sont communs avec quelques-uns de ceux qui relèvent de la pathologie générale. Tels sont : le mécanisme des infections, l'immunité naturelle ou acquise et son influence sur l'évolution des maladies collectives, l'exaltation ou l'affaiblissement des virus, le microbisme latent, les facteurs adjuvants ou empêchants de l'infection, etc.

Bactériologie, séméiologie clinique, pathologie générale, immunologie, l'Epidémiologie s'apparente, en conséquence, à chacun de ces chapitres de la Médecine. Elle leur emprunte des constats précis, des notions expérimentales et des conclusions dont elle fait sa propre substance et qu'elle rapproche de l'observation attentive des maladies dans les agglomérations humaines.

Il ne faudrait pas croire que l'individualité propre de l'Epidémiologie se trouve amoindrie par cette collaboration. Il existe, en effet, entre toutes les branches qui forment le faisceau de nos connaissances médicales, une étroite connexité. Aucune d'elles ne se suffit à elle-même ou ne se réclame d'une existence indépendante. C'est ainsi que la clinique ne repose pas uniquement sur la simple observation du malade et sur le diagnostic de ses symptômes. Pour s'exercer utilement, elle fait, elle aussi, appel à la microbiologie, de même qu'à l'anatomie, à la physiologie, à l'histologie pathologique, voire même à la physique et à la chimie biologique, etc.

La Médecine et l'Epidémiologie qui n'en est qu'une ramification, se proposent, l'une la conservation de la santé individuelle, l'autre celle de la santé publique. La dernière a donc ainsi que je l'ai déjà noté, une portée plus particulièrement sociale. Elles convergent, en réalité, vers le même but qui est la lutte contre les maladies microbiennes.

*
* *

La marche des maladies épidémiques ou endémiques dans les collectivités ne s'opère pas toujours suivant une trajectoire rectiligne ou immuable. Elle est commandée, dans le temps et dans l'espace, par une grande diversité de causes, et c'est pourquoi il est souvent si difficile de suivre l'enchaînement des cas morbides. Cette complexité étiologique n'est, sans doute, qu'apparente. Elle a longtemps retenu l'attention des médecins qui considéraient son interprétation comme insoluble, parce qu'ils n'en connaissaient pas les lois ; plus simplement encore, parce qu'à défaut du secours donné par le laboratoire, ils ne pouvaient découvrir les intermédiaires vivants ou inanimés qui servent de supports aux germes infectieux. Les migrations successives que subissent ces « ennemis silencieux » ainsi qu'ont été justement appelés les microbes pathogènes, nous échappent encore parfois, mais leur nature ne saurait longtemps rester incertaine. Chaque jour amène, à cet égard, une constatation nouvelle.

Le méningocoque, le bacille de la diphtérie semblent affecter, à travers les collectivités, une marche infiniment capricieuse que nulle raison ne semble gouverner. Cependant, la découverte des porteurs de germes est venue éclaircir ces inconnues et permettre d'effectuer une prophylaxie rationnelle de la maladie. Le virus scarlatin semble-t-il disparaître dans une école, une caserne, une ville ? On le voit subitement renaître sur un certain nombre de personnes jusqu'alors préservées, sans qu'il soit possible, parfois, de saisir la cause de ces saccades épidémiques.

Ainsi font encore les oreillons, la rougeole, l'encéphalite léthargique, etc., maladies à germe inconnu. Or il n'est pas douteux que les unes et les autres de ces affections contagieuses obéissent à des règles plus ou moins conformes à celles qui commandent la propagation de la diphtérie et de la méningite cérébro-spinale dont le microbe est bien défini et d'isolement facile.

De même les atteintes d'une maladie infectieuse peuvent rester longtemps limitées et prendre inopinément un caractère explosif formidable, menaçant parfois un continent tout entier, voire même le monde habité. Telle est la caractéristique de la grippe. La suette miliaire reste complètement ignorée pendant des intervalles si prolongés qu'on pourrait la croire à jamais éteinte; elle se réveille ensuite en rafale épidémique qui ravage tout sur son passage.

Rares autrefois, semble-t-il, l'encéphalite léthargique et le hoquet épidémique sont devenus aujourd'hui d'une fréquence inquiétante.

On n'a pas encore fourni l'explication bien décisive de ces réveils épidémiques précédés d'un très long sommeil. L'intervention des porteurs de germes (homme ou animal) suffit-elle à en donner l'interprétation? Existe-t-il des cas morbides si atténués qu'ils échappent à l'observation commune, mais qui réalisent, cependant, un trait d'union entre les épidémies passées et celles qui leur succèdent beaucoup plus tard? Ces divers interprétations peuvent être acceptées. Toutefois, s'il en est ainsi, pourquoi le germe qui se cache soit chez le porteur latent, soit chez le malade simplement effleuré par le virus, attend-il si longtemps pour se révéler, et quelle cause mystérieuse le met tout à coup en mouvement?

D'autres hypothèses peuvent être émises, en particulier celle de l'atténuation de la virulence du germe infectieux lui-même, suivie d'une réactivation de celui-ci. Mais cette conception n'échappe pas à l'objection précédente : on s'explique mal pourquoi l'agent pathogène, dépouillé pendant une longue période, de toute activité, récupère subitement celle-ci. Pasteur a montré que la bactéridie charbonneuse peut expérimentalement glisser jusqu'à un pouvoir infectieux presque nul, et qu'il est, inversement, possible de régénérer sa nocivité jusqu'à un degré de virulence excessive. Appliquées aux épidémies à éclipses, ces expériences apportent, peut-être, l'interprétation de leur disparition et celle de leurs retours inopinés.

Les travaux de Pasteur ont encore laissé entrevoir la naissance possible de maladies nouvelles. La Médecine expérimentale n'y contredit pas. J'ai pu transformer des saprophytes parfaitement inoffensifs tels que le *Bacillus mesentericus* en microbes pathogènes capables de tuer la souris et le jeune cobaye. Ces microbes, essentiellement aérobies, qui ont ainsi accédé à la dignité d'agents infectieux, deviennent aptes à se cultiver dans le vide. Ils sécrètent une toxine très active. La vaccination peut être réalisée contre ce néo-virus. L'animal guéri de l'infection a acquis l'immunité contre une inoculation ultérieure. Son sang est agglutinant pour le bacille; il contient une sensibilisatrice spécifique, etc. Si donc on peut créer de toutes pièces des infections nouvelles et — si le mot n'est pas trop ambitieux — réaliser, dans une certaine mesure, un essai expérimental de transformisme microbien, il n'est pas défendu d'admettre que la nature ou le concours de certaines conditions encore inconnues peuvent les faire naître spontanément.

Certaines épidémies ont régné jadis qui semblent, inversement, avoir disparu. De 1828 à 1831, les habitants de Paris et de sa périphérie ont été gravement éprouvés par une maladie singulière déterminant, surtout chez les vieillards, une grande mortalité. Les malades se plaignaient de fourmillements et de douleurs vives aux extrémités des membres avec troubles moteurs, soubresauts musculaires, insomnie opiniâtre, diarrhée rebelle parfois sanglante, érythème suivi de desquamation, œdème, conjonctivite. En octobre 1828, on comptait à Paris plus de 40.000 cas d'Acrodynie. Elle reparut en 1844 à Bruxelles, à Namur et à Gand. Depuis lors, cette maladie est restée silencieuse.

Malgré les incertitudes qui couvrent ces variations, si étranges dans l'évolution des maladies infectieuses ou épidémiques, on connaît cependant quelques-unes des raisons de ces métamorphoses. Les grandes invasions ont jadis propagé la peste et le typhus, la dysenterie et les maladies typhoïdes. De même, la guerre mondiale de 1914 a fait apparaître en France la fièvre des tranchées et le Sodoku, maladies qui, jusqu'alors, paraissaient ignorées chez nous. Certaines races microbiennes très virulentes se sont même substituées, en maints endroits, aux races plus banales qui dominaient jusqu'alors. L'apport d'une flore infectieuse nouvelle est donc, parfois, la rançon imprévue des guerres, parce que ces dernières favorisent au plus haut point les échanges de germes.

Il existe, enfin, d'autres conditions bien définies qui actionnent la marche ou l'arrêt des infections microbiennes dans le milieu humain. Elles sont subordonnées, premièrement aux propriétés biologiques des microorganismes qui en sont les fauteurs, à leur constitution physique et chimique et, partant, à leur degré de résistance à l'égard des forces de destruction qu'elles rencontrent soit dans la nature, soit chez l'homme lui-même. Elles dépendent, en conséquence, de l'action qu'exercent, sur les agents microbiens, le milieu extérieur et les conditions physico-chimiques naturelles telles que la dessiccation, la lumière solaire, l'oxygène de l'air. Elles sont influencées, fort souvent aussi, par l'homme, les animaux, les insectes divers qui peuvent en être les intermédiaires ou les vecteurs. Enfin, elles relèvent fréquemment des oscillations que présentent la réceptivité morbide de l'homme lui-même, ou plutôt les propriétés innées ou acquises de ses humeurs et de ses cellules. L'immunité résultant d'une précédente atteinte, ébauchée ou caractéristique, conditionne souvent cette variabilité dans l'allure des processus épidémiques. Ce sont là les aspects imprévus du conflit entre les virus et l'homme, entre la graine et le terrain.

Le parasitisme domine le monde animé. Une loi de destruction mutuelle commande ce dernier. La lutte est incessante, parce que la condition essentielle de l'existence des uns est la mort des autres. On pourrait presque dire que la vie est un emprunt, mieux encore un rapt continu entre une individualité qui attaque et une autre qui se défend. La maladie infectieuse n'est, elle-même, que l'expression aiguë ou chronique de ce conflit entre l'homme et les bactéries pathogènes. Parfois, même, deux ou plusieurs microorganismes différents se liguent contre lui. L'homme résiste souvent fort mal à l'agression des infiniment petits parce que ces der-

niers possèdent un pouvoir de prolifération excessive et qu'ils peuvent sécréter des poisons très toxiques pour ses humeurs et pour ses cellules. Si le mécanisme de défense humorale ou cellulaire joue rapidement contre l'agent microbien, cette résistance est pourtant loin d'être inépuisable. Longue ou brève, la maladie résultant du duel ainsi engagé aboutit à la mort de l'un ou de l'autre. Mais vainqueur ou non, le germe microbien trouve, au cours de la maladie, de nombreuses occasions de s'extérioriser dans l'entourage du malade, voire même loin de celui-ci. La contagion est ainsi créée, entretenue ou alimentée également par les porteurs de germes. Ainsi s'enchaînent l'une à l'autre les diverses phases de l'état épidémique.

Dans le monde vivant, le parasitisme et, par conséquent, l'infection — celle-ci n'étant apparemment qu'un degré plus prononcé du premier — sont donc les effets d'une sorte de loi comparable à une loi darwinienne. Il n'est pas paradoxal d'avancer que le monde extérieur non vivant participe lui-même de cette règle. Assurément, l'air, le sol et l'eau n'ont qu'une influence passive dans la transmission d'un certain nombre de germes pathogènes. Mais ce rôle d'emprunt est parfois important. L'eau, aliment essentiel à la vie, peut devenir un réceptacle de germes nocifs qu'elle a reçus directement ou qui lui sont souvent apportés de fort loin. Elle a contracté elle-même une véritable maladie microbienne qu'elle transmet, par contagion, à l'homme ou aux animaux. L'eau de boisson peut donc être, elle aussi, une « porteuse de germes ».

III

Combattre ces forces destructrices accumulées est souvent de réalisation difficile. Pendant longtemps, la prophylaxie s'est résumée dans l'isolement des malades et surtout dans la pratique des désinfections. Malgré ses échecs sans nombre dans la prophylaxie de la grippe, des fièvres éruptives, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, des oreillons, de la coqueluche, de la méningite cérébro-spinale, etc., la désinfection est, trop souvent encore, considérée comme le moyen essentiel de lutte contre les maladies contagieuses, alors qu'elle n'en est qu'un adjuvant et que, pour quelques-unes de ces maladies, on peut êmme se demander si elle est utile.

La méthode idéale serait celle qui détruirait rapidement l'élément microbien dans l'organisme humain lui-même. Chimiothérapique ou sérothérapique, cette méthode n'est applicable, jusqu'ici, qu'à un petit nombre de maladies, le paludisme par exemple. La quininisation, en détruisant l'hématozoaire de Laveran, dans le sang, les viscères et la moelle osseuse, est à la base de la prophylaxie, comme de la thérapeutique de la malaria.

A ce même point de vue, la chimiothérapie arsenicale ou bismuthique a pour effet, sinon de guérir entièrement, du moins de neutraliser pendant une période plus ou moins durable la contagiosité de la syphilis. Elle a donc, elle aussi, un rôle prophylactique indéniable.

L'immunisation passive employée, dans le même but, se rapproche du moyen précédent. La sérothérapie, dont l'usage est si répandu dans la prévention de la diphtérie et du tétanos, s'étend aujourd'hui à celle de la rougeole et de la coqueluche. Malheureusement la protection ainsi assurée n'a qu'une durée très limitée. D'ailleurs, employés comme traitement des malades, les sérums thérapeutiques antidiphtérique, antitétanique, antiméningococcique, antidysentérique, ne les libèrent pas entièrement du microbe infectant puisque, guéris, ces sujets peuvent rester porteurs de germes et, par conséquent, contagieux.

De toutes les méthodes biologiques de prophylaxie, l'immunisation active est celle qui confère la protection la plus sûre et la plus durable. Après la vaccination antivarioleuse, les vaccinations antityphoïdique, anticholérique, antidysentérique, ont manifesté des preuves répétées de leur extrême efficacité préventive. Par cette méthode, on crée, en effet, chez l'individu sain, un terrain réfractaire au virus. C'est, pour un certain nombre d'autres maladies, la prophylaxie de l'avenir. Fondées sur ce principe, la prévention de la diphtérie, et celle de la coqueluche, sont en voie de réalisation. D'autres maladies seront vaincues à leur tour, et c'est encore le laboratoire et l'expérimentation qui en apporteront les moyens.

* * *

D'abord liée à l'observation simple des malades et des faits épidémiques, la première étape de la médecine a fourni, sans doute, des observations de grande valeur, mais combien limitées dans leurs résultats ! La médecine n'a progressé que lorsque Claude Bernard et Pasteur l'ont affranchie de son empirisme incertain pour l'orienter vers la vérification rigoureuse de l'expérimentation. Les découvertes les plus utiles à la guérison et à la prévention des maladies, comme les plus belles applications de la chimie, de la physique et de la mécanique, sont nées dans l'activité silencieuses des laboratoires : ceux-ci font éclore et mûrissent les découvertes que sanctionne l'avenir. Le savant ne s'attarde pas à l'attente passive et aléatoire des faits. Il édifie des conceptions que l'expérimentation impartiale vérifie, accepte ou rejette. Il cherche, ainsi que le demande Claude Bernard, à les susciter, à en reproduire les conditions déterminantes, à en étudier les variations et les conséquences. Il s'efforce de réaliser dans un appareil, de condenser dans un tube à essai, de transposer chez l'animal, le phénomène encore inconnu, d'en scruter toutes les phases pour en élucider la cause et, s'il se peut, de parvenir, par celle-ci, jusqu'à la loi qui le régit.

L'interprétation des phénomènes biologiques est rarement simple. On a, parfois, tendance à croire, sur la foi d'expériences positives, qu'on a trouvé l'explication de l'un de ces phénomènes. Or, il advient souvent qu'une expérience de même ordre, mais effectuée suivant d'autres méthodes, renverse cette présomption. Ces constatations contradictoires n'en sont pas moins utiles parce qu'elles conduisent à de nouvelles recherches.

Dans l'œuvre que poursuit la médecine et, spécialement, dans celle qui a pour objet la guérison et la prévention des maladies infectieuses, de nombreux problèmes s'offrent toujours à la curiosité des savants. Qu'il me soit permis de faire appel à ceux que passionnent les recherches de laboratoire. Les techniques anciennes ont apporté à la science des résultats d'une importance considérable. Ceux qu'on en peut encore attendre ne sont nullement épuisés. Mais, sans renier les méthodes traditionnelles, il paraît nécessaire d'en rechercher de nouvelles, grâce auxquelles pourront être éclaircies bien des incon-

nues qui s'imposent toujours à l'attention des biologistes. Sans doute, la recherche est ardue et les mécomptes sont nombreux. Mais qu'importe si, à la limite de l'effort, on entrevoit une parcelle de vérité ?

« Au-dessus de l'expérience naturelle et imparfaite, a dit Roger Bacon, il y a la science de faire des expériences. L'expérimentation est la maîtresse de toutes les autres sciences ; les autres ne sont que ses servantes. »

Définir les conditions qui président à l'éclosion et à l'évolution de la maladie infectieuse, étudier patiemment les moyens de combattre, sinon de supprimer les épidémies meurtrières qu'elles déterminent, est-il une fin qui mérite davantage de solliciter cet « enthousiasme scientifique » que Pasteur demandait à ses adeptes ? Et, lorsque, à force de méditations et de travail, on est parvenu à sauvegarder, dans une mesure aussi faible qu'elle soit, des existences humaines, nulle satisfaction intime n'est comparable à celle-là.

Pascal a dit « que la vérité erre, inconnue, parmi les hommes ». Il n'est pas de tâche plus sacrée, il n'est pas d'idéal plus élevé que d'être un chercheur de vérité.

LES SORTIES PRÉMATURÉES DES ALIÉNÉS INTERNÉS

Par le docteur A. RODIET,
Médecin chef de l'Asile de Ville-Evrard.

C'est toujours une déception et un ennui pour le médecin d'asile que le retour dans son service du malade libéré, il y a quelques semaines, parfois même quelques jours. Voici le paralytique général en rémission, lors de la demande de mise en liberté sollicitée par la famille, malgré les avertissements du médecin, et qui revient, après scandale sur la voie publique, et parfois même, accident. Tel ce malade, sorti de mon service, malgré mes conseils, et qui a failli faire dérailler un train de la banlieue parisienne. Voici l'épileptique, non délirant, lequel n'avait plus de crises depuis trois et même six mois et dont le caractère s'était modifié, ramené à l'asile par ses parents, après accès de fureur et attaques fréquentes, à son domicile. Il avait promis, cependant, de continuer son traitement, et sa famille avait affirmé qu'elle veillerait à écarter de lui toutes les causes de rechute, et surtout l'usage de l'alcool. Le maniaque réapparaît entre deux accès, parfois conscient des difficultés qu'il a éprouvées après sa sortie, et qui ont causé ce qu'il appelle lui-même « sa folie ». Quant au mélancolique, il nous revient souvent, après plusieurs tentatives de suicide, si même il n'a pas essayé, rendu à sa famille, de commettre le crime appelé par certains auteurs, « l'homicide altruiste ». Mais surtout, voilà l'alcoolique impénitent et récidiviste. Il fait le désespoir du médecin d'asile. Autant il est doux, souvent, et brave homme, lorsqu'il est désintoxiqué, autant il se montre farouche, désagréable et pénible à son entourage, lorsque, dès sa sortie, il s'est remis à boire. Et, cependant, que de promesses n'a-t-il pas faites et de protestations d'abstinence pour obtenir sa mise en liberté ! Et sa famille ? Comme elle a bien su nous affirmer que le père ou le mari s'abstiendrait désormais d'alcool. Les gens n'ont aucune confiance dans le médecin lorsque nous leur prédisons la rechute certaine, si les précautions indiquées ne sont pas réalisées, après la sortie, et si les conditions posées avant le certificat de sortie, ne sont pas réalisées. Aussi, ai-je pour habitude d'ajouter à mes certificats de mise en liberté d'un alcoolique récidiviste : « Est prévenu qu'en cas de rechute, l'internement sera de très longue durée » et de faire lire ce certificat au sujet et à ses parents. En vérité, il faut le dire, c'est la famille de l'aliéné qui est, trop souvent, l'ennemie du médecin aliéniste et du malade lui-même. C'est elle qui retarde sa guérison en lui rendant visite, lorsqu'il est encore agité et troublé, en lui rapportant des faits ou des propos qui entretiennent son délire, lorsqu'elle ne va pas jusqu'à lui remettre en fraude, des flacons d'alcool, ou même, comme je l'ai constaté, des armes pour se défendre contre ses ennemis imaginaires ou supposés. C'est elle surtout, la famille, qui harcèle le médecin de demandes de sortie prématurée, alors que, non seulement la guérison n'est pas assurée, mais qu'une amélioration de l'état mental n'est pas encore évidente. Si les sorties provisoires de quelques jours ont été supprimées dans les asiles de la Seine par la Préfecture de Police, c'est à la suite de délits graves et de meurtres commis par des aliénés renvoyés, à titre d'essai, à leur foyer, à cause des instances réitérées et des réclamations incessantes de parents imprudents et sourds volontairement aux conseils des médecins.

Cependant, ces sorties à titre d'essai, encore utilisées par les aliénistes de province et même dans les asiles de la Seine, en cas de placement volontaire, si le malade est par exemple, un épileptique non délirant ou un débile habituellement calme, ont donné de bons résultats, et peuvent être utiles, lorsque le moment est judicieusement choisi, à tâter l'aptitude du malade à revivre dans son milieu social. En instance au Sénat pour étude, la future loi sur le régime des aliénés, devrait édicter que le médecin traitant aura le droit d'autoriser dans certains cas, des sorties d'essai de quelques jours, aussi bien pour les placements volontaires que pour les placements d'office mais à la condition que : 1° *Le malade encore considéré comme interné soit surveillé et dirigé, de façon efficace et continue : 2° qu'il soit soumis à un contrôle médical, au milieu de sa famille ; 3° qu'il soit réintégré à l'asile, aussitôt le congé expiré ou même immédiatement, si sa propre sécurité ou celle de son entourage est menacée.*

Ce vœu faisait partie du programme de la Ligue d'Hygiène mentale et, lorsque le dispensaire de l'Asile Sainte-Anne a été fondé par le Conseil Général de la Seine, il semblait qu'il serait réalisé. Les sociétés de patronage qui ont pour but de continuer l'assistance matérielle et le traitement moral de l'aliéné, après la sortie de l'asile, n'ont pas d'autre but. La véritable prophylaxie mentale ne consiste pas seulement, en effet, à éviter l'internement du malade et à le soigner, avant l'entrée à l'asile, mais surtout à lui éviter, lorsqu'il a été interné, toutes les causes de trouble intellectuel et de rechute, de nature à provoquer une nouvelle séquestration.

La Pratique des sanatoriums, par le docteur L. GUINARD. Un volume de 448 pages avec 31 illustrations dans le texte et 32 planches hors texte. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1925)

Héliothérapie. — M. MOUCHET, à propos de la communication faite dans la dernière séance par MM. Duguet et Clavelin, fait part des observations qu'il a pu faire au sujet de la cure de soleil à Paris, au solarium installé à l'hôpital Saint-Louis. M. Mouchet, comme M. Duguet, a constaté des cas d'intolérance à la cure solaire.

M. DUGUET, à l'appui de sa première communication, apporte de nouveaux faits. Il cite entre autres l'exemple d'une malade qui, atteinte d'une tuberculose locale, a montré une intolérance absolue à la cure solaire. Quelques mois après elle fut prise d'une arthrite bacillaire dont elle fut complètement guérie par une cure solaire. Il n'en faut pas moins agir avec prudence ; M. Duguet cite plusieurs cas d'insolation ou d'intolérance absolue.

Appendicite, septicémie consecutive, accidents graves ayant disparu après une saignée. — M. MICHON fait un rapport sur une observation adressée par M. Aumont (de Versailles). Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, atteinte d'appendicite aiguë. A l'opération, M. Aumont trouva un appendice rétro-cæcal, très adhérent, dont l'extraction fut difficile. Pas d'enfouissement. Drainage. Les suites immédiates furent simples. La température baissa. Puis elle remonta à 39, 39°8, 40, 40°2, sans autre symptôme appréciable. La température tomba brusquement à 36°4, avec insuffisance rénale. Rien d'abdominal. Transfusion sanguine, amélioration immédiate, guérison. M. Aumont croit avoir eu affaire à une surrénalite aiguë. Tel n'est pas l'avis de M. Michon qui croit plutôt à une crise de septicémie aiguë. Quoi qu'il en soit, il semble bien difficile de nier l'efficacité de la transfusion.

Origine appendiculaire de la périduodénite. — M. BASSET' en analysant un travail de M. Hertz, apporte dix nouvelles observations de périduodénite sur lesquelles sept furent consécutives à une appendicite aiguë. Ces faits viennent donc confirmer cette opinion que, dans les cas de périduodénite, il faut toujours songer à l'appendicite comme origine.

Gastro-jéjunostomie. — M. PROUST fait un rapport sur une commnnication de M. Lauwers qui, dans certains cas, propose de remplacer la gastrostomie par une jéjuno-gastrostomie qui a pour avantage de donner une bouche beaucoup plus large en permettant une alimentation plus facile.

Estomac biloculaire, intervention, ulcères consécutifs. — M. CUNÉO analyse une observation de M. Pauchet. Il s'agit d'une femme qui avait un estomac biloculaire. M. Pauchet fit une gastro-entérostomie et anastomosa les deux poches. Des ulcères peptiques se développèrent sur les deux bouches. M. Pauchet réséqua alors le bloc gastro-intestinal et implanta les deux bouts du jéjunum dans le moignon gastrique.

Il est bien évident, ainsi d'ailleurs que le reconnaît lui-même M. Pauchet avec M. Cunéo, qu'il eût été préférable de faire d'emblée la gastrectomie partielle. Il faut donc la considérer comme l'opération de choix contre l'estomac biloculaire.

Sacralisation douloureuse de la Ve lombaire. — M. BASSET a opéré une femme de soixante-treize ans souffrant beaucoup de la région lombaire. La radiographie montre qu'il s'agissait d'une sacralisation de la Ve lombaire. M. Basset fit une résection qui, bien que très minime, libéra les troncs nerveux comprimés. Guérison.

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1925)

Fractures complexes. — M. Louis BAZY communique l'observation d'un troupier de vingt-cinq ans qui, ayant fait une chute de 25 mètres, se fit une fracture de Dupuytren compliquée d'une fracture verticale de l'astragale. Il a pratiqué l'incision péronière de Duval et Gatellier, enlevé l'astragale, reconstitué le péroné par une plaque de Lambotte et corrigé le diastasis par un vissage tibio-péronier. Guérison parfaite.

Accès sur le rein par voie thoraco-abdominale. — M. LEGUEU, en son nom et au nom de M. Fey, fait une communication sur ce sujet. La voie thoracó-abdominale antérieure, pour aborder le rein, donne un jour considérable, surtout pour aborder le pôle supérieur du rein gauche. Malgré les avantages que présente cette incision antérieure verticale puis horizontale, elle ne saurait se substituer entièrement à l'incision lombaire ou lombo-abdominale classique. Mais dans certains cas de difficultés, l'incision antérieure a donné de très bons résultats à MM. Legueu et Fey.

Mésentérite rétractile. — M. MAUCLAIRE communique quatre observations de mésentérite rétractile adressées par M. Jean (de Toulon).

Mégacôlon typhoïde, colectomie. — M. MAUCLAIRE fait un second rapport sur quatre cas de mégacôlon typhoïde adressés par M. Ferrari. Colectomie et suture bout à bout.

Anévrisme de la région fessière. — M. MOURE fait un rapport sur une observation de M. Charbonnel (de Bordeaux). Il s'agit d'une femme souffrant d'une sciatique rebelle. On la traita par des injections d'air dans la fesse, ce qui détermina un anévrisme artériel. M. Charbonnel intervint. Ligature préalable de l'hypogastrique, résection du sac et ligature des deux bouts de l'artère. Après quelques accidents de suppuration, la guérison fut obtenue. Il y a lieu d'admettre que cet anévrisme s'est développé à la suite d'une piqûre de l'artère ischiatique par le trocart qui servit pour les injections.

Pouls lent chez des malades atteintes d'affections aiguës intraabdominales. — M. SAUVÉ fait un rapport sur cinq observations adressées par MM. Jeanneney et Piéchaud (de Bordeaux). Il s'agit de malades atteintes d'affections aiguës (appendice, grossesse extra-utérine, etc.) qui présentèrent un pouls lent permanent. Les auteurs ont obtenu une accélération du pouls chez ces malades à l'aide de la morphine. M. Sauvé estime que, dans ces cas, il vaut peut-être mieux intervenir d'urgence.

Luxations du métatarse. — M. KUSS analyse deux observations de MM. Cochez et Pierry (d'Alger) de luxations du métatarse, l'une réduite facilement sous anesthésie, l'autre ayant nécessité une intervention chirurgicale. M. Kuss émet quelques doutes sur la valeur des interventions sanglantes dans ces cas.

M. DUJARIER n'est pas de cet avis et il est partisan de l'intervention quand la réduction n'a pas été obtenue par les moyens simples.

M. LAPOINTE a pu facilement réduire dans deux cas récents et maintenir la réduction par une botte plâtrée.

M. MAUCLAIRE cite un cas de réduction et de reproduction de la luxation avec un mauvais résultat fonctionnel.

M. AUVRAY a vu un cas de luxation du métatarse ancienne, méconnue, ayant entraîné des troubles graves avec 30 p. 100 d'invalidité définitive.

M. WIART cite des cas de luxation du métatarse donnant, à la radiographie, un mauvais état anatomique avec un bon état fonctionnel.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(SÉANCE DE NOVEMBRE 1925)

Volumineux épithéliomas métastatiques des capsules surrénales sans pigmentation cutanéo-muqueuse. — MM. BOINET, ROUSLACROIX et Jean PIÉRI présentent deux volumineuses tumeurs surrénales secondaires à un cancer du côlon sigmoïde. Cliniquement, la malade, très amaigrie, très asthénique, accusait surtout une diarrhée rebelle et n'avait aucun trouble pigmentaire cutané ou muqueux. L'examen histologique du néoplasme intestinal montre qu'il s'agit d'un épithélioma sous-muqueux, ayant une tendance précoce et accentuée

à la dégénérescence nécrobiotique. Les capsules surrénales massivement envahies présentent des zones cancéreuses en prolifération ou en nécrobiose. L'imprégnation à l'argent n'a pas décelé de cellules argentaffines. La bilatéralité de ces tumeurs surrénales secondaires est à signaler.

Ostéomyélite aiguë de la tête fémorale et du bassin. Résection de la hanche. — MM. E. Acquaviva et G. Darcourt rapportent l'observation d'un enfant de douze ans ayant présenté au début les signes d'une infection profonde et une psoïtis droite. L'intervention fait voir une ostéomyélite aiguë du fémur avec trépanation de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde. Résection de la hanche facilitée par fracture spontanée, par décapitation de la tête et destruction pathologique du ligament rond. Drainage postérieur. Guérison. Les auteurs insistent sur la nécessité, dans les cas d'ostéomyélite aiguë de la hanche, de la résection systématique de la tête fémorale et du drainage très postérieur.

Un cas d'amputation de la verge pour néoplasme. — MM. Chauvin et Lahayville.

Lympho-granulomatose inguinale subaiguë. — MM. P. Vigne et A. Fournier.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ASCITES

Définition. Généralités. — Sous le nom d'ascite, on désigne tout épanchement séreux dans le péritoine. L'ascite est un syndrome dont le diagnostic est généralement facile, mais il faut en rechercher l'étiologie si on veut faire œuvre de traitement utile. C'est donc le diagnostic étiologique la principale étape de l'examen clinique d'un ascitique.

Les affections générales, hépatiques, péritonéales sont à la base de ce syndrome. C'est l'examen clinique qui en permettra le diagnostic en s'aidant grandement de l'*examen du liquide de ponction* dont la valeur séméiologique paraît renouvelée à la lueur de notions récentes.

I. DIAGNOSTIC POSITIF

1° Ascite libre de moyenne abondance. — Nous la prendrons pour type de description.

Après un début insidieux et progressif, marqué par quelques troubles gastro-intestinaux, un météorisme léger, l'ascite se constitue prenant un aspect assez caractéristique.

a. **Inspection.** — Dès qu'on découvre le malade on est frappé par :

1. L'aspect de l'abdomen. — Il est augmenté de volume. Dans le décubitus dorsal, il s'étale (ventre de batracien). Dans la station debout, il retombe sur la racine des cuisses (ventre en besace).

2. L'aspect de la peau. — Elle est lisse, amincie et luisante, ou épaissie et œdémateuse, présentant parfois des vergetures.

3. Circulation collatérale. — La peau est parcourue de veinosités dessinant autour de l'ombilic la classique « tête de méduse ». On en décrit deux types :

a) Type *Porto-cave*, à prédominance sus-ombilicale et thoracique inférieure, surtout développée à droite.

b) Type *Cave-cave*, sous-ombilicale, d'apparition plus tardive et qui disparaîtrait temporairement après la ponction.

b. **Palpation.** — Donne une sensation de résistance élastique, plus nette dans les régions déclives.

Il est difficile et généralement impossible de se rendre compte, par ce procédé, de l'état des organes sous-jacents avant d'avoir ponctionné l'ascite.

c. **Percussion.** — Donne de *précieux renseignements* et permet de délimiter des zones de *matité* ou de *sonorité variables* suivant les déplacements du malade.

Dans le décubitus *horizontal*, matité dans la région hypogastrique et dans les flancs; sonorité à l'épigastre et dans les hypocondres. Entre ces deux zones existe une zone de submatité hydro-aérique qui décrit une *courbe à concavité supérieure.*

Dans le décubitus *latéral*, la matité apparaît dans le flanc sur lequel repose le malade tandis que la sonorité se déplace également pour occuper le côté opposé.

d. **Palpation et percussion** réunies permettent de mettre en évidence le signe pathognomonique de l'ascite : la *sensation de flot.*

2° Grande ascite. — Tous les signes physiques sont ici au maximum et le diagnostic est en quelque sorte évident. La peau est extrêmement tendue, luisante, vergeturique; l'ombilic est retourné en doigt de gant, le réseau veineux est généralisé. La *matité* est *totale* avec parfois *disparition de la sensation de flot.*

C'est dans ces formes qu'apparaissent les signes *fonctionnels* de compression :

Troubles cardio-pulmonaires : dyspnée.
Troubles digestifs : constipation opiniâtre.
Troubles urinaires : dysurie.

Par leur abondance, de telles ascites peuvent nécessiter la ponction d'*urgence* qui sera pratiquée *prudemment.*

3° Petite ascite. — Tout autre est le petit épanchement dont le diagnostic peut être délicat. Ici, pas de ballonnement, pas de fluctuation. Il faut collecter le liquide dans les *flancs* par le décubitus latéral, ou autour de l'ombilic par la position genu-pectorale.

Chez la femme : le toucher vaginal montre la distension des culs-de-sac, l'abaissement de l'utérus, la mobilité anormale du col.

4° Ascites cloisonnées. — Elles revêtent souvent une symptomatologie un peu spéciale. Les signes d'épanchement y sont moins nets. Et, dans certains cas, il est difficile de savoir s'il s'agit d'ascite libre ou cloisonnée. Mais ici : *matité en damier*, les régions *mates ne variant pas* avec les déplacements du malade.

II. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic d'ascite n'est délicat que dans les épanchements peu abondants ou cloisonnés.

A. **La paroi.** — Œdème et adipose seront immédiatement éliminés.

B. **Les organes abdominaux.** — Le météorisme : pas de matité déclive.

Les tumeurs liquides : elles sont exceptionnelles et diagnostiquées par les autres signes coexistants :

Hydronéphrose (unilatérale).
Hydrocholécystite.
Kyste hydatique du foie.
Kyste du mésentère.

C. **Les organes pelviens.** — Ce sont les diagnostics suivants qui se posent habituellement :

1. **Vessie.** — Rétention d'urine. — Diagnostic *très facile* : globe hypogastrique à matité convexe en haut, disparaît après sondage.

2. **Utérus.** — Grossesse avec hydramnios.

3. **Ovaire.** — Le kyste de l'ovaire est en réalité le seul diagnostic différentiel important.

a. *En sa faveur plaident* :

La déformation asymétrique et globuleuse de l'abdomen, l'absence de déplissement de l'ombilic.

L'*invariabilité de la matité et sa convexité supérieure.*

L'élévation de l'utérus au toucher.

b. *Mais* un kyste peut être médian, pédiculé (matité mobile). Il peut y avoir *coexistence* de kyste et d'*ascite* (kystes végétants surtout) et on peut percevoir les signes concomitants des deux affections. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE*. . . . 45 *fr.*
Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Chaine, professeur sans chaire à la Faculté des sciences de l'Université de Bordeaux, est nommé, à dater du 1er janvier 1926, professeur d'anatomie comparée et embryogénie à ladite Faculté, en remplacement de M. Kunstler, admis à la retraite.

— LILLE. — M. Pierret, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à compter du 1er janvier 1926, professeur d'hygiène et de bactériologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Breton, décédé.

— TOULOUSE. — La chaire d'hygiène de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est transformée en chaire d'hygiène et médecine préventive.

M. Lafforgue, professeur d'hygiène à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, à compter du 1er janvier 1926, professeur d'hygiène et médecine préventive à ladite Faculté (chaire transformée).

FACULTÉ DES SCIENCES D'AIX-MARSEILLE. — M. Bierry, maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes et chef de laboratoire à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er janvier 1926, professeur de physiologie à la Faculté des sciences de l'Université d'Aix-Marseille, en remplacement de M. Jourdan, admis à la retraite.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, M. Lapie, recteur de l'Académie de Paris, est nommé président de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille d'or est décernée à M. le docteur Guinon, médecin chef de service à l'hôpital Bretonneau, à Paris.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — (Armée active.) Par décision du 30 décembre 1925, les prix de la bourse et du trousseau des élèves admis à l'Ecole du service de santé militaire, à la suite du concours de 1925, sont fixés ainsi qu'il suit :

1° Prix de la pension : 2.000 fr.

2° Prix du trousseau : pour les élèves admis à 8 inscriptions : 4.412 fr. 07; pour les élèves admis à 4 inscriptions : 4.755 fr. 78; pour les élèves admis avec le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles : 5.277 fr. 38.

MODIFICATIONS AU CODEX. — Le *Journal officiel* du 5 janvier 1926 publie les additions et modifications apportées au Codex par la commission chargée de sa rédaction.

TRIBUNAUX DÉPARTEMENTAUX DES PENSIONS. — Sont nommés pour l'année 1926, MM. les docteurs dont les noms suivent :

Agen : M. Renoux; MM. Andrieu et Auricombe.
Aix : M. Casse; MM. Vaissade et Thomas.
Ajaccio : M. Folacci; MM. Antonini et Seta.
Albi : M. Gotty; MM. Labeyre et Bouissière.
Alençon : M. Demirleau; MM. Bailleul et Renault.
Alger : M. Witas; MM. Sabadini et Bullinger-Muller.
Amiens : M. Hurtrel; MM. Caraven et Merle.
Angers : M. Lepage; M. Kauffmann.
Angoulême : M. Barraud; MM. Gauthier et Fournier.
Annecy : M. Orsat; MM. Levèque et Duparc.
Arras : M. Behague; MM. Brassart et Andrès.
Auch : M. Lestrade; M. Szelechowski.
Aurillac : M. Girou; MM. Monraise et Talandier.
Auxerre : M. Chevereau; MM. Duché et Sarrazin.
Avignon : M. Garnier; MM. Bonnet et Passelègue.
Bar-le-Duc : M. Voirin; MM. Gelly et Baudo.
Beauvais : M. Magnier; MM. Leraitre et Poissonnier.

Belfort : M. Bouvier; MM. Lang et Lévy.
Besançon : M. Heitz; MM. Chaton et Bauffle.
Blois : M. Dayet; M. Meunier.
Bordeaux : M. Lande; MM. Rochet et Guyot.
Boulogne-sur-Mer : M. Guyot; M. Dervaux.
Bourg : M. Servas; MM. Convert et Chapuis.
Bourges : M. Bonneau; MM. Janvier et Marioton.
Caen : M. Charbonnier; MM. Gùibé et Desbouis.
Cahors : M. Besse; MM. Segalas et Delport.
Carcassonne : M. Soum; MM. Combeleran et Boyer.
Châlons-sur-Marne : M. Chevron; MM. Aumont et van Vyve.
Chambéry : M. Voutier; MM. Greyfié de Bellecombe et Demarie.
Charleville : M. Roland; MM. Rozoy et Blairon.
Chartres : M. Bouchard; MM. Dudefoy et Roue.
Châteauroux : M. Bougarel; MM. Sineau et Gaujard.
Chaumont : M. Merger; MM. Carel et Boucard.
Clermont-Ferrand : M. Bousquet; M. Grasset.
Colmar : M. Kayser; MM. Koenig et Hamburger.
Constantine : M. Piquet; M. Aubertie.
Digne : M. Chaussegros; MM. Gassend et Bues.
Dijon : M. Capitaine; MM. Sirot et Devillebichot.
Douai : M. Toison; MM. Desmoulin et Monnier.
Draguignan : M. Pelloquin; MM. Guerrier et Weill.
Epinal : M. Urmes; MM. Lacour et Riff.
Evreux : M. Thirard; MM. Moisson et Briquet.
Foix : M. Calarel; MM. Rumbau et Lestrade.
Gap : M. Coronat; MM. Dorche et Ebrard.
Grenoble : M. Carlet; MM. Douillet et Juvin.
Guéret : M. Bresard; MM. Dumont et Dufour.
Laon : M. Blanquinque; MM. Lemarchal et Ruby.
La Rochelle : M. Dufour; MM. Martin et Rastouil.
La Roche-sur-Yon : M. Choyau; MM. Filaudeau et Barbanneau.
Laval : M. Bucquet; MM. Loiseleur et Le Basser.
Le Mans : M. Legros; MM. Lefournier et Lorier.
Le Puy : M. Gerbier; MM. Jean et Gallet.
Libourne : M. Bouchard; MM. Laval et Le Barazer.
Lille : M. Leclercq; MM. Leroy et Decopman.
Limoges : M. Thouvenet; MM. Cubertafaud et Filhoulaud.
Lons-le-Saunier : M. Vogelin; MM. Boulée et Pichon.
Lyon (1re section) : M. Durand; MM. Mazel et Rebattu. — (2e section) : M. Locard; MM. Laroyenne et Desmolins.
Mâcon : M. Richard ; MM. Juvanon et Lagoutte.
Marseille : M. Alezais; MM. Dufour et Camoin.
Melun : M. Siguier; MM. Malvy et Bureau.
Mende : M. Bessière; MM. de Flamond et Bonnel.
Metz : M. Siesel; M. Gully.
Montauban : M. Paisseran; MM. Monribot et Dumas.
Mont-de-Marsan : M. Cola; MM. d'Uzer et Dutoya.
Montpellier : M. Gausset; MM. La Peyre et Carrieu.
Moulins : M. Ranglaret; MM. Penard et Longnon.
Nancy : M. Weiss; MM. Michel et Abt.
Nantes : M. Bureau; MM. Le Meignen et Desclaux.
Nevers : M. Houze; MM. Marchais et Comte.
Nice : M. Rovery; MM. Rosanoff et Figuiera.
Nîmes : M. Perrier; MM. Negre et Chapon.
Niort : M. Roulland ; MM. Collon et Veaux.
Oran : M. Botalla-Gambetta; MM. Bijon et Bourland.
Orléans : M. Geffrier; MM. Touche et Marnasse.
Paris (1re section) : M. Lœwy; MM. Piédelièvre et Clément. — (2e section) : M. Derrieux, MM. Fouquet et Gauthier. — (3e section) : M. Duvoir; MM. Legrain et Faure-Beaulieu. — (4e section) : M. Stepinski; MM. Lutaud et Lyon-Caen. — (5e section) : M. Maréchal; MM. Cellier et Truelle.
Pau : M. Marsoo; MM. Fayon et Guichot.
Périgueux : M. Le Roux; MM. Faguet et Crozet.
Perpignan : M. de Lamer; MM. Deveze et Pons.
Poitiers : M. Chrétien; MM. Vincent et Foucault.
Pontoise : M. Derome; MM. Herbinet et Fourniols.
Privas : M. Fargier; MM. Dupin et Pargoire.
Quimper : M. Colin; MM. Lagriffe et Renault.
Rennes : M. Simonneaux; MM. Joubaire et Huchet.
Rodez : M. Bonnefous; MM. Garrigues et Bousquet.
Rouen : M. Vallée; MM. Bellicaud et Cauchois.
Saint-Brieuc : M. Grenié, MM. Tessier et Hery.
Saint-Etienne : M. Riou; MM. Mandy et Genairon.
Saint-Lô : M. Le Clerc; MM. Rauline et Rougeon.
Strasbourg : M. Boeckel; MM. Daur et Brion.
Tarbes : M. Prunet; MM. Benezech et Salzac.
Toulouse : M. Tapie; MM. Sorel et Chamayou.
Tours : M. Chevé; MM. Guillaume et Faix.
Troyes : M. Debret; MM. Blaise et Tintrelin.
Tulle : M. Sikora; MM. Morély et Mazeyrie.
Valence : M. Calvet; MM. Magnanon et Buisson.
Vannes : M. Le Guen; MM. Blondeau et David.
Versailles : M. Broussin; MM. Fleury et Gautier.
Vesoul : M. Doillon; MM. Petitjean et Munier.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. Fernand BEZANÇON.) — Le professeur F. Bezançon a commencé son cours le vendredi 8 janvier 1926, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Programme du cours : Gangrène pulmonaire. Dilatation des bronches.

INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 6 janvier 1926 publie un avis de concours sur titres pour l'emploi de médecin-directeur technique de l'office public d'hygiène sociale du département de la Haute-Marne, chargé en même temps des fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène (trait. 22.000 fr.).

S'inscrire avant le 30 janvier au ministère de l'Hygiène, 7, rue Cambacérès, 6e bureau.

Gabriel MAUNOURY

C'est avec un bien vif regret que nous apprenons la mort de notre excellent collègue Maunoury (de Chartres), mort à soixante-seize ans, après une courte maladie. Membre correspondant national de l'Académie de médecine, membre correspondant de la Société de chirurgie, ancien député d'Eure-et-Loir, conseiller général, conseiller municipal, chirurgien de l'hôpital de Chartres, Maunoury, après son internat à Paris, retourna dans sa ville natale et y acquit bientôt une réputation méritée d'excellent chirurgien. Travailleur infatigable, d'une conscience professionnelle absolue, dévoué à ses malades autant que désintéressé, simple, plutôt modeste, excellent collègue, Maunoury sut mener de front ses multiples occupations de chirurgien, de député, de conseiller général, de membre correspondant de plusieurs Sociétés savantes et remplir toutes ces charges avec l'exactitude et le zèle qui le caractérisaient. Lorsqu'il fut porté par ses collègues à la Présidence du Congrès français de chirurgie, Maunoury fit un discours magistral dans lequel il traça un tableau saisissant de la chirurgie contemporaine, et dans lequel il émit des réflexions philosophiques dignes d'un vrai savant et d'un grand penseur.

L'homme privé n'était pas moins méritant. Comme chirurgien, même comme député, comme homme public il avait su ne se concilier que des amis. Comme son frère le glorieux maréchal Maunoury, il était unanimement adoré dans toute la région, autant pour son dévouement absolu aux malades que pour son caractère élevé, son extrême bonté, sa parfaite honorabilité professionnelle. Il laissera d'unanimes regrets.

A. BROCHIN.


CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50
DE THIOCOL "ROCHE"
Sirop Roche
COMPRIMÉS ROCHE
DE THIOCOL


Nujol
Constipation
Nujol



REVUE GÉNÉRALE

LES PHÉNOMÈNES DE CHOC

REVUE CRITIQUE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE (1)

Par le docteur L. LANGERON,

Chef de clinique médicale, Préparateur de médecine expérimentale à la Faculté de Lyon.

III

TRAITEMENT DU CHOC ET APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

I. **Le traitement du choc.** — A ce point de vue, deux éventualités sont à envisager ; on peut avoir à prévenir le choc, on peut être appelé à traiter ses accidents s'il est déjà déclanché (2).

1° La **prophylaxie du choc.** — On peut la réaliser de trois façons différentes ou en se plaçant à trois points de vue : *empêcher l'action des causes déterminant le choc, modifier ces causes de façon à les rendre inoffensives, mettre l'organisme à l'abri de leurs atteintes.* Ces trois manières de faire ne s'excluent du reste pas et peuvent parfaitement être mises en jeu simultanément, au moins pour les deux dernières.

a. EMPÊCHER L'ACTION DES CAUSES DÉTERMINANT LE CHOC. — Le moyen est simple à expliquer et à comprendre, sinon toujours à appliquer. Ce sera l'abstention des réinjections sériques, de l'exposition au froid, des ingestions alimentaires nocives, etc.

b. MODIFIER CES CAUSES DE FAÇON A LES RENDRE INOFFENSIVES. — Il est quelquefois possible de le faire, quand par ailleurs, l'exposition à la cause susceptible de déclancher le choc s'impose. On obtiendra ce résultat en traitant le produit dangereux de divers façons (3) ; c'est ainsi qu'on a préconisé la dilution des sérums en eau physiologique (A. Richet fils, Brodin et Saint-Girons), l'hyposulfite de soude, les lécithines, les oléates, le bicarbonate de soude, le chlorure de calcium etc. Les eaux minérales ont des actions phylactiques reconnues, mais de mécanisme complexe (4). Récemment enfin nous avons essayé la formolisation (5), suivant la technique de préparation des anatoxines avec des résultats douteux.

c. METTRE L'ORGANISME A L'ABRI DE L'ATTEINTE DES CAUSES DÉTERMINANTES DU CHOC. — C'est le moyen le plus pratique et le plus souvent indiqué, les deux premiers étant souvent ou impossibles ou infidèles.

Pour y parvenir il y a d'abord, *les modifications d'ordre très général mais d'efficacité incertaine*, par lesquelles on peut essayer d'augmenter la résistance de l'organisme ; améliorations du métabolisme général, hygiène générale et alimentaire, cures de désintoxication, régime végétarien, jeûnes thérapeutiques, traitements étiologiques, spécifique par exemple, organo-thérapies diverses, etc. On comprend facilement les indications, les modes d'emploi, mais aussi le caractère incertain des résultats, de ces différentes méthodes.

En second lieu, peut-on, avec *un organisme réceptif ou supposé tel, le préserver des accidents de choc, si les nécessités exigent de le soumettre à cette éventualité, sérothérapie par exemple?*

A cette question qui forme la clef de voûte de la prophylaxie du choc et de l'anti-anaphylaxie, la pratique clinique et l'expérimentation permettent de répondre *par l'affirmative* : on peut mettre un organisme réceptif à l'abri des accidents du choc, tout en l'exposant à la cause perturbatrice, par deux méthodes différentes correspondant à des conditions différentes.

A. *Il y a d'abord une préservation temporaire, de courte durée* — appelée communément, *skeptophylaxie, tachyphylaxie*, et dont l'exemple le plus typique et le plus connu, est la méthode des injections minimes et subintrantes de Besredka, dont la technique et l'efficacité sont suffisamment établies pour ne pas avoir à être décrites ici.

L'injection à dose minime et suffisamment répétée protège *pendant un certain temps*, contre une forte dose, qui sans cette précaution préventive, déclancherait les accidents du choc ; la méthode s'applique aux chocs anaphylactique, protéique, arsénobenzénique (*topophylaxie de Sicard*) ; elle a été particulièrement appliquée à la migraine (1).

Son mécanisme est clairement démontré par l'étude des leucopénies expérimentales dans les chocs provoqués, telle que celles que nous avons pratiquées dans les recherches citées plus haut. Si chez l'animal on institue la méthode de Besredka et qu'en même temps on suive systématiquement la courbe leucocytaire, on voit que la ou les premières injections déterminent une leucopénie nette, tandis que les suivantes sont sans effet. Si on espace les injections d'un temps suffisant (quelques heures), la leucopénie réapparaît (2).

Tout se passe comme si, l'élément nerveux réceptif soumis à une excitation, avait besoin d'un temps de repos, pendant lequel il est réfractaire à toute nouvelle excitation, pour se retrouver à nouveau dans un état réceptif.

Ce que l'on constate pour la crise hémoclasique se passe également pour les manifestations cliniques ; mais les injections préventives sont si minimes, à dessein du reste, que ces symptômes extérieurs sont ou extrêmement estompés ou même complètement absents, ce qui fait que l'examen des réactions hémoclasiques constitue le meilleur moyen d'étude du phénomène.

La skeptophylaxie est donc en réalité un petit choc qui protège contre un grand, à cause de la période réfractaire consécutive, et la durée de cette

(1) Fin. — Voir *Gaz des hôpit.*, 1926, n° 1, p. 5.

(2) Voir rapports sur l'anti-anaphylaxie, M. PÉHU, WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD, *XVe Congrès franç. de méd.*, Strasbourg. 3-5 oct. 1921.

(3) Voir d'une façon générale : PAGNIEZ. *Journ. méd. franç.*, mars 1922.

(4) AUBERTOT. Action phylactique des eaux minérales, *Presse méd.*, 25 juillet 1925. p. 996-998 (avec de nombreuses indications bibliographiques). — F. ARLOING, LANGERON, MILHAUD et RICARD. *Réunion biol. de Lyon*, 19 nov. et 17 déc. 1923. — F. ARLOING, LANGERON et RICARD. *Ibid.*, 21 janv. 1924. — F. ARLOING. Action anti-anaphylactique des eaux minérales, *Presse thermale et clim.*, sept.-oct. 1924, p. 133-136 (indications des travaux antérieurs du même auteur sur le sujet).

(5) *Réunion biol. de Lyon*, 16 nov. 1925.

(1) PAGNIEZ et PASTEUR-VALLERY-RADOT. De quelques traitements de la migraine, *Presse méd.*, 15 janv. 1921, p. 45-47. — NAST. La migraine (peptonothérapie préventive), *Th. de Paris*, 1921 (indications nombreuses de travaux antérieurs).

(2) Des constatations identiques ont été faites sur la tension artérielle par Gautrelet, *Soc. de biol.*, 14 avril 1923.

protection est étroitement limitée à celle de cet état réfractaire. Pour Tinel et Santenoise, c'est par le retour inverse, que ce choc détermine, vers un tonus sympathicotonique que serait réalisée cette protection. Les deux interprétations ne diffèrent guère; le fait subsiste toujours d'*une préservation temporaire, obtenue par un petit choc, contre un grand*, fait facile à démontrer expérimentalement comme à vérifier en clinique.

B. *Il y a ensuite une préservation sinon définitive tout au moins de durée prolongée.* — Elle est assez facile à réaliser chez l'animal, mais chez l'homme c'est beaucoup plus délicat et plus aléatoire.

En *administrant l'antigène de façon répétée et prolongée* (1) *on arrive à rendre l'organisme insensible à la cause du choc*; cette préservation semble sinon définitive, du moins assez durable; elle nécessite l'administration à faibles doses pendant des semaines ou des mois; chez l'homme on ne peut se flatter de l'obtenir à coup sûr.

Son explication réside *dans l'accoutumance qui s'établit progressivement à la suite de petits chocs longtemps répétés*, et qui finit par rendre l'organisme complètement indifférent aux causes perturbatrices; l'étude des leucopénies en fournit également la démonstration. L'analogie est évidente avec la vaccination (antigène microbien) et la mithridatisation (antigène végétal ou minéral). *Cette méthode est de même, identique à celle de la préservation temporaire ou skeptophylaxie, elle n'en diffère que par la répétition de son application; elle n'est qu'une suite de skeptophylaxies très longtemps répétées.*

Mais à la longue cette action phylactique finit par s'épuiser. Dans les recherches que nous avons effectuées sur l'anaphylaxie digestive, nous avons pu nous rendre compte que l'administration prolongée pendant plusieurs mois d'un antigène protéique finissait par aboutir à un état d'hypersensibilité complètement opposé à la préservation observée au début. L'accoutumance réalisée pour un temps finit par s'épuiser et l'animal retourne à son état antérieur d'hypersensibilité acquise.

Remarques à faire sur ces deux modes de préservation contre le choc. — Tels sont les faits avec leur explication pour ainsi dire élémentaire. Ils appellent maintenant quelques réflexions.

1. **S'agit-il d'une désensibilisation?** (2). — L'emploi universellement adopté de ce terme, pour désigner la préservation contre le choc, tarderait à le faire croire. *Nous ne pensons pourtant pas qu'il en soit ainsi.*

Cette manière de voir ne serait valable d'ailleurs que pour les cas de préservation des chocs de *nature anaphylactique*, où il existe une sensibilisation antérieure. *Pour les autres chocs il ne peut s'agir que d'une préservation.*

La désensibilisation supposerait ensuite, dans les cas où elle aurait à s'appliquer, *le retour à l'état neuf*, c'est-à-dire la *possibilité d'une nouvelle sensibilisation avec les conséquences entraînées pour des réinjections ultérieures*. Ce résultat d'ailleurs, vu d'un point de vue très général, ne serait pas souhaitable. Or l'expérience montre qu'il n'en est pas ainsi. Dans le premier cas en effet, préservation temporaire, si le lendemain ou les jours suivants de la supposée désensibilisation, on pratique, à dose suffisante et par les voies appropriées, une nouvelle injection d'antigène, on obtient en *général un grand choc*, ce qui ne devrait pas être si le sujet était désensibilisé vraiment, cette nouvelle injection représentant alors une nouvelle sensibilisation, d'habitude sans effets cliniques appréciables. En réalité il y a eu *non désensibilisation vraie, mais effacement temporaire de la sensibilisation, qui n'est que masquée et réapparaît une fois passée la période de protection.*

Dans le second cas, préservation définitive ou très prolongée, le *sujet est si peu désensibilisé*, c'est-à-dire ramené à l'état neuf, *qu'il ne peut plus être sensibilisé*; il est devenu réfractaire à toute nouvelle administration d'antigène, contre lequel il est véritablement *immunisé*, pendant un temps plus ou moins long. Puis dans une phase ultérieure il redevient hypersensible, comme nous l'avons indiqué plus haut. La sensibilisation n'a donc été masquée que pendant un certain temps, mais il n'a pas été désensibilisé; analogie de plus entre la préservation temporaire du type skeptophylactique et la préservation de longue durée.

Il s'agit donc, non pas *d'une désensibilisation mais bien d'une immunisation ou d'une insensibilisation*, de durée plus ou moins étendue suivant les cas, après quoi réapparaît la possibilité d'accidents de choc par injection seconde. En d'autres termes, quand un organisme a été touché une fois par une cause sensibilisante, il lui est pratiquement impossible de revenir à son état antérieur; tout ce qu'on peut faire c'est la rendre réfractaire pour plus ou moins longtemps, mais la *vraie désensibilisation n'existe pratiquement pas.*

Tous ces faits sont trop complexes pour être élucidés en clinique humaine; c'est à l'expérimentation, qui prend les animaux en expérience dans l'état qu'elle désire, qu'il appartient de les éclairer. Un fait rend d'ailleurs, même chez l'animal, ces recherches très difficiles, c'est la *similitude* presque absolue, à part des nuances de constance et d'intensité, entre les accidents de réinjection (anaphylaxie) et ceux de première injection (choc protéique ou peptonique); il devient dans ces conditions très délicat d'établir si l'on a affaire à un choc prouvant l'état de sensibilisation antérieure, ou si l'on doit le rapporter simplement à l'action première de l'antigène choquant, indépendamment de toute sensibilisation antérieure. C'est pourquoi il vaut souvent mieux parler d'*hypersensibilité* (à la place d'anaphylaxie) *et de préservation ou de phylaxie* au lieu de désensibilisation ou d'anti-anaphylaxie pour les méthodes thérapeutiques à lui opposer.

2. **Il existe une quasi-indifférence dans l'emploi des voies utilisées pour l'application de ces méthodes.** — Il y a souvent avantage à utiliser la voie que suit l'antigène déchaînant contre lequel on veut protéger (par exemple voie digestive dans l'anaphylaxie alimentaire), car, aux modes de protection étudiés ci-dessus on associe des défenses locales, leucocytoses, imperméabilisation (1), qui s'opposent à la

(1) F. Arloing, L. Langeron et Spassitch. Désensibilisation dans l'anaphylaxie digestive expérimentale du cobaye. Son mécanisme, skeptophylaxie ou déanaphylaxie vraie, *Soc. de biol.*, 14 juin 1924.

(2) F. Arloing, L. Langeron et Spassitch. Loc. cit., *Soc. de biol.*, 14 juin 1924, et en général rapports sur l'anti-anaphylaxie; — et Pagniez, L'anti-anaphylaxie, ses applications cliniques et thérapeutiques, *Journ. méd. franç.*, mars 1922, p. 98-105.

(1) L. Langeron. Immunité et vaccinothérapie locales, *Clinique et laboratoire*, 20 déc. 1924.

pénétration de la cause pathogène; mais d'une façon générale, les voies hypodermique, intra-dermique, digestive, intra-péritonéale, intra-veineuse, donnent des résultats sensiblement égaux avec seulement des différences dans les doses à employer et dans la rapidité d'obtention des résultats. Chez l'homme, la voie digestive est la plus commode; la voie transcutanée (cuti-réactions) jouit d'une faveur méritée, par la façon discrète et parcimonieusement progressive avec laquelle elle laisse pénétrer l'antigène.

3. **L'absence presque absolue de spécificité** est la règle dans les moyens employés pour ces méthodes de préservation. Les peptones protègent contre les sérums, les autres protéines, les peptones de diverse origine (1), et ce fait est intéressant à retenir pour la pratique humaine dans laquelle, la nature exacte de l'antigène échappe souvent ou dans laquelle son emploi est impossible. Tout au plus, semble-t-il y avoir une constance et une efficacité plus grandes, quand, dans le cas d'anaphylaxie, on utilise pour la préservation, l'antigène déchaînant.

On a même vu le froid préserver contre l'injection de peptone (2) la pilocarpine contre le choc anaphylactique et éclamptique (3), l'excitation mécanique du sympathique artériel contre l'asthme et d'autres chocs (4), le choc traumatique ou anaphylactique contre la strychnine (5), le carbonate de soude contre le choc en général et la migraine en particulier, etc. (6).

Dans l'observation de Duvernay, citée plus haut, on voit par exemple une émotion violente faire cesser un œdème type Quincke; il ne s'agit plus ici de prophylaxie, mais le mécanisme général reste le même.

On saisit là vraiment l'unité et la simplicité des moyens employés par l'organisme pour se protéger. *Tout excitant* (mécanique, physique, chimique, protéique, etc.), *capable d'impressionner le système nerveux végétatif au point de déclancher le choc, peut, s'il est administré de façon appropriée*, doses minimes, moments favorables, *devenir un moyen prophylactique contre toute autre cause de perturbation de ce système végétatif*. Le mécanisme de cette préservation nous est connue; c'est ce petit ébranlement, inaperçu souvent en dehors des signes hémoclasiques, qui protège contre un grand choc pendant un temps plus ou moins long suivant les modalités de son emploi, et ceci, *sans que la spécificité entre nécessairement en jeu.*

Nous verrons ces constatations rendre compte de nombreux faits de thérapeutique par les moyens de choc.

Là encore le terrain réceptif joue un rôle capital, dont nous ignorons tout d'ailleurs, nous bornant à le constater. Pourquoi, dans des conditions en apparence identiques des orgnismes se protègent-ils et s'immunisent-ils, là ou d'autres se sensibilisent au contraire? C'est tout le problème des sensibilisations qui se pose, problème qu'il n'y a pas lieu de discuter ici, et dont nous ignorons encore la solution.

(1) F. Arloing, L. Langeron et Spassitch. *Réunion biol. de Lyon*, 28 avril 1924; — *Soc. de biol.*, 14 juin 1924.

(2) Widal, Abrami et Brissaud. Recherches expérimentales sur l'autocolloïdoclasie a frigore, *Acad. des sciences*, 25 juillet 1921.

(3) Lévy-Solal et Tzanck. *Soc. de biol.*, 25 juillet 1923; — *Acad. des sciences*, 9 juillet 1923.

(4) Le Calvé. Crises vasculo-sanguines par ligature d'un membre, *Presse méd.*, 27 janv. 1923, p. 78-81.

(5) Galeazzi. Influence du choc nerveux sur la marche des infections, *Presse méd.*, 1895, p. 430-431. — Roger. *Arch. de physiol.*, 1894, p. 783. — F. Arloing et L. Langeron. *Soc. de biol.*, 14 juin 1924.

(6) Sicard et Paraf. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 janv. 1921.

2° **Traitement des accidents du choc.** — En dehors des stimulants généraux, huile camphrée, strychnine, alcalins contre l'acidose, transfusion, réchauffement, etc., les moyens employés sont essentiellement basés sur le mécanisme pathogénique des symptômes à traiter, et leur efficacité est en même temps un argument en faveur du bien-fondé de ce mécanisme pathogénique.

Ce sont essentiellement, l'adrénaline excitant sympathique et l'atropine paralysant du pneumogastrique; par leur association, et surtout par l'adrénaline (1), on s'efforce de rétablir, en luttant contre la prédominance vagotonique, l'équilibre rompu par la perturbation pathologique. Les résultats varient naturellement avec l'intensité des accidents, le moment d'application de la thérapeutique et aussi la susceptibilité du terrain réceptif. Il est de notion classique que les *choqués sont peu sensibles aux actions médicamenteuses*, à cause du ralentissement et même de la suppression totale des échanges au cours du choc.

Une bonne précaution, est *de ne pas superposer les chocs* (2); interventions en état de choc; emploi de l'anesthésie locale superposée à l'anesthésie générale.

II. Les applications thérapeutiques. Le choc curateur.

— C'est là un chapitre vraiment nouveau dans l'art de guérir, comportant malheureusement des échecs et des dangers à côté de succès éclatants. Il découle logiquement de ce que nous avons exposé sur la façon de concevoir, le choc en tant qu'effort éliminateur, son action en retour sur le tonus végétatif, les différents modes de préservation contre le choc.

1. **Base de la méthode. Les moyens employés.** — *Cette thérapeutique est née de constatations d'abord fortuites, puis recherchées systématiquement et étayées ensuite de reproductions expérimentales.* — Il ne faudrait pas tout d'abord croire que la méthode soit entièrement nouvelle. L'étiquette et la recherche systématique du choc sont de date récente, mais on retrouve dans la thérapeutique antérieure de nombreux procédés qui s'y apparentent. Telles sont par exemple, les médications propulsives de Soulier (*Traité de thérapeutique*, 1891, t. I, p. 33), la contre-irritation de Sydney-Ringer citée par le même auteur, la vieille médication contro-stimulante, les inhibitions et les dynamogénies de Brown-Sequard, les réactions nerveuses de Bouchard, tous procédés dans lesquels on retrouve de brusques actions nerveuses à distance et des fluxions vaso-motrices manifestes. Il n'est pas jusqu'à la révulsion classique qui ne s'accompagne de certaines réactions de choc. Dans le même ordre d'idées doit être signalé l'emploi recommandé déjà depuis longtemps par

(1) On sait que l'atropine, l'adrénaline, et, d'une façon générale, toutes les drogues agissant sur le sympathique, ont des actions variables, *amphotropiques*, suivant les doses, les voies d'introduction, le sujet envisagé, etc., ces notions doivent être retenues pour leur application thérapeutique. Voir : Laignel-Lavastine. *Pathologie du sympathique*, Thérapeutique du sympathique, p. 778-823. — L. Langeron. Exploration pharmacologique du système nerveux végétatif, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 janv. 1926.

(2) Foveau de Courmelles. *Soc. de biol.*, 14 mai 1923.

Bard des badigeonnages de gaïacol dans la pneumonie et l'érysipèle (1).

Mais il s'agissait de faits épars, souvent inexpliqués. Aux tentatives et aux travaux récents revient le mérite d'avoir étendu la méthode, de l'avoir étayée sur des recherches expérimentales systématiques et d'en avoir tenté une interprétation rationnelle sinon définitive (2).

Un certain nombre d'observations cliniques montrent qu'on a pu observer la guérison rapide, ou même quasi instantanée de diverses infections par la mise en jeu d'un choc brutal, fortuit le plus souvent, systématique quelquefois. Tels sont les cas suivants ; P. Merklen, Lévy et Malet, guérison rapide par colloïdoclasie bactérienne sous-cutanée d'un cas extrêmement grave d'infection aiguë de cause indéterminée (3); Trémolières et Gardère, la colloïdoclasie dans le traitement de l'encéphalite léthargique (4); Paisseau et Alscheck, traitement du purpura hémorragique par le choc peptonique (5); Brodin-Marquézy et Wolf, guérison d'une méningite cérébro-spinale à forme pseudo-palustre par le choc sérique (6);

Il n'y a malheureusement pas que des succès. Péhu et Bertoye (7), Lesné (8), Bouchut et Bonafé (9) ont observé des cas de mort par l'emploi de cette méthode.

Des recherches expérimentales instituées systématiquement nous ont montré (10), qu'on pouvait guérir de septicémies, mortelles pour les témoins, une certaine proportion d'animaux infectés, à l'aide d'un choc anaphylactique déclanché quelques heures après l'infection. Les résultats sont variables suivant les microbes envisagés, suivant aussi l'intensité de l'infection et du choc, difficiles à régler. C'est ainsi que nous sommes arrivés à une proportion de guérisons de 15 p. 100 pour le bacille d'Eberth, 30 p. 100 pour le coli, 88 p. 100 pour le pyocyanique; nous avons complètement échoué pour le charbon, le pneumobacille, le bacille de Koch, la pseudo-tuberculose. Le tétanos (11), la rage (12) ont également été influencés, mais d'une façon variable; aucune action n'a été constatée sur les effets de la toxine diphtérique.

(1) BARD. De l'action antipyrétique des badigeonnages de gaïacol, *Lyon méd.*, 1893, t. II, p. 137-144 : — Du traitement de l'érysipèle de la face par les badigeonnages de gaïacol, *Ibid.*, t. II, p. 289-307. — De l'utilité et des dangers des badigeonnages de gaïacol, *Province méd.*, 1896, p. 145-150; — *Congrès de méd. de Bordeaux*, 1896, p. 485-496.

(2) Voir : A. DUFOURT. De la colloïdoclasothérapie: Utilisation et mode d'action des chocs dans les infections, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 janv. 1921; observation initiale de Weil, Dufourt et Bertoye. — WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. A propos de l'utilisation thérapeutique des chocs anaphylactiques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 juin 1914; — Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique, *Presse méd.*, 5 mars 1921. — R. GIRAUD. Contribution à l'étude de la colloïdoclasothérapie au point de vue clinique et expérimental, *Th. de Lyon*, 1922.

(3) P. MERKLEN, LÉVY et MALET. *Gaz. des hôpit.*, 18 juin 1921.

(4) TRÉMOLIÈRES et GARDÈRE. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 21 nov. 1922.

(5) PAISSEAU et ALSCHECK. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 fév. 1923.

(6) BRODIN, MARQUÉZY et WOLF. *Ibid.*, 6 juillet 1923.

(7) PÉHU et BERTOYE. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1922.

(8) LESNÉ. *Soc. méd. des hôpit de Paris*, 29 nov. 1921.

(9) BOUCHUT et BONAFÉ. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 8 mai 1923.

(10) F. ARLOING, A. DUFOURT et L. LANGERON. *Acad. de méd.*, 22 fév. 1921; — *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 7 mars 1921; — *Journ. de méd. de Lyon*, 5 avril 1922, p. 259-263; — *Acad. de méd.*, 29 nov. 1921; — *La Médecine*, déc. 1921.

(11) ARLOING et THÉVENOT. *Acad. de méd.*, 19 fév. 1924.

(12) ARLOING et THÉVENOT. *Ibid.*, 10 juin 1924.

Malgré les incertitudes, les difficultés, et les nombreuses causes d'erreur que comportent de telles recherches, la réalité n'en demeure pas moins, d'une guérison subite (clinique et bactériologique, les hémocultures deviennent presque aussitôt négatives) par le choc au cours d'un certain nombre d'infections expérimentales.

Les moyens employés pour obtenir la guérison par le choc, sont extrêmement nombreux et sont basés *sur la mise en jeu artificielle des causes spontanées* du choc. Nous venons de parler de grands chocs, anaphylactique, sérique, mais il faut également faire rentrer dans la méthode de traitement par le choc, l'emploi, des diverses protéinothérapies, à la suite principalement des travaux de Nolf, des métaux colloïdaux, des vaccins bactériens dans certaines circonstances (1), de l'hémothérapie hétérogène et autogène, de l'autosérothérapie, les sels de calcium en injection intra-veineuse (2). Tous ces moyens, dans leur façon d'agir complexe comptent l'action de choc, comme le montre l'étude des réactions cliniques et humorales qu'ils entraînent.

2. **Emploi de la méthode; choix d'un moyen, voie d'introduction; indications.** — Comme on le voit les moyens sont nombreux de provoquer le choc dans un but thérapeutique, et ce nombre même doit faire soupçonner l'infidélité et l'inconstance de leurs résultats; de fait, il est à peu près impossible de prévoir le degré d'action thérapeutique, sa durée, les réactions ultérieures; question de terrain réceptif, de moment d'application, sur lesquels nous avons déjà insisté à propos du mécanisme pathogénique des chocs spontanés; le problème se pose ici exactement de la même façon.

Au point de vue de leur emploi pratique, il est cependant possible, de faire entre ces moyens des différences et *d'instituer une sorte d'échelle suivant l'intensité des réactions habituellement provoquées car c'est d'elles que dépend en définitive le choix du moyen à employer*; en effet *ces différents moyens sont polyvalents*, aboutissant au résultat commun du choc, ils ne diffèrent que par l'intensité de celui-ci, et l'expérience pratique montre qu'en face d'une indication donnée, l'effet thérapeutique est obtenu à peu près indifféremment, mais au *bout d'un temps variable* et *au prix de réactions différentes*, quel que soit le procédé dont on s'est servi. De plus *les résultats acquis sont d'autant plus rapides et plus complets que les réactions sont plus violentes*; le fait a été nettement démontré par exemple par l'hémothérapie dans la furonculose par Nicolas, Gaté, Dupasquier (3) qui ont vu un sang hétérogène (cobaye) donner des réactions plus fortes mais une guérison plus rapide que le sang d'un autre individu (homohémothérapie) et que celui du porteur (autohémothérapie).

Il s'agit là d'ailleurs d'un fait d'ordre général. Nous avons, en effet, pu nous rendre compte qu'avec des albumines provenant de la même espèce animale, il était à peu près impossible de mettre en évidence des phénomènes de sensibilisation et de

(1) L. LANGERON. Principes généraux et règles pratiques en matière de vaccinothérapie, *Pratique méd. franç.*, août 1924, p. 717-729.

(2) RIST, AMEUILLE et RAVINA. Action sur la diarrhée des tuberculeux, *Soc. de biol.*, 7 mai 1921. — LAUZE. Action sur les vomissements, *Presse méd.*, 5 août 1922. — PELLÉ. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 fév. 1922.

(3) NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. *Lyon chir.*, sept.-oct. 1923.

choc chez la même espèce (1). On sait d'ailleurs que Richet a fait de l'anaphylaxie aux substances protéiques une réaction de défense contre les albumines étrangères dont l'introduction tend à modifier la composition du milieu intérieur.

Ce sont ces diverses considérations, rapidité du résultat à obtenir, intensité des réactions à redouter, qui permettront au clinicien en face de chaque indication, de mettre en balance les nécessités et les inconvénients, pour faire un choix entre les divers procédés.

Ceux-ci peuvent se classer ainsi par ordre de gravité décroissante : choc anaphylactique après sensibilisation, moyen dangereux, déclanchant de fortes réactions, pouvant même entraîner la mort; choc peptonique, métaux colloïdaux, protéinothérapies diverses dont surtout le lait, vaccins bactériens (en dehors de toute action spécifique, propidon par exemple), entraînant des réactions fortes mais généralement bien supportées; enfin hémothérapie, surtout auto, peptone buccale, chlorure de calcium intraveineux, chocs légers s'accompagnant du minimum de réactions. Aux indications impérieuses (septicémies, infections graves) doivent correspondre les moyens énergiques; aux affections lentes, traînantes, les moyens plus doux car il serait illogique de faire courir au malade des risques thérapeutiques supérieurs à ceux de la malade à traiter.

La voie d'introduction n'est naturellement pas indifférente et doit être discutée; l'injection intraveineuse est la plus choquante, l'absorption digestive l'est très peu, la voie hypodermique et intra-musculaire tenant le milieu entre les deux. Les mêmes remarques que pour le choix du moyen à employer sont de mises ici.

L'état du système nerveux végétatif, au moment de choc, a une importance qui se comprend aisément d'après ce que nous avons dit plus haut. On a conseillé d'explorer au préalable cet état végétatif, de s'abstenir s'il paraît trop vagotonique c'est-à-dire trop réceptif, ou de le modifier au préalable dans un sens contraire (atropine ou adrénaline). Mais outre que ces constatations ne sont pas toujours ni faciles à faire chez de grands malades, ni rigoureuses dans leurs conclusions, on s'expose, sion rend le terrain trop réfractaire au choc, à ne plus obtenir aucun résultat.

On voit la complexité du problème; incertitude des réactions provoquées, difficultés de modifier le terrain d'une façon convenable, dilemme insoluble entre un système nerveux trop réceptif et un autre qui risque de ne pas l'être du tout! complexité à peu près insoluble pour le moment et qui fait de la méthode, du *pur empirisme*. Pour en sortir avec le minimum de risques et le maximum de résultats, il n'y a qu'un moyen, s'adresser d'abord aux procédés doux et remonter progressivement l'échelle de gravité suivant les résultats obtenus.

Il arrive parfois qu'en se servant du choc thérapeutique, par exemple contre l'asthme, la migraine, l'urticaire, l'anaphylaxie alimentaire, *on déclanche précisément les accidents qui sont à prévenir ou à traiter* (ce qui du reste est bien une preuve que cette thérapeutique agit à la manière d'un petit choc protégeant contre un grand et qu'elle s'assimile de tout point à la prévention du choc spontané). La raison en tient, d'abord à *une susceptibilité particulière* indiquant la nécessité d'une grande prudence, ensuite à l'*emploi de doses ou de procédés trop forts*; il convient alors de s'adresser à des moyens plus doux, ou à des doses infimes et d'augmenter ensuite progressivement suivant les réactions observées.

Les doses a employer varient naturellement avec les procédés envisagés. D'une façon générale, comme pour tous les produits biologiques et les vaccins en particulier, la quantité à administrer ne peut être fixée à l'avance une fois pour toutes; elle dépend essentiellement de l'organisme réceptif, de l'état du produit dont on se sert. On ne peut la déterminer que par tâtonnement et à l'usage (1).

Les indications du choc thérapeutique. Elles sont fort nombreuses, et ne reposent à vrai dire *que sur la possibilité d'un résultat à obtenir* et sur l'absence de contre-indications tenant à l'état général, aux altérations viscérales, cœur, reins, etc.; avec les petits moyens du reste, tels que l'hémothérapie, il n'existe pratiquement pas de contre-indications.

Chemin faisant d'ailleurs, l'apparition de réactions imprévues et par trop violentes peut évidemment amener à modifier la ligne de conduite thérapeutique.

C'est ainsi qu'on a utilisé le choc thérapeutique. choisi d'après les règles que nous avons fixées plus haut, dans une foule d'affections très nombreuses et très disparates (2) : ce sera tantôt à titre préventif, tantôt à titre curatif selon les éventualités particulières sur lesquelles nous n'insistons pas, les principes généraux restant les mêmes.

Les infections, surtout si elles sont traînantes, prolongées, sans tendance naturelle à la guérison; les dyscrasies sanguines, purpuras, hémophilie, maladies de la coagulation; affections cutanées, furonculose, urticaire, prurits, eczémas, dermite polymorphe douloureuse, herpès recidivant, zona; affections vénériennes, bubons, orchi-épididymites et arthropathies blennorragiques; affections mentales à allure cyclique; neurasthénie, névroses, psychoses; accès d'asthme, de migraine, épilepsie; maladie sérique; ulcus gastrique, etc. Nous en oublions certainement!

Comme on peut s'en rendre compte, beaucoup de ces affections sont précisément de celles où nous

(1) F. Arloing et L. Langeron. Essais d'anaphylaxie chez le cobaye à des substances albuminoïdes (muscles et organes) provenant de cette même espèce animale, *Réunion biol. de Lyon*, 15 déc. 1924; — *C. R. de la Soc. de biol.*, 1924, p. 1413-1415.

(1) Pour le chlorure de calcium intraveineux, Popescu et Inotesti (*Réunion roumaine de biol.*, 12-17 juin 1925, n° 27, t. XCIII, p. 752) ont signalé qu'à faible dose, 0g10 à 1 gramme intraveineux, il était sympathicotonique; à doses plus fortes au contraire, 1g50 à 4 grammes, vagotonique; constatations intéressantes pour les résultats thérapeutiques cherchés.

(2) Etant donnée la surabondante bibliographie, nous nous bornerons aux indications suivantes :

Sur la protéinothérapie : Cassan. Revue générale documentée, *Gaz. des hôpit.*, 8 et 15 nov. 1919. — Bonnet et Petouraud. Contribution à l'étude de la protéinothérapie dans les affections vénériennes, *Lyon méd.*, 11 janv. 1925, p. 29-35 (indications des travaux antérieurs des auteurs sur le sujet).

Sur l'hémothérapie : *Journ. méd. franç.*, oct. 1923. — J. Nicolas, J. Gate et Dupasquier. L'autohémothérapie dans les dermatoses, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 mai 1924, p. 291-297 (avec indications des travaux antérieurs des auteurs sur le sujet); — *Lyon chir.*, sept.-oct. 1923; — *Journ. de méd. de Lyon*, mai 1922. — Dracoulides. *Monde méd.*, 1925, p. 682-687 (nombreuses indications bibliographiques). — Mlle Pascal et Davesne. *Presse méd.*, 22 août 1925, p. 1126-1128 (dans les affections mentales). — Moutier et Rachet. *Presse méd.*, 15 août 1923, p. 708-709.

avons décrit l'existence de manifestations de choc; la thérapeutique qui s'y exerce par le choc, d'une façon le plus souvent préventive, s'assimile évidemment complètement à la préservation, temporaire ou de longue durée, suivant les cas, du choc spontané, sur laquelle nous nous sommes longuement expliqués plus haut.

Les résultats sont naturellement bien variables, quelquefois excellents (furonculose par exemple). En tout cas, la possibilité de réactions qui peuvent être dangereuses, doit toujours rendre prudent dans l'emploi de ces méthodes et les faire réserver à des expérimentateurs au courant de ces questions.

3. **Interprétation de la thérapeutique par le choc.** — Les explications qu'on peut donner sont nombreuses et ne s'appliquent pas aux mêmes faits; il faut distinguer parmi eux :

1° *Les modifications de la coagulation sanguine* au cours du choc expliquent ses résultats dans les troubles de la crase sanguine, encore que ces modifications ne soient pas toujours dans le sens de l'augmentation et semblent dépendre surtout de la rapidité d'installation et de la durée du choc;

2° *La préservation, temporaire ou durable*, du type skeptophylactique, s'applique aux manifestations de choc, traitées préventivement par ce procédé, asthme, migraine, urticaire, etc. Lorsque la thérapeutique s'exerce *curativement*, et qu'elle vise à rétablir le jeu de réflexes normaux perturbés par une cause pathologique (réflexes respiratoires dans l'asthme par exemple), le choc curateur agit à la façon d'une « chiquenaude » aveugle mais efficace, qui appliquée au bon moment, rétablit le jeu normal troublé, un peu comme on fait repartir une montre en la secouant énergiquement, il s'agit seulement, et cette notion nous échappe encore dans l'empirisme où demeure la méthode, d'appliquer la chiquenaude au bon moment et dans le bon sens.

3° *L'hypothèse du choc, effet éliminateur*, violent et rapide, pourrait rendre compte de la guérison brusque, à la faveur d'une expulsion massive, des cas d'infection aiguë guéris par un choc violent.

4° *La production sous l'influence en retour du choc d'un état réfractaire* (sympathicotonique) pourrait être invoquée dans les cas d'amélioration lente et progressive d'états infectieux chroniques. En dehors de ce qu'on sait sur le *développement des anticorps, des ferments sanguins et leucocytaires* à la suite de ces brusques modifications, il existe à ce sujet quelques documents expérimentaux intéressants.

Galeazzi (1) constate que le choc par éviscération retarde l'apparition du charbon, de la diphtérie et des infections à coli-bacille, mais Gibelli (2) combat ces conclusions.

Roger (3) montre le rôle du système nerveux sur l'action de certaines substances toxiques.

Garrelon, Santenoise, Thuillant (4) vérifient que l'organisme vagotonique est hypersensible à certains poisons minéraux, tandis que l'état sympathicotonique (acquis secondairement après le choc) le rend réfractaire à l'action des mêmes substances.

(1) Galeazzi. Influence du choc nerveux sur la marche des infections, *Presse méd.*, 1895, p. 430-431.

(2) Gibelli. Recherches expérimentales sur les rapports entre le shock et l'infection, *Semaine méd.* 15 déc. 1909, p. 591-592.

(3) Roger. *Presse méd.*, 26 sept. 1925, p. 1281-1283.

(4) Garrelon, Santenoise et Thuillant. *Acad. des sciences*, 11 déc. 1922.

On a constaté par ailleurs que les injections de protéines renforcent le pouls et le cœur, inhibent les bronchioles, activent le métabolisme des sucres, élèvent la température, en un mot déterminent des actions de sens sympathicotonique, donc d'état réfractaire aux actions toxiques. Il n'est pas illogique d'étendre par analogie cette résistance aux causes infectieuses.

On sait également (1) que dans les pyrexies aiguës la sympathicotonie prédomine et qu'elle est même d'un bon pronostic (2), tandis que la vagotonie s'observe dans la convalescence, période où l'organisme est quelquefois particulièrement sensible, anergies post-infectieuses (3). Cette alternance pourrait également s'observer dans les poussées évolutives tuberculeuses (4).

Il existe donc un ensemble de documents, qui sans entraîner encore la conviction, permettent cependant de supposer que les changements de tonus végétatif ne sont pas étrangers à la sensibilité ou à la résistance aux actions toxiques et toxi-infectieuses, et le choc pourrait parfaitement agir par ce mécanisme, dans ses résultats thérapeutiques.

5° *Enfin l'arrêt des échanges et des processus d'absorption* qui s'observe dans le choc peut également être invoqué pour rendre compte de l'absence d'action d'un agent pathogène en circulation à ce moment et c'est à cette explication que Galeazzi se rallie pour interpréter ses résultats.

Il y a évidemment dans tout ceci une part encore considérable d'hypothèse, mais en attendant mieux, on peut cependant retenir ces différentes manières de voir pour comprendre l'action mystérieuse mais indéniable, des guérisons obtenues par le choc.

Malgré tout, cette thérapeutique reste encore pleine d'incertitudes, aussi bien dans ses principes, que dans ses modalités pratiques et dans ses résultats. L'heure n'est pas encore venue, mais il est permis de supposer qu'elle viendra un jour, où l'on pourra se servir des chocs comme d'un moyen courant de traitement, en doser les effets, et en user suivant les organismes envisagés et les nécessités particulières.

Mais pour cela, il faudra qu'auparavant, aient été résolues et rendues accessibles pratiquement, toutes les énigmes et toutes les difficultés, qui subsistent dans l'étude, encore si incomplète et si fragmentée, mais si passionnante par tous les problèmes qu'elle soulève, des phénomènes de choc en pathologie.

(1) Laurent. Variations de l'équilibre vago-sympathique au cours de quelques érythèmes, *Th. de Paris*, 1923; — *Soc. de biol.*, 24 fév. 1923. — Santenoise et Laurent. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 2 mars 1923.

(2) Severyn Sterling. Les réactions postadrénaliniques dans le pronostic, *Paris méd.*, 9 sept. 1922, p. 233-237.

(3) Dopter et Jausian. *Paris méd.*, 19 sept. 1925, p. 225-233.

(4) Yovanovitch. Troubles sympathiques chez les tuberculeux pulmonaires, *Th. de Nancy*, 1922.

Manuel du médecin expert. Accidents du travail et maladies. Consultations chirurgicales, médicales et barèmes. Un vol. in-16 carré de 770 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Vigot frères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1925)

Effets des sels de zirconium, de titane et de manganèse sur la nutrition. — MM. Charles RICHET, GARDNER et GOODBODY. Leurs recherches sur les animaux ont montré aux auteurs que ni le zirconium, ni le titane, ni le manganèse n'ont d'effet toxique; en outre, le titane et surtout le zirconium paraissent avoir une légère action favorable sur la nutrition.

Hématolyse et hématopoièse à la très haute altitude et dans l'air expérimentalement raréfié. — M. Raoul BAYEUX. La respiration en air raréfié détermine une hémolyse toxique dont le résultat clinique est le mal de montagne, et le résultat biologique une véritable *anémie érythrocytique*. C'est cette anémie qui provoque l'hématopoièse, comme le ferait une saignée.

On conçoit que l'altitude moyenne (altitude de cure) puisse épurer le sang en détruisant les globules rouges fragiles ou malades et en les remplaçant par des globules jeunes et sains.

Accidents électriques et respiration artificielle. — M. Stefan JELLINEK. Les observations qu'apporte l'auteur montrent que la « mort par l'électricité n'est qu'une mort apparente » et que, comme M. d'Arsonval l'a conseillé dès 1885, *un homme électrocuté doit être traité comme un noyé*.

La respiration artificielle doit donc être pratiquée aussitôt que possible, suivant une bonne technique et pendant longtemps.

M. d'Arsonval, en communiquant la note de M. Jellinek, insiste encore sur la nécessité de pratiquer la respiration artificielle correctement et très longuement et d'y adjoindre, quand on le pourra, les inhalations d'oxygène.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 JANVIER 1926)

Installation du bureau. — M. BARRIER, président sortant, prononce le discours d'usage. Après les remerciements à ses collègues, l'éloge de ses collaborateurs, un court aperçu des travaux de l'année, M. Barrier parle des prix et des bienfaiteurs de l'Académie. Il rend hommage à la générosité du prince de Monaco qui a permis d'accorder cette année à deux savants français un prix d'importance. Il ajoute, avec raison, qu'il y aurait lieu de faire savoir aux futurs bienfaiteurs qu'il y aurait tout avantage à laisser à l'Académie le soin de fixer elle-même les sujets de prix et la façon de les accorder, sans quoi on peut se trouver en présence de vœux irréalisables.

M. le Président, s'adressant ensuite à M. le Trésorier, le félicite d'avoir obtenu du ministère une augmentation de 15.000 francs pour son budget annuel. Il rappelle le rôle important et toujours grandissant de l'Académie dans ses rapports avec les Pouvoirs publics, les travaux des commissions, l'influence morale de la Compagnie dans les questions d'hygiène, de prophylaxie et d'organisation sanitaires. Un mot de reconnaissance à MM. Pinard et Strauss pour avoir si bien défendu, devant la Chambre, les intérêts de l'Académie. Un mot d'éloge au futur président, M. Bar, l'hommage aux membres décédés, la bienvenue aux nouveaux élus, enfin le rôle de la médecine vétérinaire à l'Académie, la collaboration toujours plus étroite de la médecine vétérinaire avec la médecine humaine. Mieux que tout autre, M. Barrier, par ses travaux sur lesquels il a eu la modestie de ne pas insister, a contribué à cette heureuse collaboration.

M. BAR, président pour 1926, félicite à son tour M. Barrier d'avoir si justement insisté sur le rôle de la médecine vétérinaire, cette « puissante armature de l'hygiène », ainsi qu'il l'a lui-même désignée, et M. Bar rappelle la part considérable qui revient à son prédécesseur dans les progrès actuels de l'hygiène. Après quelques mots de reconnaissance à M. le Trésorier, M. Bar pense qu'il n'y a pas lieu de trop regretter la médiocrité de la situation matérielle de l'Académie qui nous permet, dit-il, une plus complète indépendance de nos sentiments.

M. ACHARD, secrétaire général, annonce à l'Académie que, désigné pour aller en mission au Japon représenter la Faculté de médecine, il sera obligé de céder sa place pendant quelques mois à M. Souques, secrétaire annuel. Il profite de cette occasion pour le féliciter de son zèle.

Guérison d'un cancer de l'estomac. — M. HAYEM communique l'observation d'un homme de quarante et un ans chez lequel, en 1886, il a porté le diagnostic de cancer de l'estomac. Il conseilla immédiatement l'intervention chirurgicale. Celle-ci fut pratiquée par M. Tuffier. Le malade a vécu, sans récidive, pendant vingt-sept ans et est mort de congestion pulmonaire. La pièce a été examinée histologiquement et le diagnostic de cancer ne laissait aucun doute.

Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique chez les fauves en captivité. — M. BALL.

Sur la tranfusion dans les péritonites septiques d'origine appendiculaire. — M. CAPLESCO.

Urémie et oxalémie. — M. KHOURI.

La tuberculose chez les ouvriers boulangers. — MM. J. PARISOT et G. RICHARD apportent des observations particulièrement intéressantes au moment où va être discutée au Sénat la loi sur la suppression du travail de nuit.

De 1921 à 1925, parmi les 160 ouvriers qui travaillent chez les boulangers de Nancy, on a trouvé 17 tuberculeux, dont 12 gravement atteints. Il y a eu 8 morts. Ce qui fait une mortalité de 10 p. 1.000 par an. Or, la mortalité par tuberculose à Nancy est en moyenne de 3 à 2 1/2 p. 1.000 par an pour l'ensemble de la population.

Chez les pâtissiers, pendant cette même période, on n'a relevé qu'un cas de tuberculose. Aucun décès.

Les auteurs pensent que cette fréquence de la tuberculose chez les boulangers est due au travail de nuit au milieu des poussières. Il est inutile d'insister sur les dangers que font courir à la population les pains manipulés par des tuberculeux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1925)

Métabolisme azoté des chiens alimentés sans matières protéiques. Ses rapports avec les poids et la surface des corps. Ses variations individuelles. — MM. Ch. RICHET fils et MINET, après avoir étudié le métabolisme azoté des chiens soumis au jeûne, au régime gras, au régime sucré, au régime sucre et graisse, démontre que : 1. l'organisme s'adapte à un régime peu azoté (l'élimination d'azote au cours des jeûnes successifs diminue progressivement); 2. l'élimination azotée est minima au cours du régime mixte, graisse et sucre; 3. elle est dans l'ensemble proportionnelle, non au poids mais à la surface, avec des différences individuelles d'ailleurs considérables.

Phosphatémie et fibrome. — MM. DALSACE et GUILLAUMON constatent une hyperphosphatémie souvent considérable chez les porteuses de fibromes, alors que la phosphatémie est normale dans d'autres affections gynécologiques (cancer du col, kyste de l'ovaire).

Influence de la castration ovarienne sur le métabolisme du calcium et du phosphore. — MM. DALSACE et GUILLAUMON ont constaté un abaissement de calcémie après castration (dans 4 cas sur 5), et confirment l'hypothèse de Leriche qui attribue ces douleurs osseuses et musculaires consécutives à la castration à une carence minérale (une diminution du phosphore inorganique du sang, 3 fois sur 5).

Action des rayonnements de l'émanation du radium sur le virus de la neurovaccine. — MM. DE MUTERMILCH et FERRONT montrent que l'énergie rayonnante des rayons α β γ nécessaires pour détruire un million de doses de neurovaccine

mortelles pour le lapin (en injections intercostales) est de 0,15 à 0,18 micro-curies détruites en vingt-quatre heures; celles des rayons β γ de 0,15 à 0,18 micro-curies détruites en vingt-quatre heures.

L'action des rayonnements de l'émanation du radium est donc manifeste sur le virus de la neurovaccine.

Réaction de Meinicke et syphilis. — MM. Mutermilch et Compagnon montrent l'intérêt de la réaction d'opacification de Meinicke pour le séro-diagnostic de la syphilis; cela donne des résultats concordants avec la réaction de fixation et est à recommander comme complément du Wassermann et comme le seul moyen d'investigation accessible aux médecins éloignés de tout laboratoire bien outillé.

Les auteurs ont préféré un autogène à base de baume de tolu pour remplacer le produit original alternant de Meinicke.

Hypoépinéphrie et dysinsulinisme. Nouveau syndrome pleuro-glandulaire. — MM. Gougerot et Peyre rapportent quatre observations (dont trois ont été relevées chez des sujets syphilitiques acquis ou héréditaires) de troubles associés d'hyperinsulinisme et d'insuffisance surrénale, sans qu'ils puissent préciser lequel de ces syndromes glandulaires est primitif (il importerait donc chez les surrénaux de rechercher systématiquement le dysinsulinisme et chez les pancréatiques les troubles surrénaux).

Action du pancréas sur le tonus de l'excitabilité pneumogastrique. — MM. Garrelon, Santenoise et Legrand démontrent que le pancréas sécrète une hormone agissant sur le tonus de l'hyperexcitabilité parasympathique en s'appuyant sur ce fait : 1. que l'insuline est un excitant puissant du vague; 2. que l'ablation du pancréas est toujours suivie d'une diminution progressive du tonus du vague qui réapparaît momentanément après injection du sang d'un animal vagotonique non dépancréaté; 3. que l'injection de sang prélevé après ablation du pancréas du donneur ne produit plus aucun effet sur le tonus parasympathique, la substance vagotonisante est décelable plus nosologiquement dans le sang du cœur gauche et le sang artériel.

La mesure de l'équilibre histohydrique par l'intradermo-réaction de l'eau chlorurée sodique. — MM. P. Chevallier et Stiffel ont injecté dans le derme deux dixièmes de centimètre cube d'une solution de chlorure de sodium pur dans l'eau distillée (à 4/100), et constaté que normalement la résorption du gonflement produit est terminée en une heure dix; grâce à ce procédé ils ont noté une augmentation considérable de l'hydrophilie dans les grandes hémorragies, les œdèmes diffus, les hydropisies séreuses; chez les grands œdémateux la réaction a une valeur pronostique (défavorable si le temps de résorption diminue) et montre l'existence d'un cylindre histohydrique anormal. Le taux de la solution de chlorure de sodium ne joue pas de rôle direct dans la vitesse de résorption qui dépend de l'aortite des types qu'elle modifie et n'intervient qu'en tant qu'elle modifie l'œdème local et la papulation. L'accélération de la résorption indiquant toujours une soif d'eau, il faut hydrater le malade.

— Société de biologie de Lyon (séance du 16 novembre 1925) :

Variations du pouvoir anaphylactisant de certaines protéines suivant les stades de leur digestion artificielle. — MM. Fernand Arloing et L. Langeron ont sensibilisé et choqué des cobayes avec sept produits de digestion tryptique et pepsique de la caséine lactique et quatre produits de digestion de l'ovalbumine allant de la matière protéique originelle au stade aminé inclusivement.

Ils ont vu que le maximum d'activité anaphylactique d'une protéine correspond à un stade optimum de digestion. Il n'y a pas parallélisme absolu entre l'activité sensibilisante et déchaînante d'une protéine arrivée à un stade digestif donné, comme l'avait démontré Ch. Richet.

En général, une protéine est plus sensibilisante à l'état originel ou peu digérée, plus déchaînante quand la digestion a été poussée plus loin.

Essais d'atténuation par la formolisation du pouvoir anaphylactisant d'une peptone de caséine. — MM. Fernand Arloing et L. Langeron ont cherché par analogie avec la formolisation de certaines toxines si le mélange peptoné de caséine-formol maintenu de quarante-huit heures à quarante jours à des taux de 4 à 50 p. 1.000 modifierait le pouvoir anaphylactique pour le cobaye de cette peptone.

Le mélange de 10 à 15 p. 1.000 atténue un peu ce pouvoir; le taux de 20 à 25 p. 1.000 semble le renforcer légèrement. En tout cas, ils n'ont pu obtenir une anatoxine anaphylactique qui aurait supprimé les effets du choc en conservant les propriétés de préservation et de désensibilisation.

Effets moteurs et sensitifs produits par certains courants de haute fréquence. — MM. J. Cluzet et A. Chevallier, au moyen d'un dispositif nouveau, ont pu donner aux courants de haute fréquence, en particulier à ceux utilisés en diathermie, un sens constant; ainsi modifiés, les courants de haute fréquence produisent, avec la polarisation d'ailleurs très faible des tissus des phénomènes caractéristiques d'excitation des nerfs et des muscles.

Les injections d'huile cholestérinée dans la tuberculose expérimentale du cobaye. — M. L. Jullien lit une note d'après laquelle la cholestérine sous forme d'injections d'huile cholestérinée à 2 p. 100 est sans effet sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye quels que soient le moment, le point, le nombre et les doses des injections. Ces conclusions sont analogues à celles du dosage de la cholestérinémie dans les différentes formes cliniques de la tuberculose pulmonaire humaine.

(Séance du 21 novembre 1925)

Azotémie basale. — MM. Charles Richet fils et Minet étudient l'azotémie basale, notion nouvelle qui doit être définie : « L'élimination d'urée par jour et par mètre carré de surface dans des conditions idéales d'alimentation sans azote. » Ils indiquent les règles d'alimentation qui leur ont paru les meilleures.

Cette définition permet de rapprocher l'azotémie basale du métabolisme basal, malgré la différence des notions que ces deux éléments mesurent.

Chez le chien, l'azotémie basale oscille autour de 7g50 d'urée par mètre carré. Les variations individuelles sont considérables.

M. Prenant présente une note de Mme Parat montrant que, chez le cobaye, les **cellules épithéliales de l'émail se transforment en tissu, non seulement conjonctif, mais encore cartilagineux.**

Sur les caractères des symbioses « bactérie-bactériophages ». — MM. F. d'Hérelle et P. Hauduroy ont déjà montré, dans des communications antérieures, que si l'on filtrait le milieu clair obtenu après bactériophagie, il était possible de voir apparaître dans le filtrat, après un temps variable, des cultures de bactéries. Ces cultures secondaires après filtration présentent toujours après leur phase infravisible le même aspect morphologique. Il s'agit de granules de taille variable (depuis la limite de la visibilité jusqu'à 2 et 3 μ). Les auteurs insistent sur le fait curieux que cette forme granulaire s'obtient toujours bien que l'on parte au début de l'expérience d'un bacille (B. typhique, dysentérique, coli) ou de cocci (staphylocoque). De plus, la forme granulaire obtenue ne prend pas la coloration de gram; on est cependant parti, dans certains cas, de microbes gram positif (staphylocoque).

Le repiquage de ces formes granulaires est très difficile : quand on l'obtient, dans certains cas, les sous-cultures présentent toujours la forme granulaire, dans d'autres on revient à des microbes ayant les caractères morphologiques et biochimiques de ceux qui ont servi au début de l'expérience.

Les auteurs signalent, enfin, la très longue vitalité de ces formes granulaires. Ils ont vu de telles formes provenant d'un bacille dysentérique (Shiga) être encore vivantes après dix

ans. Ce fait permettrait peut-être d'expliquer en épidémiologie certaines reviviscences de maladies infectieuses.

Variations de l'aminoacidémie chez les mélanodermiques. — MM. Loeper, Ollivier et Lesure étudient l'aminoacidémie, avec ou sans défécation par l'acide trichloracétique dans les mélanodermies surrénales et hépatiques. Les chiffres qu'ils rapportent ne sont pas très différentes des chiffres obtenus chez les simples hépatiques, les cardiaques ou les pleurétiques non pigmentés. Leur inconstance s'oppose à la constante variation de la thiémie chez les mélanodermiques de ce type qui presque tous présentent dans leur sang une augmentation de soufre total et surtout du soufre neutre.

(Séance du 28 novembre 1925)

Sur un spirochète isolé dans l'expectoration d'un malade atteint d'hémoptysie à répétition et d'hydropneumothorax. — MM. P. Ribierre et Y. Kermorgant ont pu isoler par culture, en ensemençant l'expectoration du malade, un spirochète particulier. Tous les examens de contrôle, quelle que fût la date à laquelle ils ont été pratiqués ou la technique employée, n'ont permis d'exclure la nature tuberculeuse des lésions observées. La présence constante du spirochète, la possibilité de reproduire chez l'animal des lésions rappelant celle de l'homme, la suppression de l'expectoration sanglante sous l'influence du stovarsol coïncidant avec la disparition des spirochètes, l'amélioration de l'état du malade et l'apparition dans le sérum d'une agglutinine et d'une précipitine spécifique sont autant d'arguments en faveur de l'origine spirochétienne de la maladie.

M. Cantacuzène présente deux notes de ses élèves Mlle Damboviceanu et M. Rapkiné sur le pH intérieur de certaines cellules d'invertébrés. Le pH varie selon qu'il s'agit d'individus normaux ou immunisés, et tend vers l'acidité à mesure que progresse l'immunité. D'autre part, le sang des ascidies est très acide, son acidité étant due à l'acide sulfurique. Ce sont des éléments cellulaires spéciaux qui produisent cet acide.

Formation du soufre dans les exsudats. — MM. M. Loeper, J. Decourt et J. Tonnet ont étudié la formation de soufre parallèlement à la formation d'acides aminés dans les exsudats.

Les exsudats sont assez riches en soufre, surtout les exsudats purulents, et, parmi les exsudats purulents, surtout les exsudats pneumococciques.

Le soufre conserve ses différents rapports d'oxydation dans les exsudats séreux; le rapport du soufre oxydé est parfois faible dans les exsudats purulents.

Le soufre provient de la protéolyse septique et de l'autolyse aseptique. En effet, la mise à l'étude d'un liquide accroît sa richesse en soufre et surtout en soufre neutre.

Une source importante du soufre dans l'organisme réside donc dans la transformation des exsudats, surtout des exsudats inflammatoires.

M. Ch. Richet présente la deuxième table générale (1899-1923) et de ses filiales (première partie, table des auteurs) due à l'activité de M. Aug. Pettit et qui rendra de si grands services aux chercheurs.

Formation d'acides aminés dans les exsudats. — MM. M. Loeper, J. Decourt et A. Lesure constatent d'assez fortes proportions d'acides aminés dans les exsudats, proportions qui peuvent atteindre des chiffres très élevés dans les exsudats hémorragiques et surtout purulents.

Le pus tuberculeux est moins riche que le pus pneumococcique.

Ces acides aminés proviennent de la protéolyse septique et aussi de l'autolyse aseptique, car la mise à l'étuve d'un liquide pleural accroît du simple au double sa richesse amino-acide.

Les auteurs concluent qu'une source importante d'aminoacidose réside dans la transformation des exsudats et spécialement des exsudats inflammatoires et suppurés.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(Séance du 16 novembre 1925)

Dentine et émail (dent du dauphin, du bœuf et dents de sagesse). — M. Retterer revient sur la structure de la dentine et de l'émail, aspects différents d'un même tissu provenant de l'odontoblaste, il insiste à nouveau sur l'importance du facteur mécanique dans la formation de l'émail en appuyant ses recherches sur la structure des dents de sagesse non encore évoluées.

Considérations générales sur le traitement des pyorrhées. — M. Rousseau-Decelle insiste sur l'importance de la résorption du bord alvéolaire dans cette affection qu'il dénomme alvéoloclasie. Il la considère comme un phénomène de sénilité précoce du procès alvéolaire déterminé par des causes d'ordre local ou général. Il résulte de ce point de vue qu'aucun traitement exclusivement local ou général ne saurait être considéré comme plus particulièrement actif; au lieu d'opposer les différents traitements qui sont à notre disposition il y a lieu de les unir en donnant la prédominance à celui qui paraîtra devoir combattre la cause la plus importante.

Considérations sur l'ostéite fibreuse des maxillaires. — A propos d'un nouveau cas étudié par B. Cunéo et Ch. Ruppe, ces auteurs confirment les caractéristiques de cette affection, véritable sclérose osseuse se traduisant par la destruction progressive de l'os et son remplacement par du tissu fibreux parsemé de foyers ostéoïdes. Cette forme localisée se traduit par une hypertrophie diffuse à évolution insidieuse pendant des années sans trouble fonctionnel. L'erreur qui consiste à prendre cette tuméfaction pour une tumeur bénigne (sarcome à myéloplaxes) est évitée par la radiographie qui donne une image floconneuse que l'on retrouve également dans d'autres territoires osseux non hypertrophiés en dehors même des maxillaires. La biopsie est facile, la consistance est celle d'un fibrome plutôt que d'un ostéome. Expectative chirurgicale sauf s'il y a des troubles de compression, dans ce cas l'intervention doit être modelante et non mutilante.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(du 11 au 16 janvier 1925)

THESES

Lundi 11 janvier. — Jury : MM. Sébileau, président; Hartmann, Couvelaire et M. Labbé. — M. Salvan. Etude du traitement de l'ectopie testiculaire. — M. Mérat. Salpingite et gestation. — Mlle Hoffer (H.). Etude de la détermination de l'acuité auditive. — M. Cognet (L.). Etude sur les variations de la tension artérielle au cours de la digestion.

Mardi 12 janvier. — Jury : MM. Marfan, président; Duval, Jeannin et Lecène. — M. Rochefrette. Quelques réactions coprologiques chez le nourrisson. — M. Cros-Decan. Prévention de la rougeole par le sérum. — M. Chenilleau. Colibacillémie chez un nourrisson. — M. Desprairies (P.). De la valeur sémiologique des recto-sygmoïdites aiguës. — M. Farrando. Etude de la cure radicale de la hernie étranglée. — M. Engelhard. Etude de la césarienne tardive.

Jeudi 14 janvier. — Jury : MM. Jeanselme, président; Carnot, Sicard et Lereboullet. — M. Cunault. Rôle du calcium à l'état minéral. — M. Vieillard-Baron. Traitement du diabète. — M. Mousseau. A propos d'un cas de syphilis gastrique. — M. Dupouy. Etude du traitement des dermatoses. — M. Bloom. Etude de certains réflexes du pied.

Jury : MM. Ménétrier, président; Gilbert, Achard et Nobécourt. — M. Schedrovitzki (A.). La digitaline intraveineuse. — M. Appert. Epanchements pleuraux (étude radiologique). — M. Gourdon (P.). Etude critique sur l'indice de la puissance de la ventilation pulmonaire chez l'enfant. — M. Chapard (Aristide). Les géophagies. — M. Chabasseur (G.). Epidémiologie de la scarlatine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Ethiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAL NOTRE-DAME DE BON-SECOURS. — Une place de chirurgien consultant pour le service de laryngologie est devenue vacante à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes, par suite du départ de M. le docteur Chauveau.

Les candidats sont priés de se faire inscrire, avant le 21 janvier, au bureau de l'hôpital, où des renseignements leur seront donnés.

HÔPITAL SAINT-MICHEL. — NOMINATION A UNE PLACE D'INTERNE EN TITRE ET UNE PLACE D'INTERNE REMPLAÇANT DANS LE SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE L'HÔPITAL SAINT-MICHEL. — Les demandes comportant l'indication de tous les titres du candidat devront être parvenues avant le 10 février et adressées au docteur Maurice Delort, médecin chef du service de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres.

L'interne en titre est logé et nourri et reçoit une indemnité mensuelle de 300 francs.

L'interne remplaçant est nourri le jour de son service et ses jours de remplacements et reçoit une indemnité mensuelle de 100 francs.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Le 22 février 1926 s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, du 16 mars 1926 au 15 mars 1927 à des places d'interne provisoire.

Le nombre des places d'interne titulaire mises au concours est actuellement fixé à six.

Traitement annuel : 6.000 francs.

Le prix de la carte d'abonnement au chemin de fer, entre Paris-Saint-Lazare et La Garennes-Bezons, est remboursé aux internes.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (service du personnel). Il sera clos le 6 février 1926, à 16 heures.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil est convoqué en session ordinaire pour le 27 janvier 1926. La durée de cette session sera de trois jours.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le docteur Reynard, médecin adjoint du sanatorium de Montfaucon (Lot), est nommé médecin directeur de 5e classe de cet établissement, à dater du 1er janvier 1926. (*J. O.*, 10 janv. 1926.)

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — M. le médecin principal de 2e classe Vaudremer.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Halipré, Lapeyre, Luys, Yardin, Vianney, Texier, Rehm, Tesson, Friteau.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Provotelle, Souc, Athanc, Hoummel, Israëls de Jong, Ravary, Alamartine, Beutter, Brelet, Cayrol, Charroppin, Jeandidier, van Olden Barneveld Witte Tullingh, Bax, Blondin, Bouvier, Dervaux, Garipuy, Landolt, Lemaire, Cohen, Constaing, Huleux, Adam, Arnaud, Even, Fiolle, Gauthier, Oster, Pecharmant, Bazy, Duvoir, Platel, Pouliquen, Renaud, Andrieu, Benazet, Berger, Foissy, Ambard,

Barré, Bentami Belhacem ould Hamida, Graux, Perquis, Tassin, Sicard, Derrien, Mercier, Joxe, Woimant.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Petitot, Velter, Pellier, Beauvois, Beyraud, Boye, Gauchery, Crosgeorge, Horeau, Collenet, Delas, Castagnary, Lorin, Mauger, Mora, Hadjoglon, Jeudy, Loubet, Bonnet, Arbassier, Didier, Duhamel, Antoine, Calvet, Laurent, Chagavat, Seguinot, Amerand, Gauthier, Tremblin, Croizier, Bugeau, Couraud, Durand, Porri, Pruvost, Saimont, Voiturier, Esnault, Fleurot, Moulonguet, Touyeras, Lagarde, Vaillant, Lheureux, Maynier, Queriaud, Finot, Duviau, Engel, Hervé, Ghismanian, Fontaine, Fras, Lomon, Oudiette, Clair, Muller, Bonnet, Missimilly, Gutmann, Manens, Darricau, Gruber, Maurin, Rimette, Couratte-Arnaude, Malzach, Barcat, Lafay, Pellanda, Gabarra, Hommay, Legrand, Guyader, Vieu, Mondor, Boisseau, Cartier, Cavailles, Bonvoisin, Boutin, Faligant, Grezel, Gendron, Mignot, Moog, Bienvenu, Greliche, Thiers, Fargin-Fayolle, Guyot, Jego, Ardoin, Baudon, Moreau, Renty, Roueche, Felistein, Vermelin, Bel, Roux, Loewy, Prat, Derrieu, Monod, Simon, Michel, Colmez, Leguay, Lucchini, Dunan, Rougelot, Rouzaud, Favre, Roquet, Apard, Marie, Richet, Cavard, Faveret, Ginestet, Sikora, Gaveau, Rodocanachi, Baron, Arsollier, Debar, Bocca, Cabantous, Juif, Veaux, Vincent, Gay, Fabresse, Picard, Dutheillet de Lamothe, Dekester, Madier, Jouvenet, Bonnet, Fontanilles, Gardel, Delotte, Giraud, Florentin, Cassard, Grandineau, Dedet, Cordier, Bloch, David, Penot, Barthélemy, Pruvost, Oulie, Chochon Latouche, Bertaux, Alajouanine, Brun, Truffert, Petetin.

MARINE. — Ont été nommés à l'emploi de médecin de 3e classe auxiliaire les élèves du Service de santé de la marine ci-après désignés qui, reçus docteurs en médecine, ont été versés au corps de santé des troupes coloniales :

MM. Monier, Mounot, Bertrand, Faucher, Gabert, Josse, Maury, Nicol, Adam, Bauguion, Bernet, Blanc, Cartron, Cremona, Gaye, Lavergne, Lelay, Le Roux, Raynal, Roux, Segalen.

— Ont été nommés médecins de 3e classe auxiliaires les élèves du Service de santé de la marine qui, reçus docteurs en médecine ou pharmacien universitaire de 1re classe, doivent effectuer leur stage à l'Ecole d'application de Toulon en 1926 :

MM. Barge, Gardes, Imbert, Puyo.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fernand Guillemaut (de Louhans), frère du docteur Lucien Guillemaut, sénateur, décédé, et oncle du docteur Jules Guillemaut, préfet du Jura.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. A. GILBERT ; agrégé : M. Maurice VILLARET.) — *Conférences cliniques et thérapeutiques sur le diabète sucré.* — M. le professeur Gilbert, MM. Rathery, Maurice Villaret, Lereboullet, Baudouin, agrégés, médecins des hôpitaux ; M. E. Chabrol, médecin des hôpitaux, feront en janvier et février 1926, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), les samedis, à 10 h. 3/4, une série de conférences cliniques sur le diabète sucré.

— M. le professeur Georges Zeliony, professeur de physiologie à l'Ecole vétérinaire supérieure de Leninegrad, fera une conférence en français le mardi 19 janvier 1926, à 20 h. 1/2, au grand amphithéâtre, sur le sujet suivant : « Effets de l'ablation des hémisphères cérébraux », avec démonstrations cinématographiques.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — La vingt-sixième séance de réouverture des cours aura lieu le jeudi 14 janvier, à 5 heures, sous la présidence de M. le docteur Ch. Fiessinger, de l'Académie de médecine.

Ordre du jour. — Docteur Bérillon : L'Ecole de psychologie.

Docteur R. Courtois : Les bases de la psychologie appliquée.

Docteur L. Lépinay : Le doctorat vétérinaire au point de vue psychologique.

Allocution de M. le docteur Ch. Fiessinger.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON A LA CLINIQUE MÉDICALE DE SAINT-ANTOINE.

Lorsqu'il y a quelques mois, M. le professeur Chauffard fit sa dernière leçon clinique, il tint, par une modestie et une simplicité bien conformes à son caractère, à ne convier personne en dehors de son service. C'est ainsi que ses élèves et ses amis ne purent venir lui exprimer leur admiration pour l'éclat de son enseignement, leur respect pour la dignité de sa vie, leur affectueuse gratitude pour la fidélité de ses amitiés.

A son exemple, Fernand Bezançon, en prenant possession de sa chaire, a mis une telle discrétion dans l'annonce de sa première leçon que bien de ses amis en ont ignoré l'heure et le jour. Malgré cela l'amphithéâtre de Saint-Antoine était comble vendredi matin.

Au premier rang on remarquait M. le Doyen, MM. Widal, Letulle, Florand, Roussy, Legry, Pagniez, Bensaude, Coyon, de Jong et tous les collaborateurs du nouveau professeur de clinique.

Suivant la tradition, Fernand Bezançon a consacré sa première leçon à une sorte de profession de foi médicale. Rappelant le dédain de Trousseau pour les « chimistes », la méfiance de Lasègue envers les « physiologistes », l'orateur a montré que les temps ont changé. L'évolution prodigieuse des sciences médicales, dont il fait un exposé magistral, ne s'est pas faite sans résistance. Quand Bezançon était l'interne de Faisans il eut des lances à rompre avec son maître qui craignait que son élève ne négligeât la clinique pour le laboratoire. Cette crainte était vaine et on sait avec quel éclat Bezançon, à l'exemple de son maître Widal, a su appliquer à la clinique les procédés de laboratoire.

Arrivé au terme de sa brillante leçon, Bezançon a fait une très heureuse comparaison entre les méthodes étrangères qui subordonnent l'enseignement clinique à des études scientifiques prolongées et la vieille méthode française qui enseigne d'abord la clinique.

C'est à la méthode française qu'il se rallie sans hésiter. Apprendre au lit du malade les éléments de la saine clinique est la base même de tout enseignement médical. Ce n'est que dans la suite qu'il est bon d'aborder les recherches de laboratoire.

Une véritable ovation a été faite à l'orateur.

Sous la direction d'un chercheur et d'un éducateur incomparable comme Fernand Bezançon la chaire de clinique médicale de Saint-Antoine conservera, à n'en pas douter, l'éclat que lui ont donné ses deux prédécesseurs MM. les professeurs Hayem et Chaufffard. F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

POSTE PROPHARM. dans chef-lieu canton, seul méd., pas de sage-femme, confr. éloig. A 2 h. Paris. Client. intéres. A céder imméd. c. faible indemnité. — Ad. B..., Journal.

SUR 14 CAS DE SECTION DES RAMEAUX COMMUNICANTS ISSUS DU GANGLION ÉTOILÉ

Par M. R. LERICHE,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Les rameaux communicants sont un des points où la chaîne sympathique peut être atteinte avec le plus de précision et, je crois, avec le plus d'utilité. Cependant on ne trouve rien, à ce sujet, dans les récents essais de la chirurgie du sympathique jusqu'à ces derniers mois. Il est vrai de dire que nous en connaissions très mal l'anatomie exacte, que nous en ignorons encore à peu près complètement la physiologie, et que nous ne savons rien du rôle qu'ils peuvent jouer en pathologie, et en thérapeutique. Grâce aux dissections de Hovelacque, nous sommes actuellement fixés au point de vue anatomique. Pour le reste, c'est l'obscurité complète. Il y a grand intérêt à ce que cela change, parce que les rameaux communicants semblent avoir une expression symptomatique à eux, parce que d'autre part, en agissant sur eux, on déclenche des actions physiologiques différentes de celles que l'on obtient en enlevant des ganglions ou en modifiant le sympathique péri-artériel.

L'an dernier, Royle et Hunter ont attiré l'attention sur l'influence que la ramisection pouvait avoir sur le tonus musculaire.

Au même moment, avec Wertheimer (1), j'ai essayé de montrer que la ramisection permettrait probablement de diminuer les contractures. Je supposais qu'elle aurait, en outre, une action bien plus intéressante pratiquement sur la sensibilité à la douleur, sur la trophicité des tissus et sur les régulations vasomotrices. Je pensais qu'il fallait essayer d'agir par leur intermédiaire ayant l'impression, depuis quelque temps, que la chirurgie du sympathique devait tendre à être de plus en plus périphérique et de moins en moins ganglionnaire.

Tout ce que j'ai observé depuis, tout ce qui s'est publié depuis un an à ce sujet, montre que cette orientation nouvelle est bonne. L'observation attentive des opérés a en effet établi ce fait (qui avait échappé à nos devanciers) que les ablations ganglionnaires, qui sont parfois dangereuses, laissent très habituellement des séquelles ennuyeuses. L'ablation du ganglion étoilé, par exemple, est dangereuse chez les malades dont le myocarde n'est pas absolument normal; elle peut amener la mort par œdème aigu du poumon comme l'a montré Danielopolu, ou par asystolie (j'en observe un cas actuellement). Toutes les ablations ganglionnaires cervicales sont de plus susceptibles de créer des troubles très ennuyeux et persistants : douleurs post-opératoires rebelles, à siège varié, diffuses ou localisées, des hyperesthésies, des anesthésies, des atrophies musculaires distantes, des céphalées, de l'enrouement tenace avec détendage des cordes (perte de la tonicité), etc., à l'étude desquels je viens de consacrer avec R. Fontaine un travail d'ensemble (1). Nous avons réuni cent cas de sympathectomie pour angine de poitrine (2) et soixante pour asthme. Personnellement, j'ai fait depuis que je suis à Strasbourg, c'est-à-dire depuis un an exactement, (12 novembre 1924), 14 ablations du ganglion cervical supérieur, 4 du ganglion étoilé, 1 du ganglion cervical inférieur, soit 19 opérations ganglionnaires cervicales. Or, aussi bien dans les statistiques que nous avons groupées, Fontaine et moi, que dans nos observations personnelles, nous arrivons à trouver qu'il y a environ 40 p. 100 de troubles post-opératoires plus ou moins rebelles et ennuyeux.

La section des rameaux au contraire ne produit qu'exceptionnellement des troubles de même sens et ils sont alors beaucoup plus passagers et toujours beaucoup moins intenses.

A égalité d'action thérapeutique, la ramisection doit donc être préférée. J'ai étudié ses effets à différents niveaux, mais je voudrais examiner plus spécialement les résultats que j'ai obtenus avec la section des rameaux communicants issus du ganglion étoilé que j'ai faite quatorze fois, c'est-à-dire section des VIe VIIe VIIIe cervicaux et Ir dorsal.

INDICATIONS. — J'ai fait cette ramisection dans des cas les plus divers. Je me suis tout d'abord adressé à *des algies tenaces*, comme on en voit au cours de certains syndromes nerveux (syringomyélie), soit après certains traumatismes insignifiants produisant ce que l'on appelait autrefois la névrite ascendante, soit enfin dans les moignons douloureux.

Quand les douleurs, par un mécanisme inexpliqué, diffusent sans systématisation, progressent, résistent à la diathermie, aux sédatifs habituels, je crois la ramisection plus indiquée que toute autre opération, très préférable à la radicotomie postérieure en particulier et à la sympathectomie péri-artérielle. Son résultat a été bon dans les trois cas où je l'ai employée. De plus en plus je pense que le sympathique n'est pas seulement le nerf de l'émotion mais aussi le nerf de la douleur. En l'adressant à lui, il est bien rare que l'on échoue. Mais il va de soi qu'il faut étudier avec soin chaque cas particulier et adapter aux circonstances son mode d'action. Il n'y a pas dans les syndromes douloureux une opération omnibus capable de soulager tous ceux qui souffrent. Il faut arriver à distinguer le mécanisme exact de leurs douleurs. A certains cas convient la sympathectomie péri-artérielle, à d'autres la ramisection. Pour les syndromes diffus à tout un membre, ou avec irradiations du côté opposé, la ramisection vaut mieux que toute autre opération.

J'ai appliqué également la ramisection à *la maladie de Raynaud*. Cette maladie est un syndrome dont nous ne connaissons pas grand chose, en dehors de son aspect clinique. Nous ignorons surtout sa nature et son déterminisme exact. Elle peut, sans doute, être créée par une lésion artérielle précise (artérite oblitérante) et semble bien alors résulter d'une excitation locale des nerfs sensibles des vaisseaux qui, par réflexe, engendrent la crise vaso-constrictive. Mais le plus souvent les vaisseaux sont intacts. La cause première de la maladie est en

(1) LERICHE et WERTHEIMER. Sur la découverte chirurgicale des rameaux communicants, *Lyon chir.*, juillet 1924, p. 485; — Sur deux cas de section des rameaux communicants, *Id.*, janv. 1925, p. 57; — Sur une nouvelle opération sympathique efficace dans les syndromes douloureux des membres, *Lyon méd.*, 12 avril 1925, t. CXXXV, n° 15, p. 449; — Sur la découverte des rameaux communicants de la région dorsale, *Lyon chir.*, mars 1925, p. 200.

(1) A paraître en 1926 dans le *Journal de chirurgie*.
(2) On trouvera tous les documents à ce sujet dans la thèse de R. Fontaine consacrée au traitement de l'angine de poitrine.

dehors d'eux. On ne sait où la chercher. Parfois il existe de l'artérite des artérioles terminales, au niveau de la terminaison des artères digitales par exemple. On est tenté de la prendre pour une des causes de la maladie. Je crois qu'il n'en est rien et que ces artérites sont simplement la conséquence du trouble vaso-moteur lui-même. Lorsque certains troubles vaso-moteurs se répètent avec insistance, on voit, en effet, m'a-t-il semblé, apparaître peu à peu des oblitérations des capillaires et des artérioles des extrémités. Lésions anatomiques créées par un trouble fonctionnel, elles aggravent la maladie, dont elles paraissent être l'expression anatomique initiale alors que, contingentes et secondaires, elles n'en sont qu'une conséquence. C'est une raison de plus d'appliquer précocement au syndrome de Raynaud une opération modifiant la vaso-motricité comme la sympathectomie péri-artérielle et l'expérience prouve que les opérés sont d'habitude très améliorés par elle. Cependant elle n'est vraisemblablement qu'une opération symptomatique et j'imagine qu'un jour viendra où les opérations vaso-motrices seront dans ce cas délaissées et remplacées par une opération vraiment pathogénique, dont d'ailleurs je ne prévois pas le sens.

En attendant, je crois qu'il faut opérer les malades de Raynaud, et l'opération qu'il leur convient le mieux est la sympathectomie péri-artérielle. Elle donne habituellement de très beaux résultats. Sur 6 cas, régulièrement suivis, je n'ai eu qu'un échec, et encore incomplet, car les accidents qui ont reparu dans l'hiver qui a suivi l'opération m'ont semblé moins graves que les accidents antérieurs. Deux malades que j'ai pu suivre pendant près de deux ans ont eu une existence vraiment transformée. Je ne dis pas que ce soit des guérisons complètes, mais ce sont vraiment de très beaux résultats.

Mais il y a des cas qui résistent à l'opération. A ceux-ci j'ai essayé d'appliquer la ramisection le long du ganglion étoilé, plutôt que de pratiquer l'ablation du ganglion qui a été pratiquée par Robineau, par Bruning et par divers auteurs. Dans un cas, l'opération a été faite pour compléter une sympathectomie péri-artérielle qui avait diminué les douleurs, les troubles trophiques, mais laissé persister les phénomènes d'asphyxie. Le résultat a été nul. Dans un autre, la sympathectomie auxiliaire, faite à Beaune par le docteur Tassin, avait échoué. Je fis la ramisection. Le résultat fut excellent. Il y a donc là une ressource dont il faut savoir user.

J'ai essayé, de même, la ramisection dans trois cas de *sclérodermie* grave en association avec la sympathectomie péri-artérielle ; j'ai obtenu des améliorations marquées qui se maintiennent au bout de sept mois et de cinq mois. Le résultat définitif s'annonce excellent : peau plus souple, doigts plus mobiles, disparition des impressions de malaises, etc.

Enfin, la ramisection doit faire partie intégrante du traitement de l'*angine de poitrine*. Il est certain qu'il n'est pas utile pour guérir l'angine de poitrine d'enlever toute la chaîne cervicale, comme le fait Jonnesco. Suivant l'indication donnée par Danielopolu, l'ablation du ganglion cervical supérieur combinée à la section des rameaux communicants issus du ganglion étoilé assure un résultat parfait. J'ai opéré ainsi un malade qui est sans crise depuis huit mois. Mais il est fort probable qu'on peut encore réduire l'importance de l'opération et n'enlever aucun ganglion, ce qui vaut mieux. On peut vraisemblablement se borner à couper la chaîne cervicale au pôle supérieur du ganglion étoilé, pour interrompre la voie sensitive cardio-aortique, et sectionner les rameaux communicants au prorata des irradiations. Si celles-ci sont localisées au bras gauche et aux premiers espaces intercostaux, il suffit de couper ceux qui partent du ganglion étoilé ; s'il y a des irradiations dans le cou et dans la nuque, on remontera les sections le long de la chaîne cervicale aussi loin qu'il sera utile. Dans un cas de ce genre opéré au mois de juillet, j'ai fait aussi la section des IIe, IIIe et IVe rameaux cervicaux et, par une autre incision celle des VIe, VIIe, VIIIe cervicaux et du Ier dorsal. J'ai coupé, en outre, les racines du nerf vertébral. Au début de novembre, la malade m'écrivait qu'elle allait de mieux en mieux et qu'elle ne conservait plus guère qu'une douleur à la pointe du cœur.

Il ne m'est pas possible de dire encore si cette intervention minimum suffit dans tous les cas; mais, de toutes façons, c'est dans ce sens qu'il faut chercher, en combinant à une neurotomie élective de la chaîne cervico-thoracique la section des divers rameaux communicants.

La ramisection convient encore au traitement des *troubles physiopathiques post-traumatiques*, aux troubles réflexes de la guerre, qui sont si fréquents après les traumatismes accidentels du temps de paix et qui ne sont, je crois, que le résultat de réflexes d'axone. Dans ces cas, la sympathectomie péri-artérielle fait généralement très bien. J'ai eu ces temps-ci des nouvelles d'un homme que j'ai opéré par sympathectomie humérale il y a quinze mois, pour une impotence presque complète du membre supérieur à la suite d'un traumatisme direct du bras ayant, en apparence, fait simplement une fracture de l'humérus. En réalité, il y avait des douleurs, avec impossibilité absolue de nombre de mouvements, de l'atrophie. La récupération fonctionnelle est à peu près complète. Malgré ce beau résultat, j'ai voulu essayer l'effet de la ramisection dans un cas grave de réflexes d'axone avec troubles douloureux marqués et grande impotence fonctionnelle. La malade retrouva aussitôt une certaine souplesse des doigts et du coude, mais l'impotence de l'épaule persistait. Trois mois plus tard toute douleur avait disparu et les mouvements étaient devenus plus amples sans être encore normaux. Mais l'amélioration se poursuivait et j'ai eu tout dernièrement des nouvelles de la malade qui arrive à une guérison complète. De cet essai, j'ai retiré l'impression que la ramisection pouvait être utile en pareil cas.

Effets physiologiques de la ramisection. — Je ne parle pas, bien entendu, des résultats connus de la section du Ier rameau dorsal. Je me placerai surtout au point de vue circulatoire. Par la méthode auscultatoire nous avons vu, Fontaine et moi, que, rapidement, la tension s'élève après la ramisection, contrairement à ce qui se passe dans la sympathectomie péri-artérielle. Cette augmentation, qui porte surtout sur la maxima, est très fugace ; dès le soir, il y a une importante chute de tension, qui atteint son maximum du troisième au huitième jour. Ces modifications sont bilatérales. Elles sont actives et non paralytiques. Il est probable qu'elles sont dues à un changement de l'innervation sensitive des vaisseaux qui règle le tonus artériel.

Technique. — La première fois, pour découvrir les rameaux, j'ai isolé la chaîne cervicale par une incision passant en avant du sterno-mastoïdien. La seconde fois, j'ai passé en arrière en ne découvrant que le segment inférieur de la chaîne cervicale. Des deux façons, l'opération était facile. Puis, j'ai essayé de passer entre les deux chefs du sterno et cela m'a conduit si directement sur le ganglion étoilé que depuis je suis toujours passé par là, soit pour enlever le ganglion étoilé, soit pour couper les rameaux communicants. Cela doit faire dix-sept interventions, toutes sous anesthésie locale.

Je fais une incision de 6 centimètres entre les deux chefs du muscle s'arrêtant sur la clavicule. Une fois les fibres musculaires écartées, on se trouve devant l'aponévrose moyenne et l'omo-hyoïdien. Je coupe celui-ci et incise l'aponévrose de bout en bout. Puis, avec des tampons mouillés, je refoule le tissu cellulaire jusqu'à découverte de l'artère thyroïdienne inférieure. Celle-ci étant bien isolée, je la fais récliner en dehors et je passe un fil sous les branches antérieures du sympathique qui la croisent et sous le ganglion intermédiaire qui passe à ce niveau et qui, souvent, est très développé. Mais, j'insiste sur ce point, il ne faut pas chercher le ganglion étoilé en se guidant sur les rameaux nerveux. En les suivant, on est sûr de s'égarer. *Le vrai repère du ganglion étoilé c'est l'artère vertébrale.* Quand celle-ci est découverte, l'opération est presque terminée. L'artère, plus interne, est sur un plan sensiblement postérieur à celui de la thyroïdienne. Le ganglion étoilé est encore plus profond et plus interne. Il est presque en entier rétro-artériel. Il faut donc pour le découvrir aller droit à l'artère et faire récliner celle-ci en dehors. On aperçoit alors le ganglion étalé et un peu horizontal. Il n'y a plus qu'à l'isoler avec soin au tampon mouillé, et bientôt sur son bord externe on distingue nettement trois ou quatre rameaux qui s'en vont vers le plexus brachial et qui sont les rameaux communicants. Au pôle supérieur du ganglion on aperçoit la continuité avec la chaîne cervicale et un peu plus profondément les deux racines du nerf vertébral que presque toujours j'ai coupées également, mais que l'on peut très bien respecter si l'on veut. Tout ceci se fait d'habitude sans que l'on ait à lier le moindre vaisseau. Une seule fois j'ai dû lier la thyroïdienne entre deux ligatures. Une autre fois, j'ai délibérément coupé une cervicale transverse qui me gênait Si je mets à part ces deux cas, je crois n'avoir jamais eu à mettre une ligature profonde. Tout se passe sans hémorragie. Il est d'ailleurs nécessaire que tout se passe ainsi, car la moindre infiltration hémorragique du tissu cellulaire rendrait l'opération très difficile ou même impossible tant les rameaux à couper sont ténus. Il faut absolument que tout se voie très nettement et l'on doit obtenir très exactement l'image que reproduit certaine figure de Hovelacque dans son article des *Annales d'anatomie pathologique* sur les rameaux communicants (1924). C'est un exercice de dissection fine un peu délicat, je l'avoue, mais vraiment intéressant et précis. En général, le résultat vaut l'effort.

La Pratique des sanatoriums, par le docteur L. Guinard. Un volume de 448 pages avec 31 illustrations dans le texte et 32 planches hors texte. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTUALITÉS

BIOLOGIE DE LA MORALE

Il n'y a guère de sujets sur lequel on ait tant écrit que la morale. Théologiens, philosophes, juristes et même littérateurs en ont disserté à qui mieux mieux, mais ce n'est pas depuis bien longtemps que médecins et physiologistes prennent part au débat, avec des arguments et des faits qui le transportent du domaine de la métaphysique dans celui de la Science positive. Voici que paraît, en effet, un livre posthume de Max Nordau, intitulé *Biologie de l'éthique* (1). Et ce titre indique bien dans quelle direction certaines études sociologiques ont tendance à s'engager.

Max Nordau n'a point été de nos amis. On se rappelle sans doute avec quelle âpreté il a dénigré la Science française, souligné l'immoralité de notre littérature, insisté sur notre dégénérescence et fourni de la sorte des prétextes aux diatribes allemandes et peut être à la sauvagerie de l'agression. Mais, de ce qu'il n'a pas su — ou pu — juger impartialement de nos défauts et de nos qualités, il n'en résulte nullement que nous devions mépriser ses écrits, méconnaître l'originalité de ses idées et refuser d'en tirer avantage pour notre pensée. Son ouvrage, *Le Sens de l'histoire*, est d'ailleurs des plus remarquables et doit être placé à côté de ceux de Buckle et de Draper. *La biologie de l'éthique* prête à plus de réserves; elle n'en est pas moins fort curieuse, parce qu'elle s'efforce de donner, à des problèmes compliqués de la vie sociale journalière, une solution raisonnable. Mais, pour comprendre la solution que propose Nordau, il faut savoir ce qu'il est. Je le comparerais volontiers à S. Freud (2) et à Einstein. Ce sont des rêveurs impénitents dont la mysticisme de race se cache sous une armature d'observations et de déductions à allures scientifiques. L'armature est étincelante et paraît de loin sans défaut, mais l'idée préconçue qui l'anime la met de travers et finit par détraquer ses articulations. Ce mysticisme est un peu moins visible chez Nordau que chez ses deux autres coreligionnaires; il existe nonobstant. Ainsi peut seulement s'expliquer que notre auteur, partisan convaincu de la plus stricte morale, soit en même temps adversaire de la peine de mort, des châtiments corporels et de la guerre, c'est-à-dire des moyens à l'aide desquels les habitudes morales ont été crées et se sont maintenues.

*
* *

La morale a ses sources premières chez les animaux grégaires. Très avancée, relativement, mais fixée presque irrémédiablement chez les insectes sociaux, elle se montre plus souple chez les oiseaux et surtout chez les mammifères. Chez les anthropoïdes, on trouve déjà les linéaments de la famille, qui devient, chez l'homme primitif, la base de la société et de la morale : le couple originel a des enfants qui, au lieu de se séparer, lui restent attachés. Pourquoi? C'est là le grand problème sociologique. Il semble bien que ce soit d'abord pour se défendre et par suite pour s'entr'aider, mais on peut

---

(1) Paris, Librairie Félix Alcan.
(2) J. Laumonier : *Le Freudisme*. Introduction. (Paris, 1925, F. Alcan).

croire aussi que le feu à l'orée de la caverne, moyen de protection et de défense collectives, a souvent retenu les enfants devenus grands autour du père et de la mère. Du moment qu'il en était ainsi, certaines règles s'imposaient pour garder les avantages de l'association : ne pas nuire à ceux qui peuvent vous aider, ne pas laisser éteindre le feu, ne pas gaspiller ou accaparer la nourriture, ne pas abandonner un associé en péril, etc. Or, ces règles sont toutes d'essence prohibitive et doivent être d'abord observées par l'emploi, sous une forme quelconque, de la force laquelle appartenait au père, puis au chef. Telle est l'origine de la morale, qui est essentiellement une contrainte. L'individu isolé fait ce qu'il veut ou, du moins, se l'imagine : il obéit à ses impulsions élémentaires; il n'en est pas de même de l'homme associé dans la famille, le clan ou la tribu, dont les instincts sont à chaque instant endigués par des prohibitions qu'il lui faut subir sous peine de châtiment ou de mort, parce que la sécurité de tous importe plus que le plaisir d'un seul. Si donc la morale est une contrainte, c'est justement parce qu'elle s'exerce à l'intérieur d'une collectivité et qu'elle ne peut s'exercer que là. ROBINSON CRUSOE, dans son île, n'avait pas besoin de règles morales jusqu'à ce qu'il eût rencontré VENDREDI.

L'effet de la contrainte prolongée pendant des millénaires a été d'organiser des inhibitions telles que l'acte interdit soit automatiquement fréné. Créer ces inhibitions et les inscrire dans la structure, tels sont les buts réels que poursuit la morale, afin que l'observance des prohibitions devienne instinctive et que les conditions indispensables a une vie sociale de plus en plus solide et perfectionnée soient naturellement maintenue et développées. On ne peut manquer d'être frappé de l'appui que les recherches de la physiologie contemporaine apportent à cette conception. La puissante action inhibitrice du cerveau sur les fonctions psycho-motrices, l'existence, dans le cortex, de centres diffus (L. MULLER) ou localisés (BECHTEREW) agissant comme modérateurs ou équilibrants sur les muscles lisses et l'appareil organo-végétatif que, jusqu'à présent, nous croyons échapper à l'emprise de la volonté, en sont la preuve. Fait bien remarquable : cette richesse en filets antagonistes et inhibiteurs est en rapport avec l'extension progressive de la surface corticale réceptive, que, autant que nous le sachions par la comparaison des cerveaux humains à différentes époques et chez les diverses races, ne cesse de se développer chez l'homme civilisé. Dans ces structures surajoutées et ces fonctions accrues réside la raison biologique de l'instinct social et de la moralité qui en résulte nécessairement.

Comme on le comprend, le châtiment ne pouvait atteindre, dans la société primitive, que le vol, l'adultère, la trahison, le meurtre *commis* ; il ne pouvait pas punir le coupable par avance, réprimer l'idée, l'intention inspiratrice d'actes répréhensibles. C'était maintenant contre cette intention qu'il fallait prémunir la société. De là est née l'éducation préventive sous sa forme la plus puissante, la religion. Le chef fut d'abord le ministre de celle-ci et parfois le resta très longtemps, comme à Rome ou en Russie, mais il délégua souvent sa fonction éducatrice au sorcier et au prêtre, tout en gardant pour lui l'exercice de la répression par la force. Auguste COMTE semble avoir mieux compris que NORDAU l'origine et la signification morales des religions, mais tous deux ont bien montré que la loi laïque, tout en s'efforçant d'empêcher le délit ou le crime par la pensée du châtiment, est presque impuissante à le prévenir réellement, parce que celui qui a le désir de la faute se berce toujours de l'espoir d'échapper à une justice humaine plus ou moins aveugle et partiale. Or, pour supprimer la possibilité de la faute, il faut inhiber l'idée et le désir du mal et comment la loi y arriverait-elle puisque, contre eux, elle se refuse désormais à prendre des sanctions, de peur de se tromper? Ainsi apparaît le rôle primordial, pour la grande majorité des hommes, de la croyance mystique qui menace de châtiments futurs, inévitables et terribles, ceux qui ont persisté dans le péché de l'esprit?

*
* *

Par ce qui précède s'expliquent très simplement les grandes notions morales. Le bien est tout ce qui s'affirme favorable à la collectivité, même s'il est nuisible pour l'individu, comme le mal est tout ce qui lui est défavorable, même s'il semble bon pour l'individu. De même, ainsi que le dit justement NORDAU, le droit et le devoir sont les deux aspects de la même règle, ils ne sont pas opposés, mais complémentaires. Ce que je dois faire par égard pour les autres, dit-il, est un devoir, ce que les autres doivent faire par égard pour moi est mon droit. Il est amené de la sorte à exposer la question de la liberté et de la responsabilité morales, de l'immoralité de l'Etat, et des progrès de la moralité. Mais ici surgit le mysticisme de NORDAU. Le sociologue n'a pu aller jusqu'au bout de ses prémisses positives et en tirer la conclusion nécessaire; le sentiment trouble sa logique. D'abord de deux choses l'une : ou bien la pensée et les actes humains sont rigoureusement déterminés comme tous les autres phénomènes de la nature, ou bien ils échappent complètement à ce déterminisme parce que notre âme est spirituelle. Dans le premier cas, il n'y a ni liberté ni responsabilité morales, quelque illusion que nous en ayons, mais la contrainte sous ses deux formes, récompenses et châtiments, conserve toute sa valeur; dans le second, il y a liberté et responsabilité, mais que peut faire la contrainte sur l'esprit? D'un autre côté, l'Etat sans doute est un assemblage d'individus et sa moralité devrait être la somme ou la moyenne de la moralité de ses participants. Or, ceux-ci gouvernent, non par eux-mêmes, mais par des délégués qui se sont imposés à eux ou ont été choisis bien plus par leur prestige ou leur adresse que par leurs qualités morales. Il en résulte que les rapports entre Etats se ramènent aux rapports d'hommes isolés, d'une moralité quelconque, parce que, n'ayant au-dessus d'eux aucun pouvoir supérieur qui les domine, ils obéissent à la loi de l'intérêt et du besoin. C'est la théorie de MACHIAVEL, c'est aussi celle de HEGEL et de TRIETSCHKE. Elle est scientifiquement irréfutable pour le moment. On ne peut nier que l'organisation d'un super-gouvernement de la terre, muni d'un pouvoir absolu et d'armes irrésistibles — et l'actuelle Société des Nations n'en représente qu'une très imparfaite ébauche — modifierait avantageusement cette situation. Encore faudrait-il tenir compte de la moralité d'un aréopage dont les membres resteraient de toute évidence soumis au jeu des intérêts et des passions. Enfin le progrès de la moralité n'est qu'une apparence. NORDAU, comme bien d'autres, confond le perfectionnement des dispositions légales avec les effets de l'éducation préventive. Il y a d'innombrables

lois pour améliorer les conditions matérielles; il n'y en a pas une seule pour élever le niveau de la moralité; presque toutes au contraire, par leurs incidences, tendent à l'abaisser. Par les amnisties périodiques, par l'énervement de la justice, par l'indulgence envers les fautifs, par la glorification des actes antisociaux, on a atténué, jusqu'à les supprimer, les contraintes nécessaires, car la bête ancestrale est loin encore d'être matée. Ainsi l'homme perd peu à peu le contrôle cérébral qu'il avait si péniblement acquis et s'abandonne presque sans résistance à ses instincts purement égoïstes. De là vient tout le désordre du monde. Mais la plus grave atteinte qui ait été publiquement portée à la morale s'aperçoit dans la conduite tenue envers l'Allemagne. Non seulement elle n'a pas été punie, de manière inoubliable, de ses crimes, violations des traités, pillages, incendies, meurtres inutiles, faux, escroqueries, mais encore les peuples qui prétendent avoir l'idéal le plus haut, — *Honesty is he best Policy* — l'ont soutenue, protégée, encouragée contre ses victimes pantelantes, auxquelles, par surcroît, sous prétexte de commerce, ils demandent le prix du sang versé pour tous. Si bien que ceux qui prochainement seraient tentés de courir la même aventure pourront trouver, dans cette conduite singulière, un espèce d'acquiescement et presque d'absolution. Est-ce là vraiment l'affirmation d'un progrès moral? NORDAU ne le dit pas et il n'a pu le dire puisque sa *Biologie de l'éthique* a été écrite en 1916. Mais s'il avait assisté à ces tristes événements, sa conclusion optimiste sur le perfectionnement moral n'en eût problablement pas été changée, car il était de ces rêveurs qui, sans tenir compte des réalités, font de l'humanité une entité vivante, s'avançant sans détours, à travers un océan de plus en plus calme, vers l'âge d'or des temps futurs.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1925)

Réfection du vagin. — M. DUVAL revient sur la communication faite par M. Baumgartner et insiste sur le résultat très remarquable qu'il a obtenu. Cette opération proposée par Baldwin mérite donc d'être conservée.

Fracture bilatérale. — M. AUVRAY fait un rapport sur une observation de M. Rœderer. Il s'agit d'un homme de cinquante-huit ans qui se fait une première fracture de l'avant-bras droit, et quelque temps après une seconde fracture du côté gauche.

Du côté gauche, la fracture du cubitus est bien consolidée. Le radius qui avait été lésé en dehors est en bonne place et le résultat fonctionnel est bon. Du côté droit, au contraire, il y a une pseudarthrose.

Fracture du trapèze. — M. AUVRAY fait un second rapport sur un cas présenté par MM. Richard et Favre. On diagnostique une luxation du trapèze irréductible. Il s'agit, en réalité, d'une fracture. On extirpe le fragment postérieur. Bon résultat fonctionnel.

Cancer du côlon. — M. HARTMANN fait un rapport sur un travail de M. Pauchet.

M. Pauchet, pour le traitement chirurgical du cancer du côlon, préfère les colectomies typiques avec anus préalable. Du côté droit c'est à une hémicolectomie qu'il faut avoir recours. Du côté gauche, M. Pauchet, dans 17 cas, a fait la résection en abandonnant les deux bouts dans la plaie. Pas de mortalité immédiate, mais la fermeture de l'anus n'est pas sans danger. M. Pauchet a eu 2 cas de mort. Pour éviter ce danger il faut adosser sur une assez grande étendue les deux bouts extériorisés. C'est également ce que fait M. Hartmann. M. Pauchet, pour la cure de l'anus artificiel, se sert de l'entérotome de Dupuytren.

Luxation du coude. — M. ROUVILLOIS analyse une observation de M. Plisson. Chute grave sur les deux mains. A droite, fracture facilement réduite. A gauche, luxation des deux os de l'avant-bras en dehors. Réduction difficile. Reproduction de la fracture. On n'arrive à la maintenir que par la traction permanente sur l'attelle huméro-antébrachiale. Bon résultat.

Vésicule biliaire perforée. — M. LAPOINTE analyse une observation de M. Bonnet. Intervention d'urgence pour des accidents péritonéaux aigus. On trouve une vésicule perforée qu'on fixe à la peau. Persistance de la fistule. Cholécystectomie secondaire. On trouve un gros calcul et un épithélioma vésiculaire.

Volvulus du côlon. — M. KUSS analyse deux cas adressés par M. Gruget (de Laval). Premier cas : détorsion, colopexie, guérison. Deuxième cas : anse volvulée déjà sphacélée remplie par une tumeur fécale. Résection immédiate. Fermeture du bout inférieur, fixation à la peau du bout supérieur. Ouverture de l'anus le troisième jour. Mort. M. Kuss craint que l'anus ait été ouvert trop tard.

Fracture bi-malléolaire. Consolidation vicieuse. Astragalectomie. Guérison. — M. ALGLAVE fait un rapport sur une observation de M. Courty (de Lille). Fracture de Dupuytren. Appareil plâtré et tentative de réduction sanglante sans succès. M. Courty intervint à ce moment et pratiqua une astragalectomie. Bon résultat. M. Alglave conclut que l'intervention sanglante s'impose dans les cas de fractures bimalléolaires.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Dujarier, Hartmann et Lenormant qui restent partisans de la réduction non sanglante, immédiate, sous anesthésie.

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1925)

Péricardotomie dans la péricardite. — M. Louis BAZY fait un rapport sur une observation de MM. Rieux et Plisson. Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans atteint de pleurésie avec péricardite et d'une grande faiblesse, nécessitant une intervention. Anesthésie locale. Incision en volet, la plèvre est reclinée, incision du péricarde, issue de matières séro-fibrineuses. Affolement cardiaque momentané. La plaie reste ouverte, guérison.

M. Bazy regrette qu'il n'ait pas été fait d'examen du liquide péricardique et d'inoculation aux cobayes étant donnée la fréquence de la péricardite bacillaire.

M. MATHIEU a pratiqué l'opération de Jacob dans un cas de péricardite tuberculeuse. Il a obtenu une guérison immédiate, mais ultérieurement le malade a succombé à une généralisation bacillaire.

M. PAGNIEZ a pratiqué deux fois la même opération. Guérison dans une, fistulisation dans l'autre.

Sténose pylorique par compression ganglionnaire. — M. BASSET fait un rapport sur une observation à M. Tasso Astariadès. Il s'agit d'une femme atteinte de troubles gastriques avec vomissements continuels, avec notable amaigrissement. Laparotomie. Le pylore est enserré dans une gangue inflammatoire constituée par deux ganglions. Libération du pylore resté normal, exposition momentanée au soleil, fermeture sans drainage, guérison.

Ostéochondrite coxo-fémorale. — M. MOUCHET analyse une observation de M. Rœderer relative à un enfant de cinq ans souffrant et boitant et chez lequel les radiographies montrent les lésions caractéristiques de l'ostéochondrite, niée par Calot M. Mouchet fait suivre cette observation de réflexions générales et retrace l'histoire de cette affection.

Coxa-vara et coxa-valga. — M. Mouchet en son nom et au nom de M. Rœderer appelle l'attention sur un certain nombre de cas de coxa-valga chez les jeunes garçons qui se sont transformées ultérieurement en coxa-vara.

Elections. — La Société procède à l'élection du bureau pour 1926, de correspondants nationaux et étrangers, de membres associés étrangers (voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, nº 103, p. 1674, et 1926, nº 1, p. 2.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1925)

Opérations précoces en chirurgie biliaire. — M. V. Pauchet.

Traitement des déformations et asymétrie thoracique par les exercices intensifiés du spiroscope. — M. Pescher.

Ictère par rétention consécutif à un abcès de la tête du pancréas à allure pseudo-cancéreuse. — MM. René Gaultier, Sarles et Lovenbruck. A propos de ce cas clinique, les auteurs insistent sur la rareté de ces gros abcès de la tête du pancréas, à allure pseudo-cancéreuse, cysto-adénomes supposés. Ils insistent sur l'importance des méthodes de laboratoire qui permettent de les déceler : examen du sucre dans les urines (diabète pancréatique de Lancereaux), recherche du syndrome coprologipue d'hypostéatolyse (syndrome décrit par M. R. Gaultier en 1905) ; tubage direct du duodénum sans instillation préalable de cholagogues, et enfin, l'examen radiologique de la vésicule biliaire. D'un diagnostic précocement posé, dépend une intervention chirurgicale utile.

M. Peraire présente un travail sur les **fractures méconnues de la colonne vertébrale sans symptômes médullaires.**

M. Schmitt appelle l'attention sur **l'importance des électrodes en électrothérapie.**

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1925)

Grossesse. Appendicite et Basedow. — M. Victor Pauchet. A. *Appendicite.* — L'opération pour appendicite chronique peut être ajournée après l'accouchement. L'appendicite franche, même ultra-légère, sera opérée immédiatement quelle que soit la date de la grossesse.

B. *Basedow.* — On peut obtenir un soulagement temporaire par la radiothérapie, mais rien ne vaut le traitement chirurgical. Ce dernier ne sera indiqué qu'après avoir eu recours à la recherche du métabolisme basal. C'est seulement après avoir eu recours à la recherche du métabolisme basal. C'est seulement après cet examen qu'on pratiquera l'intervention. Celle-ci consistera en une ou plusieurs ligatures, parfois la résection, suivant la réponse donnée par le métabolisme basal. Il faut quelquefois deux ou trois opérations pour guérir un Basedow. L'intervention est bénigne. Le traitement chirurgical est le seul qui convienne aux malades.

Appendicite chronique et Basedow, chez une femme enceinte doivent faire penser à la stase intestinale chronique, cause habituelle de la pyélite gravidique, de l'éclampsie puerpérale, etc.

M. Séjournet ne trouve, dans le cas soumis, aucune contre-indication absolue à pratiqner l'appendicectomie, à condition que l'on supprime les réactions que peut provoquer l'anesthésie générale et que l'on opère à l'anesthésie locale : novocaïne au 1/200. Il conseille une surveillance rigoureuse de la grossesse dans les mois suivants, ayant observé, dans un cas, une fausse couche huit semaines après une appendicectomie, qui n'avait donné lieu à aucun incident tant au cours de l'intervention pratiquée à l'anesthésie locale que dans les suites opératoires.

Cancer de l'utérus : radium et chirurgie. — M. Petit de la Villéon présente un utérus enlevé par lui la veille pour cancer du col et du corps. L'opération a été précédée quinze jours avant par la mise en place de radium. L'auteur a fait l'opération de Wertheim. La pièce montre un col lisse, sans bourgeons, sans ulcérations. L'hystérectomie totale suivant à deux ou trois semaines la curiethérapie paraît à l'auteur la meilleure technique actuelle pour la guérison du cancer utérin.

M. J. Lanos fait un rapport sur deux observations adressées à la Société par le docteur Le Gac. Il s'agit de deux néoplasmes du rectum enlevés par voie abdomino-périnéale : la guérison se maintient complète depuis deux ans dans un cas, dix-huit mois dans l'autre cas.

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1925)

A propos de la reconnaissance d'utilité publique, la Société des chirurgiens de Paris et l'Académie royale de chirurgie. — M. Cathelin.

Vaccinothérapie dans l'ostéomyélite. — M. A. Trèves a observé deux cas d'ostéopériostite subaiguë avec abcès du tibia qui ont guéri par le Propidon sans intervention.

Inclusion d'un ovaire dans un utérus partiellement amputé et reconstitué. Hystérectomie consécutive. — M. Thévenard.

Chirurgie préventive du cancer gastrique. — M. Victor Pauchet.

Présentation d'un appareil d'éclairage pour opérations au moyen de l'électricité imitant la lumière solaire. — M. Dartigues. La tendance se généralise en chirurgie à opérer à la lumière artificielle, principalement à celle du scialitique. Voici un système nouveau dû à l'invention d'un ingénieur français, M. Gamain, qui obvie à la dénaturation du coloris en produisant la lumière blanche, intégrale, actinique, en diminuant la proportion des rayons rouges, jaunes, orangés, du spectre au moyen d'nne ampoule bleue dont les rayons émis vont se réfléchir sur des miroirs bleu clair et violet clair. Ceci est un grand progrès, car s'il est une lumière qui ne doit pas être dénaturée c'est celle qu'on utilise en chirurgie et en médecine où la vraie couleur des organes et des lésions joue une si grande importance. L'auteur utilise depuis quelque temps cette lumière solaire artificielle pour ses opérations et examens.

Grosse tumeur épithéliomateuse du lobule de l'oreille. — M. Buizard.

RÉUNION OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE MONTPELLIER

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1925)

Torsion d'un kyste végétant de l'ovaire avec des manifestations d'occlusion intestinale et anurie. — M. E. Godlewski. Au milieu d'une symptomatologie complexe, les points douloureux sous-ombilical et sous mammaires ont permis le diagnostic.

Le rythme menstruel dans les annexites. — M. Guérin Valmale. La plupart des auteurs n'étudient que les grandes modifications des règles dans les annexites : hémorragies et aménorrhée.

L'auteur conseille d'étudier tous les détails de ces modifications. Il divise les troubles menstruels en deux groupes : hypermenstruels ou par excès de règles, hypomenstruels ou par défaut et, dans chacun de ces groupes, il note des modifications portant sur l'abondance, la durée et la périodicité de l'écoulement sanguin.

Il estime que toute salpingite à un moment de son évolution a présenté des troubles menstruels.

Aux périodes aiguës ou subaiguës apparaissent les troubles hypermenstruels; quand les lésions se refroidissent arrivent les troubles hypomenstruels.

Un cas d'hydrocéphalie avec malformations viscérales multiples (*présentation de pièces*). — MM. L. VALLOIS, CILL DE CARRERA et CHAPTAL. Pièces provenant d'un fœtus hydrocéphale : l'existence de malformations multiples fait tout l'intérêt de l'observation rapportée.

Rougeole et grossesse. — M. Th. GUIRAUDEN.

Remarque sur la dilatation du col utérin au cours de l'accouchement. — M. MADON. Dilatation et ouverture du col ne sont pas synonymes. Au cours de l'accouchement le col s'efface, puis se dilate et la dilatation est dite complète lorsque vagin et segment inférieur se continuent à plein canal.

Dans les divers procédés de dilatation artificielle, le col est pris au moment où sa dilatation s'est arrêtée ; par la suite, il est transformé en un cône tronqué à petite base inférieure progressivement élargie jusqu'au moment où le cône est transformé en un cylindre dont les parois sont associées aux parois pelviennes sans qu'il y ait disparition de la partie restante du col.

Réactions sanguines materno-fœtales. — MM. Guérin VALMALE et CAUDIÈRE. Pour vérifier la théorie de Mac Quarrie suivant laquelle l'éclampsie est le résultat d'un mélange de sang maternel et fœtal incompatibles, les auteurs ont recherché par la méthode directe les réactions d'agglutination dans 15 cas.

Les grossesses normales ont donné 8 cas sans aucune agglutination, une fois agglutination des globules maternels par le sang fœtal et 2 fois agglutination des globules fœtaux par le sérum maternel. Dans trois cas d'éclampsie il y eut une seule fois agglutination des globules fœtaux par le sérum maternel. Toutes les autres réactions furent négatives. Dans un de ces cas le sang paternel fut aussi confronté avec le sang maternel et avec le sang fœtal ; les 6 essais de cette réaction triangulaire furent négatifs.

Dans un cas de femme tuberculeuse pulmonaire les sérums maternel et fœtal agglutinaient fortement les globules adverses. Le sang du père ne donna rien ni avec le sérum ni avec les globules fœtaux.

Nécessité de l'association du curettage et du curage digital dans l'évacuation de l'utérus en cas de rétention placentaire. — MM. DE ROUVILLE et MADON.

A propos de deux cas d'éclampsie. — MM. Paul DELMAS, COLL DE CARRERA et P. CRISTOL. Les auteurs présentent deux observations d'éclampsie à propos desquels ils se sont livrés à des recherches très complètes concernant la formule chimique du sang. Ils n'ont trouvé dans ces 2 cas, d'allure clinique dissemblable, qu'un seul point de contact au point de vue chimique ; une rétention très marquée de l'acide urique et une abondance anormale de polypeptides. Ces conditions chimiques se retrouvent chez les blessés de guerre en état de choc traumatique (comme Pierre Duval et Grigault l'ont montré) et chez les sujets chez lesquels se produit une forte hystolyse tels les néphritiques.

Cette hystolyse ainsi mise en évidence chez les éclamptiques apparente ces malades aux comateux urémiques et aux choqués traumatiques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDES DENTAIRES

Les études dentaires sont organisées suivant un mode qui découle tout naturellement des conditions d'équivoque dans lesquelles l'art dentaire a poursuivi son évolution. Métier il était, métier il a continué d'être, et les programmes établis dans les écoles ont eu surtout en vue, semble-t-il, de produire des ouvriers dentistes plutôt que des praticiens d'un art de guérir ; et cela, malgré des modifications ou mieux des superpositions à la vérité plus nuisibles qu'utiles.

Le recrutement, c'est l'école primaire : on exige le brevet primaire supérieur, dont la plupart des élèves choisissent la branche agricole, la plus facile ; ceci, en principe, car les dispenses sont innombrables.

L'élève, ainsi sélectionné, commence ses études par deux années dites de stage. Il peut faire ce stage, soit chez un praticien, soit dans une école. Dans le premier cas, la garantie est évidemment illusoire ; dans le second, elle ne vaut souvent guère mieux, car s'il est des écoles organisées, il en est également d'autres.

Les examens qu'il passe, après ces deux années, sont assez caractéristiques du but poursuivi : une épreuve de dessin, une de modelage, une de prothèse, dont le coefficient est doublé ; une dernière, enfin, théorique, sur la physique et la chimie appliquées à la prothèse.

Quiconque, non prévenu, lirait l'énoncé de ces quatre épreuves, ne pourrait se douter qu'il s'agit de la préparation à l'exercice d'une branche de la médecine ; il considérerait sûrement qu'elles sont vraisemblablement destinées à sanctionner l'apprentissage d'ouvriers mécaniciens dentistes.

Ce stage préparatoire manuel accompli, l'élève est évidemment préparé à suivre avec fruit un enseignement supérieur. Il est vrai qu'au début cet enseignement envisageait surtout des études techniques, par conséquent manuelles. Mais peu à peu elles furent surchargées, et actuellement ne comportent pas moins que l'anatomie, la physiologie, la bactériologie, la pathologie et la thérapeutique générales, la pathologie buccale et péri-buccale, la pathologie dentaire, la thérapeutique et l'hygiène dentaires ; et ceci en trois années !

Si ces programmes signifiaient quelque chose, ils seraient ahurissants. Mais en pratique ils ne signifient pas grand'chose et souvent rien du tout.

Pour ceux qui les ont élaborés, il y a eu certainement un entraînement indépendant de leur volonté. Leur désir était de rester en dehors du mouvement médical et de continuer à considérer un organe comme étranger à l'organisme ; mais, à mesure que les rares éclairés entrevoyaient certaines possibilités, que de partout arrivaient des preuves de plus en plus nombreuses de l'interdépendance physiologique et pathologique de tous les organes, l'évolution médicale de la spécialité s'imposait de plus en plus et il fallut bien parler médecine aux élèves.

Il intervint alors une double erreur pédagogique. La première consista à s'imaginer qu'il suffit de surcharger des programmes pour améliorer un enseignement ; la seconde, à croire que la médecine peut s'apprendre en suivant simplement des cours ; erreur d'autant plus grave que la culture générale des élèves les prédisposait moins à assimiler ces données nouvelles. Le résultat pratique fut de troubler l'assimilation des données anciennes.

Pour ceux qui les subissent, ils n'en ont, pour la plupart, nul souci. Préparés par leur origine, par leur stage, à un métier manuel, ils n'auraient garde d'envisager ce qu'ils ne peuvent considérer que comme des contingences. Leur métier, pour eux comme pour leurs devanciers, est d'être mécaniciens : ils ne pensent qu'à l'exercer envers et contre tout. Le reste, d'abord, n'est pas à leur portée, ensuite, il serait peut-être gênant de trop bien le connaître.

L'empirisme est un si mol oreiller... A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

L'Ionotérapie électrique [2e édition] (1), par DELHERM et LAQUERRIÈRE.

On peut dire de la deuxième édition de cet excellent ouvrage qu'il s'agit d'un travail entièrement renouvelé et tout à fait au courant des dernières théories.

L'étude des ions et de l'électrolyse de l'organisme représente environ la moitié du volume. Les auteurs, en se gardant de toute considération de haute physique, ont su rendre cette étude aisée à comprendre pour tous ; ils étudient successivement l'existence des ions et le rôle de l'énergie électrique dans la constitution de la matière. Le mécanisme de l'électrolyse est étudié minutieusement tant en ce qui concerne les propriétés propres des ions qu'en ce qui regarde les phénomènes complexes dus à la nature des électrodes et des tissus de l'or-

(1) In-16 de la Collection des Actualités médicales. — Paris 1925, J.-B. Baillière et fils.

ganisme où pénètrent les ions ainsi que les effets physiologiques que ceux-ci sont susceptibles de produire.

Les spécialistes consulteront avec fruit la partie pratique dans laquelle Delherm et Laquerrière décrivent en détail l'appareillage et les précautions indispensables à observer en vue d'obtenir les meilleurs résultats.

Il s'agit là d'un chapitre capital si l'on veut tirer de l'ionothérapie tout ce qu'elle est susceptible de donner; il est tout à fait clair et complet.

La partie thérapeutique proprement dite comprend les applications à la pathologie externe, et plus particulièrement les indications de l'ionothérapie à la gynécologie, connues depuis longtemps déjà, et à l'oto-rhino-laryngologie qui en est largement tributaire depuis quelques années dans les pays anglo-saxons.

En pathologie interne Delherm et Laquerrière étudient longuement l'emploi de l'ionothérapie dans la goutte, le rhumatisme, les raideurs articulaires, les affections du système nerveux telles que l'hémiplégie, les paralysies faciales et les névralgies où l'emploi de cette méthode donne les plus heureux résultats.

Les affections cutanées sont longuement étudiées.

Dans leurs conclusions concernant la physique de l'ionothérapie, Delherm et Laquerrière n'hésitent pas à reconnaître que « quand il s'agit de l'organisme il reste une quantité de points mal élucidés »; il n'en est pas moins vrai que comme l'expérience seule compte en clinique « l'ionothérapie porte, et elle est seule à pouvoir porter, l'agent actif à l'intérieur du tissu malade » dans le traitement des lésions superficielles; elle est « un adjuvant souvent utile à l'emploi du courant continu » pour les affections profondes.

A ce double titre, l'ionothérapie est un procédé thérapeutique qu'on ne doit pas méconnaître, et nous croyons que le livre si clair de Delherm et Laquerrière peut être utile à tous en mettant ainsi les médecins au courant d'une méthode trop peu employée encore. MOREL-KAHN.

Manuel du médecin expert. Accidents du travail et maladies. Consultations chirurgicales, médicales et barèmes (1).

Ce manuel a pour but de permettre à tout praticien, à tout médecin traitant de faire une expertise médico-légale et de rédiger rapidement un certificat ou un rapport aussi bien pour les lésions chirurgicales externes que pour les maladies internes consécutives aux accidents du travail. Il présente un plan d'exposition qui se retrouve dans chaque chapitre.

I. Modèle type d'un certificat ou rapport d'expertise.

II. 1° Etiologie : accidents du travail; blessures de guerre; maladie; 2° Symptômes : tests cliniques et radiologiques (épreuves de laboratoire); 3° Conclusions et pourcentages d'invalidité.

III. Répertoire donnant la bibliographie, le sommaire (en forme d'aide-mémoire), des données anatomique, physiologique, chimique, clinique et thérapeutique concernant la question...; grâce à cette division méthodique, l'auteur a pu accumuler dans un petit livre, portatif et pratique, une quantité considérable de notions éparses dans des traités plus volumineux, et s'est proposé d'éviter ainsi au lecteur un grand nombre de recherches théoriques souvent longues, parfois infructueuses. L. G.

Documents cliniques sur le stovarsol 1922-1926 (2).

Depuis que le stovarsol a été introduit en thérapeutique antisyphilitique en 1922, à la suite des beaux travaux de M. Fourneau, ce produit a vu son champ d'action s'étendre rapidement.

La brochure que publient les Etablissements Poulenc fait passer sous les yeux du lecteur d'importants extraits des principaux travaux qui sont venus préciser les indications du stovarsol. Elle permettra aux médecins de se documenter rapidement sur les applications et les possibilités d'un médicament qui s'avère, chaque jour davantage, comme une des plus précieuses acquisitions de l'arsenal thérapeutique moderne. L. G.

(1) In-16 carré de 770 p. — Prix : 30 fr. — Paris, Vigot frères.
(2) In-8. — Etabl. Poulenc, 86-92, rue Vieille-du-Temple, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ASCITES [1]

III. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Il se pose dans des conditions toutes différentes suivant que l'ascite est un épiphénomène dans un tableau morbide préexistant (diagnostic facile), ou réalise le symptôme majeur d'une affection dont il faut chercher la cause. Ces cas sont de beaucoup les plus intéressants, et l'étiologie invoquée sera en général toute différente chez l'*enfant* et chez l'*adulte*.

1° **L'ascite n'est qu'un épiphénomène**, œdème *viscéral* associé à d'autres *œdèmes périphériques*. Diagnostic facile :

a. Surtout au cours de l'**asystolie** banale où il faut ponctionner avant de donner la digitale. Noter ici la nature du liquide de ponction :

Formule mixte (nombreux *placards endothéliaux* et *lymphocytes*).

Très fibrineux, coagulant aisément.

Hyperalbumineux (18 à 35 grammes par litre).

Cette formule (Lemierre et Levesque) montre qu'il s'agit d'un liquide à pathogénie mi-inflammatoire, mi-mécanique, lié sans doute à la stase veineuse et à la périhépatite chronique.

b. **Mal de Bright**, où l'ascite est exceptionnelle en l'absence d'insuffisance cardiaque (Lemierre).

c. Au cours des néphrites aiguës hydropigènes, chez l'enfant.

d. Chez les cachectiques (très rare, à moins d'inflammation péritonéale).

2° **L'ascite est un phénomène initial ou dominant le tableau clinique**. — Les problèmes étiologiques sont différents suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte.

A. **Chez l'enfant et l'adolescent**. — 1° PÉRITONITE TUBERCULEUSE. — C'est à elle qu'il faut penser tout d'abord. La tuberculose est la grande cause d'ascite chez les enfants.

a. *Péritonite à forme ascitique. Ascite essentielle des jeunes filles*. — C'est ici que l'ascite revêt l'aspect le plus typique.

Début. — 1. *Signes d'imprégnation tuberculeuse* (amaigrissement, crochets thermiques).

2. *Troubles gastro-intestinaux* : alternatives de diarrhée et de constipation; anorexie; météorisme.

3. *Douleurs* abdominales *vagues*.

Etat. — En quelques semaines, signes fonctionnels et généraux *rétrocèdent* et le tableau clinique n'est plus constitué *que par une ascite libre*, d'abondance généralement moyenne; parfois ascite à grand enkystement.

Cet épanchement donne à l'abdomen l'aspect de *ventre en obusier* avec dépression sous-costale caractéristique. La peau est lisse, luisante, parcourue d'un faible lacis veineux.

Evolution. — Longue durée, malgré que peu de tendance à l'augmentation.

Généralement, l'ascite rétrocède, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement (héliothérapie, thermothérapie, ultraviolets, laparotomie).

La paracentèse, généralement inutile, suffit parfois à la faire disparaître.

Le liquide de ponction. — Il est caractéristique :

Liquide jaune citrin, riche en fibrine (coagulation rapide).

Rivalta positif.

Hyperalbuminose (au moins 40 grammes par litre).

Surtout : *Lymphocytose très abondante* (100 à 200 lymphocytes par champ) *sans placards endothéliaux* (parfois quelques cellules endothéliales isolées et macrophages).

Ainsi est réalisée une formule d'épanchement *inflammatoire* typique.

L'inoculation au cobaye en vérifierait la nature tuberculeuse.

Il est beaucoup plus rare que la péritonite évolue vers une forme ulcéro-caséeuse.

b. **Péritonite subaiguë à forme péritonéo-pleurale** (Fer-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 2, p. 30.

net-Boulland). — *Début.* — Subaigu, fébrile, marqué par des signes d'imprégnation tuberculeuse et des troubles digestifs assez intenses.

Etat. — L'ascite apparait, peu abondante.

Et bientôt les signes *thoraciques* : pleurite sèche ou avec épanchement.

Evolution. — Assez favorable vers la résolution en quelques mois.

Dans d'autres cas, la marche des lésions est inverse. Les signes thoraciques apparaissent d'abord (forme pleuro-péritonéale de Hutinel qui parfois lèse en passant le péricarde).

Ce n'est que dans des cas beaucoup plus rares que l'ascite relève d'autres causes :

2° CIRRHOSE CARDIO-TUBERCULEUSE (Hutinel). — Les lésions péricardiques (symphyse cardio-tuberculeuse), péritonéales et hépatiques sont ici intriquées. Il s'agit d'un enfant souffreteux, cyanosé, tachycardique, au thorax amaigri contrastant avec un *ventre énorme* avec *gros foie*. Le diagnostic nécessitant ici la radioscopie qui mettra en évidence les signes cardiaques.

3° ASYSTOLIE HÉPATIQUE DE L'ENFANT. — On sait que, chez l'enfant, toute asystolie d'origine congénitale ou rhumatismale frappe électivement le foie et le péritoine.

4° CIRRHOSE SYPHILITIQUE (NOURRISSON). — Tandis que dans l'enfance et l'adolescence l'ascite doit faire évoquer d'abord la tuberculose, chez le nourrisson c'est à la syphilis hépatique qu'il faut d'abord penser.

L'ascite s'accompagne d'un foie gros, dur, inégal, lobulé. Les stigmates de syphilis héréditaire sont multiples (lésions dentaires, cutanées, muqueuses) et le Wassermann est positif dans le sang et le liquide d'ascite.

5° *Enfin*, ASCITES PAR COMPRESSION, observées exceptionnellement dans le *sarcome du rein*.

B. **Chez l'adulte**. — Penser avant tout aux lésions du *foie* et du *péritoine*.

1° AFFECTIONS HÉPATIQUES. — a. *En première ligne, la cirrhose atrophique type Laënnec.* — Il s'agit d'un malade amaigri, au teint subictérique, et qui présente :

Des *signes d'hypertension portale* (circulation veineuse à réseau type porte), épistaxis, hémorroïdes, œdème des membres inférieurs).

Des signes d'*intoxication alcoolique* (gastrite, troubles nerveux).

Le *foie* est atrophié, abaissé, basculé, donnant le phénomène du *glaçon*. La *rate* est grosse. Le syndrome urinaire est caractéristique (urines briquetées, rares, urobilinuriques) et on peut dépister tous les signes d'*insuffisance hépatique* plus ou moins marquée.

L'*évolution* est *fatale* et la mort survient finalement du fait d'une infection intercurrente, d'insuffisance hépatique, ou simplement à la suite de phénomènes d'*anémie séreuse* consécutive à des *ponctions répétées*.

De ces ponctions, la *première* seule aurait une valeur diagnostique. Elle ramène un liquide *séreux du type transsudat pur*, c'est-à-dire *pas de fibrine*.

Albuminose au-dessous de 12 grammes par litre.

Cytologie faite *uniquement* de *placards endothéliaux*.

Plus tard, il est de règle de voir apparaître quelques *lymphocytes*. Certains auteurs y ont vu l'influence de la *tuberculose* qui se développerait à la faveur de l'anergie hépatique. D'autres, l'influence de la *syphilis*.

Pour Lemierre, les caractères inflammatoires qui peuvent s'observer secondairement sont de moyenne intensité. Ils relèveraient de la *périhépatite et de la périsplénite* si fréquentes dans les cirrhoses, et c'est seulement dans les cirrhoses ascitogènes avec poussées douloureuses et fébriles et formule très inflammatoire qu'on pourrait parler de *syphilis*.

On peut néanmoins observer de véritables complications de cette formule d'ascite :

Polynucléose relevant d'une péritonite aiguë à pyogènes à tableau clinique atténué.

Pyléphlébite.

b. *Cirrhoses à gros foie.* — 1. *Bénignes.* — *Type Hanot et Gilbert.* — Se distingue du type Laënnec par l'hépatomégalie, le pronostic meilleur, l'évolution plus lente avec guérison possible.

2. *Malignes.* — *Cirrhose hypertrophique diffuse* (Gilbert et Garnier). — Ascite peu abondante.

Splénomégalie.

Ictère et évolution rapidement mortelle (deux à quatre mois).

Cirrhose graisseuse (Hutinel et Sabourin). — Ascite peu abondante.

Rate souvent normale.

Fièvre et mort rapide.

c. *Adéno-cancer avec cirrhose.* — Tableau de cirrhose qui subitement s'aggrave. Apparition d'ascite et de signes de la série cancéreuse.

d. *Syphilis hépatique.* — 1° Le plus souvent, *forme scléro-gommeuse* avec foie ficelé, dur, splénomégalie, albuminurie, ictère possible. Wassermann positif. L'ascite est ici d'abondance moyenne.

2° Mais la syphilis peut réaliser de multiples aspects et tous les intermédiaires peuvent se voir avec la cirrhose type Laënnec.

e. *Syndrome de Banti.* — Avec ses deux phases :

Première phase avec splénomégalie, anémie, troubles digestifs.

Deuxième phase rappelant en tous points la cirrhose de Laënnec.

f. *Foie cardiaque.* — A la phase de *cirrhose cardiaque* avec ascite, chez des sujets au foie taré (alcoolisme, infections antérieures).

On peut voir un gros foie avec ascite, et c'est l'étude des antécédents et l'examen du cœur qui préciseront l'étiologie.

2° AFFECTIONS PÉRITONÉALES. — Il faut les rechercher quand on n'a pas trouvé de cause hépatique à l'ascite.

a. *Péritonite tuberculeuse.* — 1. *Forme ascitique.* — Rare chez l'adulte, c'est en général le premier terme de la forme suivante.

2. *Forme ulcéro-caséeuse.* — L'ascite est ici peu abondante et cloisonnée, avec *matité en damier, gâteaux péritonéaux*. Elle n'est qu'un symptôme parmi d'autres :

Signes généraux : fièvre, amaigrissement.

Signes fonctionnels : *douleurs*, troubles digestifs.

L'ensemble évoluant par poussées successives laissant derrière elles un abdomen plus empâté.

b. *Cancer du péritoine.* — Exceptionnellement primitif, il est presque toujours secondaire à un cancer viscéral (pylore, intestin).

Le diagnostic étiologique de l'ascite est facile si la localisation première est connue. Sinon, il est très difficile.

Valeur de la ponction qui ramène un liquide souvent *hémorragique* où la constatation de *placards bourgeonnants* à plusieurs assises cellulaires est caractéristique, mais exceptionnelle.

c. *Ascite au cours des compressions.* — Cancer nodulaire du foie.

Kyste du lobule de Spiegel.

Bride péritonéale.

Adénopathie hilaire.

Cancer du pancréas (mais ascite greffée sur un tableau d'ictère chronique par rétention).

Kyste de l'ovaire. — On peut percevoir le kyste en déprimant l'ascite.

Penser toujours au *kyste végétant* chez une femme dont l'ascite ne paraît d'origine ni hépatique, ni péritonéale. Pratiquer toucher vaginal.

La ponction ramène souvent dans ces cas un liquide chyleux, laiteux, caractéristique.

CONCLUSIONS

Chez l'adulte : cirrhose de Laënnec, affections hépatiques.

Chez l'enfant : péritonite tuberculeuse.

Chez le nourrisson : hérédo-syphilis.

Telles sont, très schématiquement, les principales causes que la constatation d'une ascite doit faire évoquer.

Retenir le mécanisme complexe de la pathogénie de certaines ascites (rôle discuté de la tuberculose, syphilis, périviscérites) et la valeur diagnostique, haute et certaine, de l'examen du liquide de ponction.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE*. . . . 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Ethiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 22 février 1926, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique de 14 h. à 17 h. du lundi 25 janvier au samedi 6 février inclusivement.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MONTPELLIER. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Laux, Montagne, Truc et Gondard; internes provisoires : MM. Estor, Conte, Mlle Turot, M. Henriet; candidats classés : MM. Duponnois, Longeon, Balmès et Coste.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Raymond, Nicolas, Perrier, Caillol, Ravoir, Aubert, Fourcade, Arnal, Meynadier, Lafon, Camboulives, Colomb, Péraldi, Batle et Bouchère; externes provisoires : MM. Lombroso, Asnarez, Artière, Coste, Oliver, Azéma, Bert, Aillaud.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — Un concours s'ouvrira le mardi 27 juillet 1926, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — Les opérations électorales du 19 décembre 1925, en vue de la désignation d'un représentant du personnel des Facultés de médecine au Comité consultatif de l'Enseignement supérieur (Commission de la médecine), en remplacement de M. Rouvier, professeur de clinique obstétricale et puériculture à la Faculté de médecine de l'Université d'Alger, mis à la retraite, ont donné les résultats suivants :

I. *Professeurs*. — MM. Couvelaire, de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, Elu, 10 voix.

Commandeur, de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, 7 voix.

Les opérations électorales du 19 décembre 1925, en vue de la désignation d'un représentant du personnel des Facultés de médecine au Comité consultatif de l'Enseignement supérieur (Commission de la médecine), en remplacement de M. Perrin, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, nommé professeur titulaire, ont donné les résultats suivants :

II. *Agrégés*. — MM. Lauret, de la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux. Elu, 78 voix.

Metzger, de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, 1 voix; Mauriac, de la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, 1 voix; Perrens, de la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, 1 voix; bulletin blanc, 1. (*J. O.*, 7 janv. 1926.)

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. Chaine, professeur sans chaire, est nommé professeur à la chaire d'anatomie comparée à la Faculté des sciences de Bordeaux.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promu ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade de commandeur*. — M. le médecin général Fontan, à Toulon.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier*. — M. le docteur Buscarlet (de Genève).

GUERRE. — (Réserve.) Sont placés dans la position d'officier honoraire :

MM. les médecins principaux de 1re classe Chevassu-Périgny (de Paris), Emile Forgue (de Montpellier).

MM. les médecins principaux de 2e classe Danjou (de Paris), Lepage (d'Orléans), Ducamp et Barrière (de Montpellier).

MM. les médecins-majors Coriton (de Paris), Petit (d'Orléans), Donnet (de Limoges), Cossa (de Nice), Chamayou (de Toulouse), Vrain (de Paris), François (de Bagneux), Levillain (de Nogent-le-Rotrou), Morin, Dye, Aragon (de Paris), Noyon (de Marseille), Chemin (de Toulouse), Roques (de Collobrières), Peries (de Saint-Sardos), Dupuy (de Bayonne), Chambelland (d'Epinal), Pion, Lévy, Forge, Lachowski (de Paris), Boulanger (de Péronne), Baret (du Mans), Pelletier (du Creusot), Bertrand (de Nogent-sur-Aube), Simonin (de Paris), Cannac (de Revel), Rastouil (de La Rochelle), Daniel (d'Alger).

MARINE. — M. le médecin de 2e classe Chastang, directeur du Service de santé de la marine à Brest, passe dans la 2e section (réserve) du cadre des officiers généraux du corps de santé. (*J. O.*, 13 janv. 1926.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu mercredi prochain.

M. Lenormant, secrétaire général, prononcera l'éloge de Charles Monod.

JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES. — *Avis important pour les chirurgiens désireux de se rendre au Congrès de chirurgie de Rome et de participer aux Journées médicales tunisiennes.* — Afin de permettre la participation à notre Congrès des chirurgiens qui ont déjà projeté de se rendre au Congrès international de chirurgie de Rome (qui coïncide partiellement avec les « Journées tunisiennes »), le Comité fait connaître qu'il est possible de réaliser la partie touristique du Congrès de Tunis en arrivant une semaine plus tôt. En s'embarquant à Marseille le mercredi 23 mars on arrive à Tunis le vendredi 25 mars, la semaine s'étendant jusqu'au 2 avril étant employée aux excursions, les congressistes peuvent assister aux séances du Congrès tunisien des 2 et 3 avril. (Voir, pour les questions mises à l'ordre du jour, *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 98, p. 1590.)

Ces deux journées des vendredi et samedi seront plus particulièrement réservées aux questions chirurgicales. Le bateau italien, qui quitte Tunis le dimanche 4, permet d'arriver à Rome le mardi 6 avril dans la matinée, à temps pour le Congrès international de chirurgie.

Renseignements pour les congressistes français. — Les réductions consenties aux adhérents français du Congrès, qui recevront (en temps utile) une carte donnant droit à ses avantages, ne sont pas encore exactement connues; les grands réseaux français n'ont pas encore fixé les réductions consenties (le comité d'organisation escompte au moins 30 p. 100 par groupes de 26 personnes partant d'un même point).

Cependant, à titre d'indication, le comité d'organisation fait connaître que le prix du passage Marseille-Tunis-Marseille sera de 546 francs en 1re classe et de 385 francs en 2e classe pour les congressistes français. Les prix ci-dessus comportent 30 p. 100 de remise sur les prix totalisés de l'aller et du retour ordinaires et ne s'appliquent qu'aux congressistes français.

Pour arriver à Tunis le jour même de l'ouverture du Congrès, les congressistes devront s'embarquer à Marseille par le paquebot de la Compagnie générale transatlantique du mercredi 31 mars 1926 (départ à 17 heures).

Congressistes étrangers. — Le prix du passage Marseille-Tunis-Marseille sont : 702 francs en 1re classe et 402 francs en 2e classe (valable 3 mois).

(Retenir ses places à l'avance à la Compagnie générale transatlantique, à Marseille et à Tunis.)

Les réductions et avantages du Congrès, en Tunisie, sont accordés sans distinction aux congressistes étrangers comme aux français.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 18 janvier 1926, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Blessures des nerfs par projectiles de guerre », par M. Rouhier, chirurgien des hôpitaux de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ernest Nemaere (de Mons-en-Barœul); Acha (du Pérou), décédé à Paris; Chatin (de Lyon), gendre du professeur Ollier; Lelong (de Charenton-sur-Cher); de Girard (de Montpellier); Théodore Dulau (de Cap-Breton); Maurice Gélis (de Cahors); René Coppin, médecin principal du corps colonial en retraite; Cacaud (de Clermont); Maygrier, accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté, décédé à Paris à l'âge de 76 ans; Gabriel Rousseau, ancien interne des hôpitaux de Paris, père de notre confrere le docteur Pierre Rousseau, auquel nous adressons notre très profonde sympathie; le professeur Joseph de Girard (de Montpellier); Rostaing (du Pouzin); — et de M. Jean Cassaët, externe des hôpitaux de Bordeaux, fils de M. le professeur Cassaët à qui nous adressons nos bien sincères condoléances.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cours de perfectionnement sur la tuberculose, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. E. Rist et P. Ameuille, à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon-Bourgeois, avec la collaboration de M. H. Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec; de M. L. Ribadeau-Dumas, médecin de la Maternité; de M. G. Maingot, radiologiste de l'hôpital Laënnec; de MM. J. Rolland, chef de laboratoire; E. Brissaud, P. Jacob; E. Coulaud, M. Weiss, F. Hirschberg, assistants; et de Mme de Retz, infirmière-visiteuse chef.

Ce cours, d'une durée d'un mois, commencera le lundi 18 janvier 1926, à 11 heures, au dispensaire Léon-Bourgeois, 63, rue Vaneau. Il se composera d'exercices pratiques (recherche des bacilles tuberculeux, examens cliniques, stéthacoustiques et radiologiques, pneumothorax artificiel) et de leçons théoriques.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins du dispensaire ou candidats au poste de médecin de dispensaire, désireux de suivre ce cours, un certain nombre de bourses. S'adresser à M. le docteur Arnaud, directeur du Comité national, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

Les droits à payer sont de 150 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures (guichet n° 4).

ASILE CLINIQUE DE SAINTE-ANNE. — Une série de dix conférences sur la psychanalyse et ses applications à l'étude et au traitement des affections psychiques sera faite, sous la direction du professeur Henri Claude, par MM. Borel, Codet, Hesnard, Lafforgue et de Saussure, à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales (1, rue Cabanis, Asile clinique), les dimanches matin, à 10 h. 1/2.

La première conférence aura lieu le 17 janvier et sera faite par M. le professeur H. Claude : « La psychanalyse et les critiques dont elle a été l'objet. »

REVUE GÉNERALE

VOIES D'ABORD DE L'ARTICULATION DE L'ÉPAULE

Par M. ISELIN et R. LEIBOVICI,
Internes des hôpitaux de Paris.

Quoique relativement superficielle l'articulation de l'épaule est d'un accès chirurgical malaisé. Le nombre et la diversité des voies d'abord proposées le démontrent suffisamment. Les voies classiques, comme celle d'Ollier et de Farabeuf, sont excellentes pour la résection de l'épaule, malgré quelques inconvénients que nous étudierons; mais elles se sont parfois montrées insuffisantes, surtout dans la reposition sanglante des luxations anciennes, ou pour l'ostéosynthèse des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

A l'heure actuelle, on recherche à l'articulation de l'épaule, comme d'ailleurs à toutes les articulations, des « voies d'accès larges » : c'est pourquoi il nous a semblé intéressant d'exposer celles qui paraissent les meilleures. Plus que sur leur technique même, nous insisterons sur leurs avantages respectifs et sur leurs indications.

Difficultés anatomiques. — Toutes ces voies d'abord ont à tenir compte des mêmes difficultés anatomiques : le deltoïde et son nerf circonflexe, le paquet vasculo-nerveux axillaire. Nous ne citerons que pour mémoire la *veine céphalique*. Ollier et Farabeuf en craignaient la section, qui à la période pré-antiseptique, pouvait entraîner une phlébite puis une septicémie.

1. **Le paquet vasculo-nerveux** n'est pas un obstacle sérieux quand la tête humérale est en place : il se trouve alors en avant et en dessous d'elle, caché par le faisceau musculaire coraco-bicipital, avec lequel on le récline en dedans sans même le voir.

Au contraire, une tête luxée « se met en contact intime avec le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle, sous lequel elle a une tendance à se placer » (Bazy). Il faudra donc, ou bien recourir à la voie d'accès postérieure de Kocher, qui dégage la tête par derrière, sans menacer les vaisseaux, ou mieux, employer la voie antérieure, mais en *sectionnant la coracoïde* à la manière de Morestin : on peut alors « explorer à son aise la tête luxée, et surtout, mettre en pleine lumière le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle, dont la blessure constitue un des gros dangers des opérations pour luxation ancienne de l'épaule » (Bazy).

2. **Le deltoïde** est l'obstacle le plus important. Sous peine de rendre l'épaule infirme, il faut ménager son corps charnu et son nerf.

On sait que le deltoïde est pratiquement l'unique muscle abducteur du bras, le sus-épineux étant incapable de le suppléer efficacement. De ses trois faisceaux aucun ne peut être inconsidérément sacrifié. En effet, si leur contraction simultanée réalise l'abduction pure, Duchenne de Boulogne a montré que les deux faisceaux antérieur et postérieur sont en outre respectivement pro- et rétro-pulseurs du bras. Dans cette action propre, le faisceau claviculaire peut être suppléé efficacement. Au contraire, la paralysie du faisceau épineux, rétro-pulseur, entraîne des troubles fonctionnels auxquels aucun muscle ne peut remédier (Duchenne).

Tel est le rôle normal du deltoïde. Après une résection de l'épaule, son importance est peut-être encore plus grande : c'est lui qui suspendant l'extrémité tronquée de l'humérus, la fixe contre la glène, et réalise l'appui osseux indispensable aux mouvements de la néarthrose (Ollier). Il faudra donc, pour aborder l'épaule, éviter les incisions qui tranchent perpendiculairement les fibres du deltoïde. Sans doute l'asepsie actuelle donne aux sutures musculaires une sécurité ignorée des chirurgiens de jadis, mais on n'opère pas toujours en milieu rigoureusement aseptique, et mieux vaut inciser le muscle parallèlement à ses fibres. Ce serait chose facile, n'était la direction du nerf circonflexe.

3. **Le nerf circonflexe** est encore plus à ménager que le deltoïde dont on peut réparer la section ou la désinsection. Né dans l'aisselle, il se dirige en arrière et s'engage dans le trou carré de Velpeau. Il contourne alors le col chirurgical de l'humérus, qu'il embrasse comme un collier, et se rapproche de l'articulation, à mesure qu'il avance vers la région antérieure de l'épaule. Chemin faisant, il émet des rameaux inférieurs et supérieurs, qui s'enfoncent dans le muscle en se dirigeant à peu près verticalement. Il vient s'épuiser dans le faisceau antérieur du deltoïde.

Son trajet est donc sensiblement parallèle au bord externe de l'acromion, dont il est distant de 5 1/2 à 6 centimètres (Ollier) de 3 travers de doigt (Farabeuf). Toute incision verticale, externe ou postérieure, qui descend à plus de 6 centimètres de l'acromion, coupe fatalement le circonflexe et paralyse les faisceaux deltoïdiens situés en avant d'elle. Les incisions longitudinales du deltoïde devront donc être reportées vers le bord antérieur du muscle (Baudens).

Deltoïde et circonflexe, voilà les deux organes que doit ménager un procédé correct d'abord de l'articulation. Avant de décrire les principales techniques en les classant par rapport à leur niveau d'attaque du moignon de l'épaule, il est intéressant de les classer par rapport à leur conduite vis-à-vis du deltoïde.

De ce point de vue, on peut distinguer deux techniques générales, très variées dans leur détail.

Les unes coupent le deltoïde : soit par de larges lambeaux,

— soit horizontalement pour respecter le circonflexe,

— soit verticalement et en avant pour ne sectionner ni faisceaux musculaires, ni branches nerveuses.

Les autres préfèrent sectionner tout ou partie de la voûte acromio-coracoïdienne, mobilisant les insertions deltoïdiennes, préférant une section osseuse à une section musculaire.

Enfin, le procédé mixte de Duplay, combine les deux et utilise à la fois la section osseuse et la section musculaire.

Les voies d'abord. — *a*. **Les larges lambeaux deltoïdiens**, taillés sur la face extérieure du muscle (Moreau, Morel, etc.) doivent être abandonnés comme délabrants pour le deltoïde et dangereux pour le circonflexe. Ils convenaient aux chirurgiens d'armée d'autrefois, obligés d'aller très vite, faute

d'anesthésie et d'asepsie. Ils avaient, dit Farabeuf, « l'habitude de réséquer avec un grand couteau, comme lorsqu'on extirpe le membre entier. »

b. **Les incisions transversales** sont celles de A. Nelaton et Demons. A. Nelaton coupe le deltoïde transversalement, à un travers de doigt de l'acromion et de l'épine de l'omoplate; il rabat le muscle vers le bas, et aborde ainsi l'article par en dehors.

c. **Les incisions verticales** sont nécessairement reportées, comme nous l'avons vu, à la partie antérieure du deltoïde. L'idéal serait de contourner ce muscle en passant dans le sillon delto-pectoral (Larghi). Mais une telle voie est trop interne pour une tête en situation normale, extra-coracoïdienne (Picqué). On a peine à atteindre la coulisse bicipitale, même en plaçant le bras en abduction forte en rotation interne. Ollier après Baudens, préfère inciser plus en dehors : il traverse le deltoïde parallèlement à ses fibres, à 4 ou 5 millimètres en dehors du sillon delto-pectoral. Farabeuf conseille l'incision de Malgaigne, encore plus externe, partant du sommet du creux acromio-coracoïdien, sacrifiant l'étroite bande musculaire qui constitue le bord antérieur du deltoïde. « Elle suffit, sans débridement, à découvrir l'extrême dessus de l'articulation ».

Telles sont les incisions antéro-internes. Pour rester dans la *zone d'incision* d'Ollier, où l'on peut traverser le deltoïde sans nuire au résultat fonctionnel, elles ne doivent pas dépasser en dehors, le milieu de l'espace inter-coraco-acromial. Elles peuvent, chez les sujets musclés, ne pas donner assez de commodité, et de tous temps, des *incisions libératrices* ont été recommandées.

d. **Les incisions libératrices**. — La plus usitée est la désinsertion des fibres claviculaires et acromiales du deltoïde (Paulet). Une telle incision, pratiquée d'emblée, taille un lambeau triangulaire à base inférieure qu'on renverse en bas, pour découvrir la tête. Elle donne un jour suffisant sur le col chirurgical de l'humérus. De plus, le circonflexe est à l'abri, puisqu'il reste collé à la face profonde du deltoïde rabattu.

C'est à cette catégorie d'incisions angulaires en L renversé que l'on peut rattacher l'incision préconisée par Morestin puis L. Bazy, dans la reposition sanglante des luxations irréductibles. Etant donné la situation anormale de la tête dans ce cas particulier, il conseille de brancher sur la branche interne, verticale, soit une incision vers le dedans, sectionnant les attaches les plus externes du grand pectoral, soit une incision vers le dehors, dans le deltoïde, si besoin est.

e. **Bascule de l'acromion**. — Le premier, Neudörfer, sectionne la courte acromio-claviculaire pour rabattre cet os avec les insertions deltoïdiennes intactes. Cette voie trans-osseuse a été reprise dans la suite par Duplay, qui lui adjoint une incision libératrice dans la zone d'Ollier. Il obtient ainsi un lambeau triangulaire à sommet antérieur, qui rabattu, donne un jour considérable sur toutes les faces de l'articulation. C'est le procédé préconisé par M. Marion, dans son traité de technique.

Mais c'est surtout Kocher qui s'est fait le défenseur de la voie d'accès postéro-supérieure par bascule de l'acromion : il la donne même comme procédé de choix dans toute intervention sur l'articulation.

De ces deux méthodes générales, section du muscle ou section osseuse, laquelle est la meilleure?

Le muscle est plus vite coupé : mais sa réparation demande du temps : il faut attendre la cicatrisation deux ou trois semaines avant de pouvoir le faire contracter, d'où atrophie rapide d'un deltoïde déjà amoindri par l'arthrite sous-jacente. Or nous l'avons vu, le deltoïde est irremplaçable.

La section osseuse, bien maintenue, est complètement indolore; on peut donc mobiliser précocement le deltoïde, ou le faire contracter électriquement, ce qui accélère la cicatrisation osseuse. Ainsi peut-on espérer éviter la fatale atrophie. Enfin, au point de vue chirurgie générale, la reconstitution osseuse est toujours excellente. « On ne saurait en être surpris : nous savons bien qu'il vaut mieux, pour respecter la fonction, faire une résection osseuse temporaire, plutôt que de sectionner en travers un muscle ou un tendon. Au genou, on préfère exécuter une arthrotomie trans-rotulienne, ou réséquer la tubérosité antérieure du tibia, plutôt que de couper le tendon rotulien; et même au niveau du tendon d'Achille, il vaut sans doute mieux abattre d'un coup de ciseaux son point d'attache sur le calcaneum, plutôt que d'en faire une incision par dédoublement, par exemple. La cicatrice osseuse est toujours de meilleure qualité que la cicatrice tendineuse » (L. Bazy).

Technique des principales voies d'abord. — Le siège de leurs incisions cutanées permet de les classer en :

I. Voie antéro-interne.
II. Voie postéro-supérieure.
III. Voie axillaire.

I. **Voie antéro-interne**. — *a*. Le procédé classique est celui d'Ollier, ou de Malgaigne-Farabeuf. Tous deux fendent le bord antérieur du deltoïde, sur une longueur de 10 à 12 centimètres. L'articulation est ainsi découverte, au fond d'une boutonnière dont la lèvre extérieure est le deltoïde relâché par l'abduction du bras, et dont la lèvre intérieure est formée par le faisceau musculaire coraco-bicipital. Pour réséquer la tête, on cherche du doigt la coulisse bicipitale, et on incise la capsule en dehors du tendon du long biceps; on décolle les deux lèvres capsulo-périostiques et on luxe la tête à travers la brèche; il ne reste plus qu'à la sectionner à la hauteur voulue.

Cette technique est excellente pour la résection d'une tête humérale en position normale. Mais Kocher surtout, lui reproche de ne pas permettre l'exploration de la cavité glénoïde masquée par la tête humérale grosse et saillante, en avant. On est donc amené à réséquer d'abord cette tête pour se rendre compte de l'état de la glène dans une scapulalgie ou une luxation ancienne. De plus, mais ce n'est plus là une difficulté technique, elle prédisposerait à la luxation secondaire de l'humérus réséqué, sous le coracoïde.

Elle donne un jour nettement insuffisant pour une reposition sanglante ou une ostéosynthèse de l'extrémité supérieure de l'humérus. Farabeuf luimême, déclare que même pour une simple résection, elle donne « peu de commodité, surtout chez les hercules ». En effet, elle est trop interne et c'est pourquoi on a cherché à l'élargir vers le dehors.

b. De ces incisions composées nous ne retiendrons

que deux. La plus simple, celle de Paulet, dirigée en dehors, dans le deltoïde. La seconde, celle de L. Bazy-Morestin, dont nous avons déjà indiqué le principe : suivant la situation de la tête, dans une luxation ancienne, on se donne du jour vers le dedans, dans le grand pectoral, ou vers le dehors, dans le deltoïde, ou les deux à la fois, l'incision devient alors un T.

Elle peut alors convenir à toutes les interventions difficiles, résections atypiques, ostéosynthèse et surtout reposition sanglante. Dans ce cas, en effet, seule, elle donne du jour à la fois en dehors sur la glène déshabitée, et en dedans sur la tête ectopique : celle-ci est venue se cacher derrière le rideau des muscles coracoïdiens, au contact du paquet vasculaire, dans « la région des difficultés » (Morestin).

Les plans superficiels étant incisés en L renversé ou en T, on découvre le rideau musculaire formé par le faisceau coraco-bicipital, et par le petit pectoral. Il est doublement gênant : d'une part, son bord externe cache plus ou moins la tête qu'on cherche à libérer. D'autre part, il recouvre par sa face profonde, le paquet vasculo-nerveux, qu'il vaut mieux reconnaître pour le ménager sûrement. En sectionnant l'apophyse coracoïde d'un coup de pince de Liston on peut récliner tout ce rideau musculaire vers le dedans ; on obtient « un jour énorme » sur la face antérieure de l'articulation. Il est facile alors, de désinsérer le sous-scapulaire, obstacle à la reposition de la luxation ancienne, et suturer ce muscle à la capsule articulaire pour fermer la néarthrose.

II. **Voie postéro-supérieure.** — A. Le procédé le plus courant est celui de Kocher. — L'incision cutanée est en arc, à concavité interne. Elle part de l'interligne acromio-claviculaire et suit le rebord acromial jusqu'au milieu de l'épine de l'omoplate : de là elle se recourbe à angle droit, et tombe verticalement vers la partie moyenne du pli postérieur de l'aisselle. On ouvre l'articulation omo-claviculaire, puis on coupe le trapèze jusqu'à l'épine de l'omoplate : au-dessous de l'épine on sectionne le bord postérieur, mince et aponévrotique, du deltoïde. On peut alors séparer la face profonde de l'acromion du sus et sous-épineux sous-jacents et scier l'acromion obliquement du milieu de l'épine à son bord externe libre. « La voûte acromiale s'abat, emportant avec elle le deltoïde, ses vaisseaux et nerfs, mettant largement en vue l'articulation coiffée de sa coque musculaire » (Picqué). On incise la capsule horizontalement, entre les fibres sous-épineuses ou au-dessous de ce muscle, et on la débride verticalement vers la glène. Il est dès lors facile d'écarter la tête de la glène, ou de la luxer en dehors.

Les avantages sont naturellement nombreux pour Kocher : accès direct sur la glène, qui devient explorable sans résection préalable de la tête ; conservation en avant de la capsule et du cône musculo-tendineux, ce qui empêche la luxation secondaire de l'humérus sous la coracoïde ; protection sûre des vaisseaux qui sont constamment loin du champ opératoire ; enfin reconstitution solide et rapide du volet ostéo-musculaire, permettant une mobilisation précoce de l'épaule.

En fait, cette technique donne vraiment un jour incomparable, et permet une reconstitution parfaite de l'articulation ; nous avons pu nous rendre compte dans un cas opéré par notre maître Lecène. Elle permet en plus de délicates interventions, comme l'interposition d'un faisceau de deltoïde entre les surfaces articulaires dans une ankylose (Kocher), par contre elle est insuffisante dans une reposition sanglante, où il faut voir très en dedans la néarthrose, le sous-scapulaire, les vaisseaux pour les récliner. On peut lui reprocher surtout, d'être plus compliquée que la simple voie d'accès antérieure.

B. Le procédé de Neudorfer (*dit de l'épaulette*) est antérieur à celui de Kocher : sur un blessé de la guerre du Sleswig il tailla un volet ostéo-musculaire comprenant l'acromion et l'extrémité externe de la clavicule.

L'incision cutanée cravate le dessus du moignon de l'épaule. Partant de la coracoïde, elle va en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, un peu en dehors de son milieu. On sectionne à la scie l'acromion et l'extrémité externe de la clavicule, et l'on rabat en bas et en dehors le lambeau ainsi taillé. La capsule articulaire est alors largement découverte, entre le sus-épineux et le sous-scapulaire.

C. Procédé de Duplay. — Duplay combine l'incision antérieure d'Ollier-Farabeuf à la bascule de l'acromion. L'incision est angulaire, la branche verticale commence à l'articulation acromio-claviculaire et descend 7 ou 8 centimètres sur le bord du deltoïde. La branche horizontale se dirige en arrière contournant le sommet et l'angle de l'acromion ; elle se prolonge sur le bord postérieur de l'épine de l'omoplate et mesure également 7 à 8 centimètres. Suivant cette incision, on dénude la face supérieure de l'acromion et on sectionne cet os à la scie « suivant une ligne oblique qui part à quelques centimètres en dehors de l'articulation acromio-claviculaire, et qui se dirige obliquement en arrière et en dehors vers l'épine » (Duplay). Il est alors possible de rabattre en arrière un lambeau triangulaire comprenant l'acromion, une partie du deltoïde et la peau. L'articulation se trouve alors très largement exposée (Marion).

III. **Voie axillaire.** — Préconisée par Langenbeck, elle a été utilisée pour réséquer une tête en luxation ancienne, ou pour faire une capsulorrhapie en cas de luxation récidivante. C'est dans ce but que Pauchet l'a récemment reprise, en précisant la technique.

L'incision est celle de ligature de l'artère axillaire, mais rejetée en arrière, dans l'axe de l'aisselle, afin de passer derrière le paquet vasculo-nerveux. On le récline en avant et on découvre le tendon du grand dorsal, puis plus en dedans celui du sous-scapulaire.

Il faut alors couper entre deux fils les vaisseaux scapulaires inférieurs et récliner le circonflexe en avant avec les vaisseaux axillaires. On peut alors séparer le sous-scapulaire du grand dorsal, et récliner son bord inférieur en haut, exposant bien la partie antéro-inférieure de la capsule.

Indications des principales voies d'abord. — De toutes ces voies d'abord, deux surtout sont d'un emploi courant : la voie antérieure d'Ollier-Farabeuf et la voie postéro-supérieure de Kocher. Cependant les indications ne sont pas les mêmes et nous allons tenter de les dégager en examinant les cas particuliers qui se présentent à l'opération : encore devra-t-on tenir compte de ses habitudes et de ses préférences personnelles.

I. **Pour traiter les arthrites suppurées.** — Deux méthodes ont été préconisées : l'ARTHROTOMIE et la RÉSECTION. Bien que datant de 1888, bien que les vaccins et les sérums donnent des espoirs sinon des guérisons, l'opinion d'Ollier reste toujours sage : « La résection de la tête humérale doit être pratiquée, d'emblée dans les arthrites suppurées qui

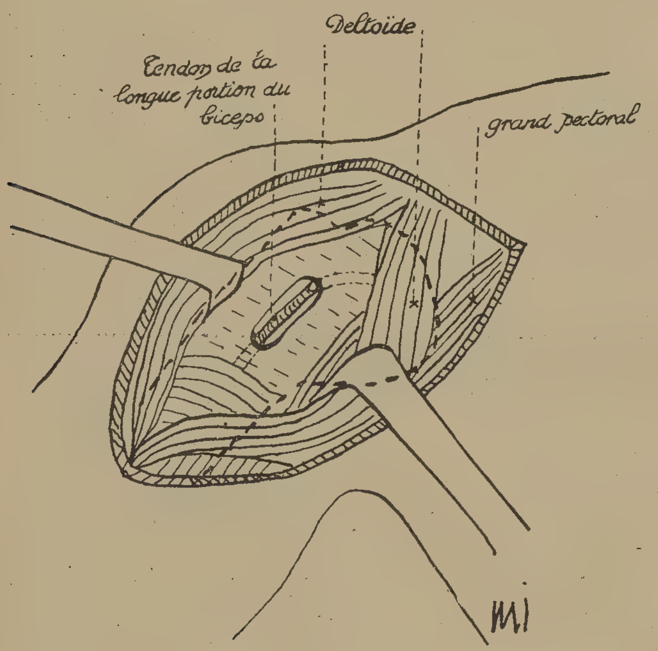


FIG. 1. — *L'accès sur l'article par la voie antérieure [Ollier-Farabeuf]* (d'après PICQUÉ).

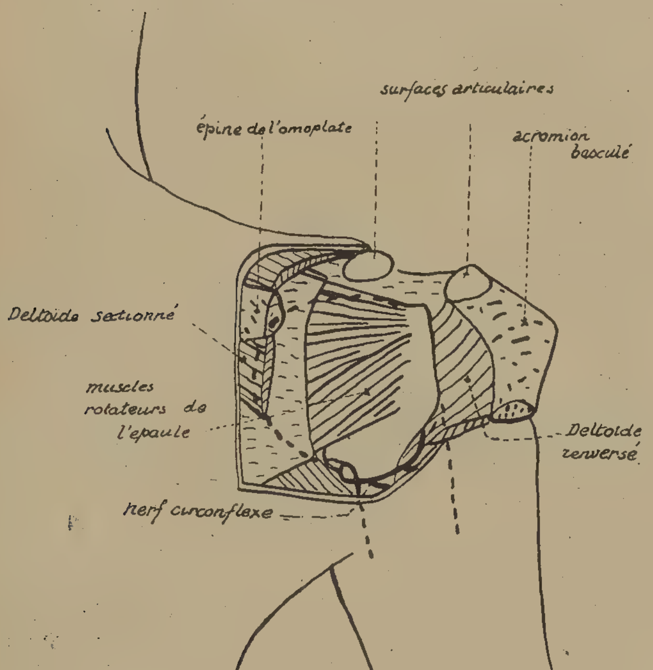


FIG. 2. — *L'accès sur l'article, par la voie de Kocher* (d'après PICQUÉ).

s'accompagnent de symptômes graves, sans tarder dans les formes moins graves, lorsque les larges incisions n'ont pas amené l'arrêt des accidents. » On pourra pratiquer ces interventions par la voie de Kocher qui ouvre l'article en arrière : le drain passe par l'extrémité postérieure de l'incision, donc au point déclive. Beaucoup préfèrent cependant la voie antérieure : la même incision traversant le bord antérieur du deltoïde permet la simple arthrotomie ou la résection.

D'autres auteurs enfin (Walther) conseillent de faire d'abord une ARTHROTOMIE POSTÉRIEURE, au point déclive et de ne passer à la résection que si elle se montre insuffisante. D'ailleurs cette arthrotomie postérieure doit être faite, comme *contre-ouverture de drainage*.

Nous allons en préciser la technique, d'après M. Marion. Le danger est là, de blesser le nerf ou même l'artère circonflexe (Gurtl). L'incision est horizontale, longue de 4 centimètres à trois travers de doigt au-dessous de l'angle de l'acromion. Le milieu de l'incision sera sur la verticale abaissée de cet angle. On sectionne la peau, le tissu cellulaire, mettant à nu, sans les entamer, les fibres du deltoïde. On dissocie alors prudemment à la sonde cannelée, et sous le muscle on trouve la capsule articulaire tendue par le pus.

A l'heure actuelle on préfère une double arthrotomie ; par l'incision antérieure on passe un clan et on incise en arrière de la façon que nous avons décrite. Il faut ouvrir la capsule au-dessous du petit rond dont le bord inférieur est croisé par les vaisseaux et nerfs circonflexes. On passe alors un drain de part en part.

II. **Pour traiter les scapulalgies.** — La résection est préférée à l'immobilisation ankylosante par nombre d'auteurs. Elle sera économique, faite « à la demande des lésions », et soigneusement sous-capsulo-périostée.

La technique d'Ollier, avec, au besoin, un débridement à la Paulet ou à la Duplay, sera surtout préférée par sa simplicité ; une petite contre-ouverture postérieure y assurera, là encore, le drainage.

En cas de lésions glénoïdiennes, ou en cas d'abcès fusant en arrière, on pourra employer la technique de Kocher.

III. **Pour traiter les luxations récidivantes,** la CAPSULORRHAPHIE est la méthode de choix parce que la plus simple. On pourra la faire par *voie axillaire* (Pauchet). « Mais on a reproché à cette incison de ne livrer qu'un espace très peu large pour explorer l'articulation et de ne donner qu'un jour insuffisant sur les parties hautes de l'article. Aussi certains chirurgiens réservent-ils cette voie aux cas où la luxation se fait en avant et en bas » (A. Derocque). Dans tous les autres cas la voie d'Ollier élargie à la Paulet (Ricard) est celle qui donne le meilleur jour. Elle permet la simple capsulorrhaphie ou certaines opérations plus récemment préconisées : la suture capsulo-glénoïdienne (Turner) ou l'allongement de la coracoïde (Oudard).

IV. **Pour traiter les luxations anciennes ou irréductibles.** — On discute entre la REPOSITION SANGLANTE, méthode de choix, à pratiquer tôt, avant que les surfaces articulaires ne soient altérées, et d'autre part la RÉSECTION DE LA TÊTE HUMÉRALE. Pour L. Bazy, la reposition rencontre des difficultés d'exécution dues à une technique insuffisamment précisée.

Nous avons vu la voie d'abord anatomique et large qu'il a décrite, et nous ne retiendrons, comme temps spécial à la reposition que la désinsertion du sous-scapulaire rétracté. Cette désinsertion permet la réduction de la tête, sa réinsertion permet le com-

blement de la néarthrose et la reconstitution de l'insertion antérieure de la capsule.

V. **Pour traiter les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.** — La voie antérieure d'Ollier ou de Paulet suffit pour les fractures sans luxation de la tête humérale (Frédet).

En cas de fracture associée à une luxation, il nous semble logique de couper la caracoïde à l'exemple de L. Bazy. On pourra alors faire l'intervention convenable : réséquer la tête humérale en cas de fracture du col anatomique, réduire la tête et visser la grosse tubérosité, ou bien réduire la tête et faire une ostéosynthèse en cas de fracture du col chirurgical.

VI. **Pour traiter les fractures de guerre.** — Les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus réclament un traitement différent selon leur gravité.

Déjà Ollier avait écrit des pages quasi prophétiques sur ce sujet ; la guerre a multiplié les cas et permis de préciser les indications (Leriche).

L'immobilisation simple et l'expectative seront réservées aux cas exceptionnels où on a affaire à un séton par balle à orifices punctiformes. Encore faudra-t-il surveiller de près l'évolution de la blessure. En général l'humérus est plus sérieusement touché. Dans certains cas, pas très nombreux, il y a fracture parcellaire, écrasement trobéculaire, avec ou sans projectile inclus ; ces blessés sont justiciables d'une opération économique : curetage et esquillectomie économique et sous-périostée. On utilisera pour cela l'orifice d'entrée qu'on élargira en une suffisante arthrotomie. Si l'épluchage est sûrement complet, on pourra tenter de suturer la capsule ; sinon laisser ouvert et tamponner. Beaucoup plus souvent les dégâts sont étendus, fracture complète avec nombreuses esquilles sinon véritable éclatement. « Il faudra délaisser le trajet, bien exciser les projectiles et aborder l'articulation par l'incision classique de la résection (Leriche).

En effet, ce sont ces cas qui sont justiciables de la résection sous-capsulo-périostée immédiate. Pratiquée selon les règles fondamentales de l'école Lyonnaise « elle est la meilleure simplification de la situation du blessé au point de vue des accidents qui le menacent, pour le présent et pour l'avenir » (Ollier).

C'est également à la résection, mais retardée et intra-fébrile qu'on recourra quand l'épluchage et l'esquillectomie se seront montrés insuffisants à prévenir l'apparition d'accidents infectieux graves.

Bien entendu, et Leriche y insiste, quelle que soit l'étendue de l'intervention, toute résection de l'épaule, toute esquillectomie intra-articulaire d'une certaine importance devra se terminer par une *contre-ouverture postérieure* de drainage, faite au lieu d'élection c'est-à-dire au-dessous du circonflexe, en utilisant, s'il y a lieu, une des plaies faites par les projectiles.

BIBLIOGRAPHIE

FARABEUF. *Médecine opératoire.*
OLLIER. *Traité des résections.*
MARION. *Technique chirurgicale.*
PICQUÉ. *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale.*
MORESTIN. *Congrès franç. de chir.*, 1911, p. 897.
L. BAZY. *Reposition sanglante des luxations de l'épaule* ; — *Journ. de chir.*, 1923, p. 145.
DUPLAY. *Congrès de Moscou*, 1897.
MONOD et VANVERTS. *Traité de technique chirurgicale.*
LERICHE. *Plaies des membres*, t. I : PLAIES ARTICULAIRES, Coll. bleu Horizon, Masson 1917.
KOCHER. *Operations lehre*, 1911.
DEROCQUE. Luxations récidivantes de l'épaule, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 27 déc. 1924.
PAUCHET. *La Pratique chirurgicale illustrée*, 1923, f. 4.

CULTURE RESPIRATOIRE ET CHANT

Par le docteur H. MARÉCHAL.

Dans la majorité des cas, les méthodes de chant sont basées principalement sur des exercices laryngés où les cordes vocales progressivement entraînées sont susceptibles d'arriver à un plus ou moins haut degré de perfection suivant le tempérament artistique de l'individu et la conformation du larynx, du cavum et de l'isthme du gosier.

Un professeur de chant de Genève, Mlle Jantet vient de mettre en relief ce point particulier que le chant devrait être basé non plus sur des exercices du larynx mais bien sur une technique respiratoire rationnelle. Le chant est un acte de physiologie normale et le moyen réel d'expression vocale de l'homme tandis que la parole n'est qu'un substitut de commodité sociale, une sorte de voix artificielle et civilisée.

Mlle Jantet fait remarquer que le nouveau-né ne parle pas, mais chante, et qu'on trouve une majorité de belles voix dans les agglomérations paysannes à peu près incultes, surtout chez les paysans russes, alors que dans les grandes villes elles deviennent de plus en plus rares. D'une manière générale donc, on pourrait affirmer que plus l'homme parle et moins il chante et moins il sait naturellement chanter. Mlle Jantet prétend lui réapprendre facilement son chant naturel, ce moyen normal d'expression, par une série d'exercices qui, tous, ont pour objet de lui rendre sa spontanéité de chanteur-né. Pour cela il suffit, dit Mlle Jantet, de laisser sortir naturellement sa voix sans s'ingénier à se constituer un son par des moyens de contractions plus ou moins imaginaires et toujours infructueux du larynx qui est mal soumis à la volonté. Il suffit d'abord d'obtenir une bonne diction. La méthode qui consiste, à « placer sa voix » est, selon l'auteur de cette méthode, périmée puisqu'elle n'a jamais abouti qu'à rendre plus difficile l'émission d'un son qui s'extérioriserait fort bien en laissant les organes vocaux se placer comme ils l'entendent instinctivement, placés qu'ils sont entre l'oreille et la respiration.

La véritable difficulté actuelle, celle qui contribue à rendre les chanteurs de nos jours de plus en plus rares, c'est ce type de respiration étriquée que nous avons acquis pour le service constant de la parole. Réapprendre à respirer rythmiquement, complètement, c'est, selon Mlle Jantet, savoir chanter déjà, car tous, ou presque tous les êtres humains, sont capables de chanter. C'est l'équilibre harmonieux de la bonne émission et de la bonne articulation, elles-mêmes sous la dépendance d'un souffle bien réglé qui permet la réalisation de la voix en avant, réclamée à juste titre par les professeurs et le public, car c'est la seule qui soit complète, intelligente et agréable. Evidemment, Mlle Jantet, du fait de son art, ne se préoccupe que de la partie musicale de sa méthode, mais le côté physiologique, médical, devait attirer notre attention.

Nous savons combien est déplorable cette insuffisance respiratoire dont sont affligés presque tous

les hommes et les femmes de nos jours, et si cette insuffisance est déplorable à l'exercice du chant, combien l'est-elle encore plus à la santé en général, et à la santé respiratoire en particulier? Qui de nous, à la suite de cliniciens nombreux, n'a observé pour ainsi dire chaque jour dans sa pratique, soit à l'hôpital, soit en clientèle, ces types de respirations diminuées « enfermées », et vraisemblablement étiologiques dans de nombreuses affections torpides qui passent sous des rubriques faciles d'anémie, de rachitisme, de bronchites récidivantes, interminables, et qui masquent le plus souvent une tuberculose plus ou moins discrète. Ces demi-asphyxiés chroniques, volontaires ou semi-volontaires, sont en majorité dans les villes, et cette infirmité si grave et si répandue a, depuis longtemps déjà, donné l'alarme à tous ceux qui s'occupent d'hygiène sociale. D'excellents moyens palliatifs et curatifs ont été préconisés, depuis l'appareil Pescher jusqu'aux différentes méthodes de culture physique. Sur l'importance capitale d'un remède à cette véritable affection chronique, tous les médecins sont d'accord. L'insuffisance respiratoire est devenue un mal social comme la tuberculose, avec laquelle elle est en étroite liaison; cependant, il faut l'avouer, la plupart des exercices physiques préconisés, et surtout ceux qui ont pour but particulier d'augmenter et de régler la respiration sont demeurés impopulaires. Selon nous, ils sont demeurés impopulaires parce qu'ils sont fastidieux. A notre époque, aucune méthode, et surtout dans nos races latines, ne peut avoir de succès durable si elle est ennuyeuse. Qu'on se souvienne de ce qu'il arriva à l'excellente méthode suédoise.

Mlle Jantet nous apporte sa propre méthode qui, loin d'être ennuyeuse est au contraire artistique. Associer la culture respiratoire au chant c'est faire ce que d'autres précurseurs aujourd'hui célèbres ont fait en associant la culture physique au rythme musical ou plus simplement encore à la danse.

Il y a dans cette nouvelle technique du chant un intérêt indiscutable, puisque en lui conservant son caractère artistique l'auteur cherche à développer le rythme respiratoire et à lutter contre l'insuffisance respiratoire si fréquente à notre époque. Il nous a donc semblé que cette méthode était particulièrement digne d'intérêt et qu'elle devait être signalée au corps médical.

SOCIETES SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1926)

Toxicité du sérum mis en contact avec l'amidon. — MM. Auguste LUMIÈRE et Henri COUTURIER.

Reproduction, croissance et équilibre alimentaire. — MM. L. RAUDOIN, J. ALQUIER, Mlles ASSELIN et CHARLES.

Sur la fonction cholestérogénique de la rate; influence de la sécrétion interne splénique sur la cholestérogénèse dans les muscles. — MM. J.-B. ABELOUS et L.-C. SOULA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1926)

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de Gabriel Maunoury. Une notice biographique sur ce regretté confrère sera lue dans une prochaine séance par M. Pierre Duval.

Déclaration de vacance. — Par suite de la mort de M. Desnos une place est déclarée vacante dans la section des membres libres.

L'avenir des opérés pour cancer gastrique. — M. HARTMANN, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Hayem (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 3, p. 43), a relevé un grand nombre d'observations d'exérèse de cancers gastriques dont il a pu faire connaître les résultats éloignés. Il résulte de cette statistique que les survies de vingt ans et plus, comme dans le cas de M. Hayem et dans un cas analogue de M. Hartmann, sont exceptionnelles. Si nous avons bien entendu, ce qui n'est pas facile à l'Académie, parmi les cas cités par M. Hartmann il y en aurait 87 p. 100 dans lesquels la récidive se serait produite deux ou quatre ans après l'exérèse. On relève un certain nombre de survies de dix, douze et quinze ans. Le cas de MM. Hayem et Tuffier, vingt-sept ans sans récidive, est le plus favorable. Puis vient un cas de M. Hartmann de vingt et un ans

Le syndrome mécanique de l'hypotension portale. — En regard du syndrome mécanique de l'hypotension portale si bien étudié par M. Gilbert, M. H. SURMONT (de Lille) signale l'importance dans diverses affections aiguës ou chroniques de l'appareil digestif, particulièrement dans les sténoses haut situés, d'un syndrome mécanique portal qui se trouve à la base des syndromes d'inanition et de déshydratation si marqués dans ses affections.

Après une étude complète de ces symptômes, M. Surmont conclut ainsi :

Importante souvent au point de vue diagnostique, la connaissance de l'hypotension portale l'est davantage encore au point de vue thérapeutique, non seulement pour le médecin, mais encore pour l'accoucheur (vomissements incoercibles de la grossesse) et pour le chirurgien (traitement anté et post-opératoire des sujets atteints de sténose des parties hautes du tube digestif).

Viande congelée et frigorifiques argentins. — M. LAURE donne des détails les plus intéressants sur les grands frigorifiques argentins. Il indique l'action du froid pour la destruction des larves et des germes, puis il décrit les différentes opérations de la préparation des animaux.

Le travail à la chaîne, tel qu'il fonctionne dans les grandes usines d'automobiles est appliqué à la préparation de la viande.

L'animal placé sur un chariot avance lentement et passe successivement entre les mains des différentes équipes d'ouvriers qui le dépècent. Il arrive enfin devant la Commission vétérinaire qui l'examine au point de vue sanitaire. La viande est seulement alors introduite dans la chambre froide.

Il résulte de cet exposé que peu de viandes donnent au public autant de garanties de qualité et de sécurité que les viandes frigorifiées.

L'examen médical des employés de chemin de fer affectés à des emplois intéressant la sécurité publique. — M. GUILLAIN donne lecture du rapport qu'il a rédigé au nom d'une Commission nommée par l'Académie pour étudier cette question. Les conclusions de ce rapport sont exprimées dans les vœux suivants soumis à la discussion et au vote de l'Académie.

« 1° L'admission des agents des Compagnies de chemins de fer affectés à des emplois intéressant la sécurité publique sera faite après un examen médical qui doit être uniforme pour tous les réseaux. Ces examens médicaux seront pratiqués par des médecins spécialistes dans des centres médicaux organisés dans ce but à Paris et dans les grandes villes des réseaux, centres devant être pourvus de tout le matériel technique et scientifique nécessaire.

2° Pour l'admission dans les services de sécurité des chemins de fer l'acuité visuelle doit être au moins égale à 9/10 d'un côté et à 8/10 de l'autre sans correction par les verres, au total 17/10 pour la vision binoculaire. Les défauts de réfraction ne doivent pas dépasser 1,50 dioptries pour l'hypermotropie apparente, une dioptrie pour la myopie, 0,75 dioptrie pour l'astigmatisme, compatibles, sans correction, avec une acuité visuelle égale à l'unité. Il devra y avoir intégrité complète des champs visuels, de la vision binoculaire et du sens

chromatique, contrôlés par plusieurs séries d'épreuves. L'examen objectif permettra d'affirmer l'absence de lésions des milieux et des membranes, ainsi que le bon fonctionnement des pupilles et de la musculature extrinsèque.

Pour le maintien des agents dans les services de sécurité l'acuité visuelle ne devra jamais être inférieure à 7/10 d'un côté et à 5/10 de l'autre, pour le total 12/10 pour les deux yeux, les autres fonctions examinées plus haut étant normales et à condition que cet abaissement de la vue ne provienne pas d'une maladie occulaire ou générale en évolution.

Lorsque cette diminution de l'acuité visuelle sera constatée à l'occasion de l'examen périodique l'agent devra être soumis à des visites de contrôle plus fréquemment répétées.

3° Un examen médical périodique sera pratiqué tous les cinq ans jusqu'à l'âge de cinquante ans et tous les trois ans après cinquante ans.

4° Des examens périodiques de la fonction visuelle doivent être faits tous les deux ans par des médecins spécialistes ophtalmologistes. Des examens ophtalmologiques complémentaires, pratiqués à l'occasion des maladies générales ou locales ayant éloigné l'agent de son service pendant une longue durée, permettront de s'assurer, en ce qui concerne la vision, qu'il est capable de reprendre les mêmes fonctions qu'il assurait antérieurement.

5° Tout agent reconnu atteint d'une affection cardiaque susceptible de provoquer des défaillances soudaines ou reconnu atteint d'une grande hypertension artérielle doit être déclaré inapte aux services de sécurité.

6° Les Compagnies doivent s'assurer, dans leurs centres médicaux d'examens de Paris et des grandes villes de leurs réseaux, la collaboration de médecins spécialistes en neuro-psychiâtrie. Dans ces centres une consultation neuro-psychiâtrique serait organisée à intervalles rapprochés pour que les agents malades ou suspects de troubles nerveux puissent être examinés très peu de temps après avoir été signalés. Les agents suspects de troubles nerveux seront envoyés à cette consultation neuro-psychiâtrique : 1° par les médecins pratiquant les examens d'admission ou les examens périodiques ; 2° par les spécialistes ophtalmologistes, qui, examinant les agents tous les deux ans, feront souvent le premier diagnostic d'une affection du névraxe ; 3° par les chefs de service ayant constaté quelques singularités dans les propos ou le comportement de leurs agents.

7° Il paraît désirable que tout agent ayant présenté des signes d'excès alcooliques habituels soit immédiatement radié des services de sécurité, toute considération extra-médicale ne devant pas être prise en considération pour justifier une indulgence dont les conséquences peuvent être graves pour le sécurité ».

Rapport de la Commission des sérums. — M. Carnot, rapporteur de cette Commission, rappelle que, d'après la loi de 1895, il appartient à l'Académie d'apprécier la valeur des nouveaux sérums et de juger si on doit leur accorder l'autorisation de leur vente. M. Carnot propose que l'Académie émette le vœu suivant :

L'Académie n'ayant aucun laboratoire ni aucune organisation qui lui permette de se livrer aux expériences nécessaires pour appliquer la loi de 1895, il importe que cette loi soit revisée.

— Ce vœu mis aux voix est adopté.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1925)

La fièvre ondulante en France. Distribution géographique. Epidémiologique. Prophylaxie. — MM. Lisbonne, Aublani, Lafenetre. A la suite d'une longue enquête, les auteurs fixent tout d'abord la distribution géographique de la fièvre ondulante en France ; 14 départements et la Corse sont contaminés de façon constante depuis 1920 ; ils appartiennent aux régions du Languedoc et de la Provence. Cinq laboratoires depuis 1920 ont donné la preuve de l'authenticité de plus de 1.180 cas de fièvre ondulante dans le Midi.

L'espèce ovine (mouton, brebis) dans la région méditerranéenne joue un rôle au moins aussi important sinon plus, que l'espèce caprine dans l'étiologie de la mélitococcie. Par contre, il semble n'exister en France aucun rapport entre les avortements épizootiques des bovidés et la fièvre ondulante alors qu'il y a une concordance étroite entre l'avortement des brebis et des chèvres et la maladie de l'homme.

En ce qui concerne la contagion il apparaît que la contagion directe joue un rôle au moins aussi important que la contagion indirecte : c'est par l'urine des animaux malades que se fait la dissémination du germe qui, à la faveur d'érosions de la peau ou par ingestion peut s'introduire dans l'organisme humain.

La maladie présente une recrudescence évidente.

Les auteurs signalent enfin les mesures prophylactiques qui découlent des notions précédentes et les difficultés de cette prophylaxie.

La recherche de la mucine céphalo-rachidienne : son intérêt pour le diagnostic des états neuro-syphilitiques. — M. J. Jaulmes.

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1925)

L'extension au zénith (technique de E. Etienne). — M. E. Etienne. L'auteur qui a utilisé l'extension au zénith comme temps préparatoire à la réduction de luxations congénitales de la hanche irréductibles par les manœuvres extemporanées, a modifié ainsi la technique, afin d'éviter les accidents, signalés (escarres, compression).

Il associe la traction sur la cuisse par la cravate de Hennequin, à la traction sur la jambe par un étrier de toile.

Le membre inférieur soigneusement désinfecté et recouvert d'un pansement alcoolisé et protégé par un enveloppement ouaté très épais contre les troubles de compression.

La cuisse est dans la verticale ; la jambe oblique est en légère flexion sur la cuisse.

Au cadre suspenseur sont fixées : 1° une poulie, dans l'axe de la cuisse ; 2° une poulie double dans l'axe de la jambe.

Le lien tracteur (cordelette) de la cuisse se réfléchit deux fois sur la poulie fémorale et sur une des poulies jambières ou une des gorges de la poulie jambière ; le lien tracteur de la jambe se réfléchit une fois.

Les deux liens tracteurs solidarisés, après réflexion, supportent le poids nécessaire à l'extension.

L'appareil a été très bien supporté et n'a provoqué aucun trouble.

Traitement par l'opothérapie des douleurs survenues dans les hanches congénitalement luxées irréductibles. — M. E. Etienne. L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles le traitement par l'opothérapie a amené la disparition de phénomènes douloureux survenus dans des luxations congénitales de la hanche non réduites et irréductibles.

Peut-on mettre en évidence la présence de polypeptides dans le sang. — MM. Cristol et Puech. Les auteurs rapportent le résultat de leurs recherches : de tous les acides employés pour désalbuminer le sérum et les liquides organiques, seul l'acide trichloracétique laisse passer dans le filtrat tous les polypeptides (polypeptides proprement dits, albumose et peptones). Chez les sujets normaux dans le filtrat à 20 p. 100 les réactions des polypeptides sont toujours négatives. A 8 et à 40 p. 100 elles peuvent être positives, ce qui tient dans ce dernier cas à une hydrolyse partielle des albumines ; celle-ci plus marquée dans certains cas pathologiques dépend de leur labilité.

L'acide phosphotungstique précipite par contre tous les polypeptides. Si l'on fait la différence entre le chiffre de l'azote total obtenu dans le filtrat trichloracétique à 20 p. 100 et le filtrat phosphotungstique à 2/3 N on obtient un chiffre d'azote dû aux polypeptides qu'on peut appeler « indice de polypeptidémie ». Chez le sujet normal il est de 0,003 à 0,015.

Contribution à l'étude du syndrome infundibulaire (présentation de radiographie du IIIe ventricule après lipiodol ascendant). — M. Marchand.

CHRONIQUE

A PROPOS DU DERNIER LIVRE PUBLIÉ PAR LE PROFESSEUR HUTINEL (1).

Tu poursuis en chantant, dans la glaise et l'argile.....
H. DE RÉGNIER. *Les Médailles d'Argile.*

Il en est pour qui la retraite sonne l'heure du repos scientifique : ils restent à l'honneur ; ils ne veulent plus être à la peine. Le professeur Hutinel n'est pas de ceux-ci ! Il ne songe qu'au travail. Il est tout ardeur. Pareil au graveur des *Médailles votives*, il poursuit allègrement sa tâche. Hier, il faisait paraître un beau livre sur les *dystrophies des adolescents* (2). Aujourd'hui, c'est du *terrain hérédo-syphilitique* qu'il entend nous parler, en clinicien de race, et, aussi, en théoricien pour qui la pathologie générale ne garde pas de secrets.

***

L'ouvrage se compose de trois parties.

Dans la *première*, est étudié le *stade septicémique* de l'hérédo-syphilis. On sait qu'avant de se localiser à certains tissus, le tréponème réalise, chez le fœtus, une véritable infection sanguine, à *lésions* multiples, intéressant la plupart des viscères : foie, le premier sur le trajet de la veine ombilicale, qui lui apporte elle-même le sang du placenta, pancréas, parotide, rein, poumons, testicules et ovaires; glandes endocrines (Hutinel, Barthélemy); tissu osseux. Quant à ses *symptômes*, ils correspondent à ce que l'on a coutume d'appeler la *syphilis héréditaire précoce* : éruptions cutanéo-muqueuses du début, adénopathies, hyperspléno-hépatie, manifestations digestives, dont les vomissements habituels, malformations cardiaques, sarcocèle, hydrocèle, réactions méningées ou cérébrales, altérations osseuses, avec, au premier rang, la *pseudo-paralysie* de Parrot.

Ces lésions initiales, comment vont-elles évoluer ? La plupart *tendent vers la sclérose.* Cette évolution domine l'histoire de la maladie et imprime à toutes les affections développées sur le terrain hérédo-syphilitique leur caractère le plus saillant. Irrégulièrement répartie, plus souvent partielle que totale, n'épargnant pas (Letulle) le tissu élastique, cette sclérose se retrouve à des degrés variables, dans tous les organes, dans tous les tissus. D'autres fois, elle semble guérir, mais s'agit-il d'une guérison? « Il est certain que dans la plupart des cas l'infection persiste à l'état latent, et il est prudent de s'en méfier, surtout si l'on a négligé d'instituer de bonne heure un traitement actif. » Il peut arriver encore que l'hérédo-syphilis reste latente, se caractérisant seulement par des altérations discrètes, et dont la véritable nature n'apparaît pas d'emblée. Survienne alors une infection accidentelle, ou une cause de suractivité physiologique telle que l'adolescence, le médecin assiste au développement de manifestations suspectes, hors de proportion avec la cause qui les a produites, et qui ne guérissent que du jour où l'on a eu l'idée de s'adresser au traitement spécifique. D'autres fois, l'infection se prolonge : elle est sujette à des poussées inattendues et à des réveils subits (Hutinel et Nadal) ; en est-il un plus bel exemple que les réactions méningées qui éclatent à la faveur d'infections accidentelles chez des idiots hérédo-syphilitiques (Hutinel, R. Voisin et Paisseau) ? N'oublions pas non plus que les associations morbides sont fréquentes : le scrofulate de vérole n'est-il pas la preuve qu'elles jouent un rôle important? Notez, enfin, la sensibilisation des organes au tréponème, les rendant plus fragiles, plus accessibles à l'action d'autres influences morbides, et vous aurez une idée du terrain hérédo-syphilitique.

La *deuxième* partie du livre est consacrée à la description du *second stade de la syphilis héréditaire* et de ses *localisations tardives*, quel qu'en soit le mécanisme : continuation d'une lésion produite à la période septicémique, recrudescence, réveil, transformation lente d'une manifestation banale en manifestation spécifique, grâce au terrain sur lequel elle a poussé. Toutes ces lésions tardives ont des caractères communs : plus limitées que leurs aînées, elles sont plus profondes, plus destructives. Leurs aspects cliniques sont multiples. Elles ressortissent toutes, cependant, à l'un des trois groupes suivants : malformations et aplasies; dysplasies; lésions d'ordre infectieux et dystrophies. L'auteur les étudie appareil par appareil. En ce qui a trait à l'*appareil circulatoire*, les plus intéressantes sont les affections congénitales du cœur, certains rétrécissements mitraux, certaines péricardites à tendance symphysaire, l'athérome et l'artério-sclérose infantile, la maladie de Raynaud, les dilatations veineuses des nourrissons, la plupart des anémies pseudo-leucémiques, nombre d'états hémorragipares, diverses adénopathies, les unes petites, les autres volumineuses, aphlegmasiques, d'autres encore généralisées (Weill et Bernheim). Passant aux *os* et aux *articulations*, il envisage d'abord la question si passionnante des rapports qui unissent rachitisme et syphilis, puis les manifestations ostéo-articulaires de la seconde et de la troisième enfance, avec leur cortège d'hyperostoses et d'arthropathies. Au chapitre *système nerveux*, il insiste sur les méningites initiales (Ravaut), si légères, si discrètes, et dont dérivent pourtant la plupart des lésions méningo-encéphalitiques ultérieurement observées. Que de « réactions méningées » d'apparence banale chez des hérédo-syphilitiques, et graves en raison du terrain sur lequel elles germent! Combien d'encéphalopathies infantiles : hémiplégies et diplégies infantiles, convulsions, épilepsie, en rapport avec une syphilis héréditaire ! N'a-t-on pas même observé, chez l'enfant, un certain nombre de cas de tabes et de paralysies générales authentiques? Non moins passionnantes, les *affections de l'appareil respiratoire* : dilatation des bronches, si souvent en rapport avec l'hérédo-syphilis, comme l'ont montré les travaux de l'auteur, comme ceux de son fils, Jean Hutinel; médiastinite, dont nous savons, grâce aux recherches du professeur Hutinel et de ses élèves, qu'elle est presque toujours en rapport, quand elle occupe l'étage inférieur du médiastin, avec une association tuberculo-syphilitique. N'est-il pas vraisemblable aussi, qu'un certain nombre de sclérose pulmonaire de l'adulte reconnaissent pour cause une hérédo-syphilis ignorée, et, par suite, non traitée? Mêmes réflexions pour les lésions de l'*appareil urinaire* : il est, chez les syphilitiques héréditaires, des néphrites aiguës, des néphrites subaiguës avec épisodes aigus, des néphrites chroniques interstitielles, des aplasies rénales, des cas de polyurie, ceux-ci sans doute en rapport avec une lésion du tuber. L'*appareil digestif* est, lui-même, souvent atteint, ainsi qu'en témoignent les malformations dentaires, certaines sténoses du pylore, certains faits de vomissements habituels des nourrissons (Marfan). Comment, enfin, passer sous silence les manifestations *cutanéo-muqueuses* : syphilides, onyxis, érythème tertiaire, et ces dermatoses dystrophiques : vitiligo, pelade, sclérodermie, ichtyose, qui, si fréquemment, semblent relever de l'infection spécifique?

Troisième partie : *les conséquences indirectes de l'hérédo-syphilis.* Les unes sont des *dystrophies* qu'il s'agit de séparer des monstruosités et des malformations : elles peuvent être totales ou partielles; elles sont héréditaires. Les plus importantes sont peut-être les dystrophies glandulaires souvent héréditaires : thyroïdienne, myxœdème surtout; hypophysaire, acromégalie, gigantisme, nanisme et infantilisme, syndrome adiposo-génital; épiphysaire : macrogénitosomie; ou plutôt multiglandulaires, les unes d'origine génitale et endocrinienne, chlorose, infantilisme, nanisme, obésité, maigreur, les autres propres à l'adolescence et caractérisées, comme l'a tant de fois montré l'auteur, par un ensemble complexe : albuminurie orthostatique, scoliose, troubles circulatoires, digestifs et menstruels ; les autres osseuses, cutanées ou encéphaliques, d'autres encore imputables à des lésions viscérales : athrepsie et hypotrophie, infantilisme type Lorain, diabète infantile, etc.

Des dystrophies, nous voilà conduits à l'étude des *diathèses* dans leurs rapports avec la syphilis : celle-ci n'est-elle pas « l'une des causes capables de faire naître dans l'organisme « des parents des tares diathésiques qui se retrouvent chez

(1) V. HUTINEL. Le *terrain hérédo-syphilitique. Aperçu de pathologie générale et de clinique infantile.* Un volume in-8 de 455 pages. Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) A propos du livre récent de M. le professeur HUTINEL. Les dystrophies de l'adolescence, *Gaz. des hôp.*, n° 101, 16 et 18 décembre 1924.

« les enfants et souvent les suivent au cours de leur existence. Sans doute, il ne faut pas lui faire en clinique une « place trop large, mais il ne faut pas non plus la méconnaître. N'est-ce pas sur elle que le médecin a le plus « d'action quand il sait la démasquer à temps? »

Pour ne pas la méconnaître, quoi de plus utile que d'en avoir présents à l'esprit les *stigmates*, d'en avoir étudié les signes de certitude et de probabilité : ceux-là étant, selon les périodes de la vie, le pemphigus, la grosse rate, les syphilides cutanéo-muqueuses, les pseudo-paralysies, la tuméfaction des testicules, les gommes de l'ombilic; le crâne natiforme, l'anémie pseudo-leucémique; les malformations dentaires, les déformations nasales, la kératite interstitielle, le syndrome labyrinthique, le tabes, la paralysie générale, les exostoses.

Nous voilà armés, désormais, pour *traiter l'hérédo-syphilis*. Mercure, arsenic, bismuth, iodure sont les agents traditionnels de la médication. Encore faut-il connaître non seulement leur posologie, mais encore leurs indications et contre-indications respectives, selon les âges et selon les formes. Encore faut-il ne pas oublier que le traitement doit varier suivant les appareils, selon que l'on a à combattre une dystrophie ou un état diathésique, ou à agir sur une hérédo-syphilis latente. C'est pourquoi le professeur Hutinel a-t-il donné tous ses soins à ce chapitre, de manière à le rendre pratique et à permettre au médecin de savoir, dans un cas donné, comment orienter sa thérapeutique, combien de temps il faut la poursuivre, et par quels agents d'ordre hygiénique ou reconstituant il doit la renforcer.

* * *

Telle est, en quelques mots, l'ordonnance de ce beau livre dont l'analyse est bien incapable de donner la substance. Au lecteur de dénombrer tous les trésors qu'y a accumulés l'auteur ! Ces trésors, nous les devons à sa vaste expérience, à son infaillible mémoire, — plus jeune que jamais, — à sa connaissance approfondie des lois qui régissent la pathologie générale, à son immense érudition. Comment, en contemplant ce vieux Maître dont l'activité scientifique, depuis sa retraite, n'a fait que changer de forme, ne pas évoquer la phrase qu'Heberden a mise en tête de ses *Commentaires* : Γέρων, καὶ κάμνειν οὐκέτι δυνάμενος, τοῦτο τὸ βιβλίον ἔγραψα, συντάξας τὰς μετὰ πολλῆς τριβῆς ἐν ταῖς τῶν ἀνθρώπων νόσοις καταληφθείσας μοὶ πείρας?

L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI NOUVELLE SUR LA PROROGATION DES BAUX DU 30 DÉCEMBRE 1925.

Les lois concernant les baux à loyer ne se comptent plus; elles sont innombrables, mais il faut reconnaître qu'elles n'ont donné jusqu'ici aucune solution qui satisfasse tout le monde. Elles sont dues en grande partie à la situation économique qui est assurément angoissante; mais à qui incombe la responsabilité de la prolongation de cet état morbide? On ne trouble pas en vain un pays comme on le fait depuis près de deux ans : traquer le capital, se servir de l'impôt sur le revenu comme d'une arme de guerre, surcharger le contribuable d'impôts excessifs, décréter l'inégalité dans l'imposition et ne demander qu'à une minorité, toujours la même, de subvenir aux besoins et aux exigences toujours croissantes du fisc ne sont pas des moyens de nature à rétablir la tranquillité dans le pays; on s'en est aperçu! Alors qu'après la guerre, surtout après la victoire, on aurait pu penser que le travail régulier et acharné d'une part et les réparations fournies par le vaincu d'hier d'autre part allaient permettre de réparer les ruines, c'est le contraire qui s'est produit; et l'Etat, loin de se montrer parcimonieux de l'argent que lui apporte abondamnent le contribuable, le dissipe sans profit. Comment dans ces conditions la tranquillité morale du pays pourrait-elle revivre ? L'Etat qui a voulu et veut être commerçant et industriel, devrait agir comme un commerçant et un industriel vigilant, proportionner ses dépenses à ses ressources et donner l'exemple d'une économie rigide et sévère; c'est parce qu'il ne le fait pas qu'on est arrivé à cette situation de fait qui ne permet plus de vivre normalement.

Et la vie anormale se manifeste d'une manière particulièrement aiguë en matière de loyers : le propriétaire, d'un côté, qui ne cherche qu'à augmenter le revenu de son immeuble dans des proportions souvent excessives, le locataire, d'un autre côté, qui cherche à réduire ses dépenses, en raison du coût toujours plus cher de la vie quotidienne et des charges toujours plus élevées qu'il subit, sont en conflit perpétuel. L'augmentation continuelle des impôts ne va pas précisément mettre fin à ce conflit.

Le législateur considère qu'il est maître de fixer un prix limite aux loyers, parce que sans doute une liberté complète en cette matière amènerait une perturbation dont les effets pourraient être trop graves.

Un grand nombre de prorogations, en raison des lois antérieures, devait prendre fin le 1er janvier 1926. Un grand nombre de locataires pouvaient se voir obligés de quitter leur habitation ou de subir les exigences du propriétaires ; recommencer à voter tous les trois mois ou tous les six mois une loi prorogeant les baux ou locations verbales pour une courte durée parut au législateur une mauvaise méthode, et il envisagea d'accorder au locataire une prorogation jusqu'en 1931, avec élévation du taux du loyer. Un projet fut déposé à la Chambre des Députés en ce sens. Mais lutter contre une habitude, même mauvaise, est chose difficile. Le projet ne fut pas même discuté. Le Parlement vota une loi prorogeant jusqu'au 1er avril 1926 les effets de la législation sur les loyers.

C'est la loi du 30 décembre 1925.

Cent fois sur le métier remettez votre ouvrage...

Aux termes de cette loi, les dispositions des lois sur les baux à loyer des 31 mars 1922, 29 décembre 1923, 2 août 1924 et 24 avril 1925 ont effet jusqu'au 1er avril 1926; ce qui semble permettre de penser que la loi sur la prorogation plus étendue sera votée avant cette date. Mais...

Les locataires ou occupants de bonne foi de locaux d'habitation ou de locaux à usage professionnel, industriel ou commercial, *par conséquent de tous locaux*, qui sont en possession des lieux loués au 1er janvier 1926, en vertu soit d'un contrat de location, soit d'une prorogation, même expirés sont maintenus en possession jusqu'au 1er avril 1926 (art. 2).

La caractéristique de la nouvelle loi est que, pour être maintenu dans les lieux, le locataire ou l'occupant n'a besoin de remplir aucune formalité. La simple occupation est suffisante, pourvu qu'il soit de bonne foi. Il est maintenu « nonobstant tous congés du propriétaire, tous accords et toute décision judiciaires ayant pour seul objet de fixer au 1er janvier 1926 ou à une date antérieure la fin de la prorogation ou de l'occupation, congés, accords et décisions judiciaires dont les effets sont reportés de plein droit au 1er avril 1926. »

Cependant la loi fait une exception ; elle décide qu'il ne sera pas sursis aux expulsions ordonnées par application des articles 9 et 13 de la loi du 31 mars 1922 complétée par les dispositions de la loi du 2 août 1924, sous réserve de la faculté pour le juge d'accorder un délai de grâce. On sait que l'article 9 indique certaines catégories de personnes qui n'ont pas droit à la prorogation : étrangers qui n'ont pas combattu ni servi dans les diverses formations des armées françaises alliées ou associées, locataires, sous-locataires et cessionnaires de locaux de plaisance ou ayant plusieurs habitations, et les occupants de locaux d'habitation pour lesquels le logement constitue un des accessoires du contrat de louage de service. L'article 13 concerne l'inopposabilité du droit à la prorogation au propriétaire qui justifie d'un motif légitime pour occuper par lui-même ou faire occuper par ses ascendants ou descendants ou par ceux de son conjoint, à titre d'habitation, un local d'habitation, sauf certaines exceptions limitativement déterminées.

Telle est la nouvelle loi qui est applicable aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, dans les conditions du décret du 2 septembre 1922, ainsi qu'à l'Algérie.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
Produits: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges. PARIS
CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0 gr 50 DE THIOCOL "ROCHE"
Sirop Roche
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
ΕΣΤ
...

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **9 fr. 50.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . **35** *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE*. . . . **45** *fr.*

Tarif extérieur n° 1, **55** *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.

Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.

Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Le concours pour deux places d'agrégé des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section d'ophtalmologie) aura lieu à Paris le 22 mars 1926.

Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation de médecine (session des 3 et 4 décembre 1925) :

Première division : Morphologie. Section B : histologie.

Académie de Paris : M. Giroud, 15 + 15 = 30.

Académie de Strasbourg : M. Benoît, 19 + 19 = 38; M. Courrier, 19 + 19 = 38; M. Oberling, 17 + 17 = 34.

Cinquième division : Pharmacie. Section B : pharmacie.

M. Hazard, 17 + 18 = 35. (*J. O.*, 16 janv. 1926.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le Conseil de la Faculté vient de renvoyer à l'examen d'une Commission spéciale la candidature de M. Branca pour le titre de professeur sans chaire.

— Dans sa dernière réunion, le Conseil de la Faculté a décidé à l'unanimité de proposer M. Tiffeneau comme professeur titulaire de la chaire de pharmacologie en remplacement de M. Richaud, décédé.

— *Clinicat.* — A la suite du concours ouvert le 25 décembre dernier, le Conseil de la Faculté a décidé de proposer à la nomination du ministre :

Clinicat médical (Saint-Antoine) : MM. Azoulay, Bernard, Braun et Jacquelin (André).

Clinicat des maladies nerveuses (Salpêtrière) : M. Périsson.

Clinicat des maladies mentales (Sainte-Anne) : M. Cénac.

Clinicat de neuro-psychiatrie infantile (hôpital de Vaugirard) : Mlle Badonnel.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — Un concours s'ouvrira le vendredi 23 juillet 1926, devant la Faculté de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de professeur suppléant de physique et chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. (*J. O.*, 16 janv. 1926.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Lignières (de Buenos-Ayres) et M. le docteur Guglielminetti (citoyen suisse).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Devenière (de Paris), Audigier (de Téhéran), Darricarrère (de Madrid), Maire (Maroc), Mlle Bass (Russe), à l'Institut Pasteur, MM. les docteurs Flasschoen (Belge), et Plotz (Américain), à l'Institut Pasteur.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — (A titre posthume. Maroc), M. Chamontin, médecin-major de 2e classe.

MÉDAILLES D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. Sallet (des troupes coloniales).

Médailles de vermeil. — MM. Muraz et Lefron (des troupes coloniales).

Médailles d'argent. — MM. Bidot et Cheneveau (des troupes coloniales).

Médailles de bronze. — MM. Trabuc, interne des hôpitaux de Marseille), les docteurs Guillemin, Vigneul, Mlles Schaeffer, étudiante en médecine à Nancy; Guérin, interne à l'hôpital Bretonneau; MM. Albeaux, étudiant en médecine; Longchampt, interne aux Enfants-Malades; Bocquentie, externe aux Enfants-Assistés; Rabefarltra, Razafinjato, Rakoto, Andrianarison, Rambelomanana, Rajaobary, Rakotoarivony (de Madagascar); Catouillard, de l'Institut Pasteur de Tunis.

Mentions honorables. — MM. Rakotondramboa et Ratambomanana (de Madagascar).

GUERRE. — M. le médecin inspecteur général Rouget, président du Comité consultatif de santé, a été maintenu dans ses fonctions pour l'année 1926.

COMMISSION SUPÉRIEURE CONSULTATIVE D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE MILITAIRES. — Ont été désignés comme membres de la Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires :

M. Nepoty, directeur de l'assistance et de l'hygiène

publiques au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, membre de droit, en remplacement de M. Hudelo.

M. le médecin inspecteur Savornin, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, membre de droit, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Toubert, appelé à d'autres fonctions.

M. le médecin inspecteur général Toubert, inspecteur des services chirurgicaux de l'armée, en remplacement de M. le médecin inspecteur général des troupes coloniales Kermorgant, du cadre de réserve, décédé.

M. le médecin inspecteur des troupes coloniales Audibert, inspecteur général du Service de santé des colonies, président du Conseil supérieur de santé des colonies, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Gouzien, des troupes coloniales, passé au cadre de réserve.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal. — M. Boutin.

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. Averous, Ramond et Degoul.

HOMMAGE AU PROFESSEUR SEBILEAU. — Les élèves et les amis du professeur Pierre Sebileau, désirant lui témoigner leur reconnaissance et leur affection, ont décidé de lui offrir une médaille à l'occasion de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

M. F. de Hérain a bien voulu se charger de l'exécution de cette médaille qui sera remise dans une réunion à laquelle seront convoqués tous les souscripteurs.

Adresser les souscriptions avant le 28 février 1926 à M. L. Arnette, éditeur, trésorier du Comité, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (VIe), soit par chèque sur Paris, mandat-poste ou versement à son compte de chèques-postaux : Paris n° 194-53.

Une souscription de 60 fr. donne droit à une médaille de bronze. Une souscription de 150 fr. donne droit à une médaille d'argent.

PROPAGANDE CONTRE NOS STATIONS THERMALES. — Une nouvelle circulaire, semblable à celles qui, depuis cinq ans, ont été périodiquement répandues dans le corps médical et dans le public, vient de faire son apparition. Nous avons signalé il y a deux ans les caractéristiques (style, typographie, mode d'envoi) qui permettaient d'affirmer que les précédentes étaient d'origine allemande. Les mêmes caractéristiques se retrouvent dans la circulaire qui est actuellement adressée aux médecins ; bien que celle-ci ne semble viser qu'une seule de nos stations, il est évident que le but poursuivi est toujours le même : jeter le discrédit sur l'ensemble de notre organisation thermale et climatique au moyen d'une propagande de diffamation systématique.

La manœuvre est trop grossière pour que le public médical s'y laisse prendre et l'anonymat derrière lequel se dissimulent les auteurs des circulaires suffit à les juger. Mais on peut trouver regrettable l'inertie administratrive qui permet à cette propagande diffamatoire de se reproduire à intervalles pour ainsi dire réguliers, sans qu'ait été jusqu'à présent tenté le moindre essai de répression pénale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Patureau-Mirand (de Paris) ; et de M. Jules Combas, interne des hôpitaux de Marseille, décédé des suites d'une maladie contractée au front.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — Cours complémentaire de bactériologie, du 25 janvier au 6 mars 1926, par M. le docteur A. Philibert, agrégé, chef des travaux, chargé du cours de bactériologie de la Faculté de médecine.

Les leçons auront lieu tous les jours, à 2 heures, au laboratoire de bactériologie. Elles seront suivies de travaux pratiques.

Cet enseignement (cours et travaux pratiques) sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

NOTES DE PRATIQUE

SURCHARGE GRAISSEUSE DU CŒUR

1° Combattre l'obésité par un régime restrictif fortement déchloruré (ne permettre que 3 à 6 gr. de sel) par jour, par exemple : à 7 heures, 60 à 100 grammes de viande froide dégraissée, 10 grammes de pain sans sel, une tasse de thé léger et chaud sans sucre ; à midi : 60 à 100 grammes de viande grillée, légumes verts cuits à l'eau à volonté, 30 gr. de pain sans sel, deux tasses de thé ; à 16 heures, une tasse de thé, sans sucre ; à 19 heures, même menu qu'à midi, en remplaçant la viande par deux œufs sans sel.

2° Favoriser la diurèse et l'élimination chlorurée en prescrivant deux cachets de 0g50 de *Théosalvose strophantique*, laquelle exerce en même temps une bienfaisante action cardiotonique.

Au bout de cinq jours, leur substituer deux cachets par jour de *Théosalvose digitalique*, puis arrêt de cinq jours, après lesquels on reprendra le même traitement, à continuer plusieurs mois.

RENSEIGNEMENTS

ASILE DE PRÉMONTRÉ. — Un poste d'interne en médecine est vacant à l'Asile départemental d'aliénés de Prémontré (Aisne) à deux heures de Paris.

Traitement de début : 200 francs par mois. Avantages en nature : logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage. Références exigées : douze inscriptions ancien régime ou seize inscriptions nouveau régime. Etre de nationalité française.

Se présenter ou adresser demande à M. le Directeur de l'établissement.

LES GRANDES STATIONS P.-L.-M. DE SPORTS D'HIVER. — Le Revard (1.500 mètres) sur Aix-les-Bains.

La grande station française de sports d'hiver à 9 heures de Paris. Rapides de jour et de nuit, toutes places de luxe.

Service de correspondance à Aix-les-Bains entre les gares P.-L.-M. et Revard.

Chemin de fer à crémaillère d'Aix au Revard (trajet 1 h.).

Pistes de luge et terrains de ski.

Grandes courses en ski à travers les champs de neige ondulés (1.450 à 1.550 mètres) parsemés de forêts qui forment le plateau du Revard.

Grande patinoire de 4.000 mètres. Curling.

Grand tremplin de saut.

Hôtels et restaurants P.-L.-M. du Revard entièrement transformés.

Tout le confort.

Nombreux concours de fêtes sportives pendant la saison.

Grande semaine de sports d'hiver — 1er au 7 février 1926 — avec courses de ski, de luge, tournoi de curling, épreuves de hockey sur glace, concours de saut au tremplin du Col des Ebats, courses de vitesse et de fond sur patinoire. Epreuves dotées de nombreux prix.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PÉDIATRIE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

I. AFFECTIONS NERVEUSES

Maladie d'Oppenheim-Werdnig-Hoffmann. (CAVENGT. *La Pediatria española*, août 1925, p. 225-244.) — Pour l'auteur, tout montre qu'il y a lieu de fondre en une seule deux affections nerveuses jusqu'ici décrites isolément : la myotonie congénitale d'Oppenheim, d'une part, l'atrophie type Werdnig-Hoffmann, de l'autre. Si, jusqu'à présent, on a séparé ces deux états morbides, c'est parce que la myotonie congénitale a été généralement étudiée peu après la naissance, c'est-à-dire au début de la maladie, alors que paralysie et atrophie étaient à peine marquées. Il convient donc, dorénavant, d'adopter pour ces cas le terme générique de maladie d'Oppenheim-Werdnig-Hoffmann. L. BABONNEIX.

Chorea insaniens. Report d'un cas avec guérison. (ORLANDO H. PETTY. *The Journ. of the Americ. med. Assoc.*, 26 sept. 1925, p. 973-974.) — Osler dit avoir observé deux cas personnels et trouvé, dans la littérature, douze autres cas de chorea insaniens ; dans tous, il existait une endocardite mitrale aiguë; dans tous, la maladie se termina par la mort.

L'auteur a vu une fillette de douze ans, dont la mère avait été atteinte de chorée à treize ans, dont une tante maternelle était morte de la même affeciton, à quatorze ans, et dont la grand'tante maternelle et un cousin du côté de la mère avaient jadis eux aussi payé leur tribut à la maladie. La petite malade était très sujette aux amygdalites. L'une d'elles, en décembre 1924, l'avait confinée au lit pendant trois jours. Au bout d'une dizaine de jours, douleurs articulaires localisées au gros orteil et au genou droits, puis développement d'une chorée si sévère qu'au bout d'un mois, la parole était devenue impossible. A son entrée à l'hôpital, en février 1925, elle était en plein délire, dans un état général des plus précaires; chez elle, les mouvements choréiques étaient violents et incessants; il existait en plus de la fièvre, de la sécheresse de la langue, et de la peau. Rien de net au cœur. Les amygdales présentaient des signes d'inflammation chronique. Il y eut longtemps de la dysphagie telle qu'on dut l'alimenter artificiellement. On dut, pour calmer sa chorée, lui donner de fortes doses de morphine. de pantopon, de bromural, de bromure. Pendant la convalescence, abcès sous-cutanés multiples. La guérison fut rapide et complète. A aucun moment, on ne nota de signe d'affection valvulaire.

Deux réflexions à propos de ce cas. L'hérédité choréique est depuis longtemps connue (Ollivier, Henry, etc.); elle a été étudiée, dans le même périodique américain, il y a deux ou trois ans par W. Saint-Laurence. Il en est de même des chorea insaniens, au sujet de laquelle existe une abondante littérature, qui commence à Marcé, auteur français. L. BABONNEIX.

Une maladie qui n'est pas morte, la « chorée rhumatismale » (L. BABONNEIX. *Journ. méd. et chir. prat.*, 10 sept. 1925.) — La conception de la nature rhumatismale de la chorée est actuellement très critiquée; pour beaucoup d'auteurs en effet, la chorée de Sydenham doit se rattacher à l'encéphalite léthargique. Une telle théorie a pour elle, des arguments cliniques anatomiques, biologiques et nosologiques, aussi l'existence de chorées post-encéphalitiques n'est pas douteuse. Mais ce n'est pas là une raison suffisante pour nier les chorées rhumatismales. Des cliniciens éminents en ont publié des observations certaines et de nombreuses statistiques s'accordent pour prouver la fréquence des relations entre chorée, rhumatisme et endocardite.

Il existe donc des chorées rhumatismales à côté des chorées encéphalitiques. On peut les distinguer par les antécédents, certains symptômes associés et les complications. Dans la chorée encéphalitique on ne retrouve jamais d'antécédents rhumatismaux. On a par contre souvent la notion d'épidémicité; aux mouvements involontaires s'associent fréquemment de l'hypersomnie diurne, des manifestations oculaires, des myoclonies; enfin il n'est pas rare de voir se constituer un syndrome parkinsonien à leur suite, tandis que les complications cardiaques ne s'observent que dans les chorées rhumatismales. C'est aussi à l'encéphalite que l'on doit rattacher les formes très graves de chorée se terminant par la mort. La chorée rhumatismale revendique les cas qui n'affectent aucune allure épidémique, débutent par des arthropathies, s'accompagnant presque toujours de déterminations cardiaques. MAURICE LÉVY.

La réaction du benjoin colloïdal chez l'enfant. (Mme P.-J. MÉNARD. *Le Nourrisson*, 1925, n° 5.) — La pratique de cette réaction, simple et rapide, présente de nombreuses indications chez l'enfant, tout particulièrement dans le premier âge, étant donnée la facilité de la ponction lombaire chez le nourrisson. Dans la syphilis congénitale, elle donne des résultats absolument comparables dans la majorité des cas à ceux de la réaction de Wassermann; souvent même elle paraît plus sensible que celle-ci et de plus elle constitue un élément de pronostic.

Lorsqu'elle est pratiquée suivant sa technique complète (technique qui comporte 16 tubes), la réaction du benjoin colloïdal fournit encore d'utiles renseignements dans nombre d'affections nerveuses non syphilitiques. C'est ainsi que dans la méningite tuberculeuse, la réaction de Guillain présente une zone de précipitation à partir des tubes VIII à IX de la technique complète, zone dite méningitique; cette précipitation est beaucoup moins nette et moins étendue dans les réactions méningées de causes diverses. Enfin la réaction est complètement négative, dans les zones syphilitique et méningitique, au cours de l'encéphalite épidémique. MAURICE LÉVY.

L'injection ventriculaire de sérum antiméningococcique chez le nourrisson. (C. DOPTER. *Paris méd.*, 7 juin 1924.) — L'opinion de Lewkowicz, d'ailleurs très vraisemblable, que la méningite cérébro-spinale est avant tout une chorio-épendymite avec infection secondaire des espaces sous-arachnoïdiens, conduit tout naturellement, surtout chez le nourrisson à fontanelle ouverte, à substituer les injections intraventriculaires aux injections intrarachidiennes, ou mieux à les associer (Lesage, Lesné). On peut même réaliser un véritable lavage spino-ventriculaire ajoutant l'avantage de son action mécanique aux précédents. AZERAD.

II. AFFECTIONS RESPIRATOIRES

L'insuffisance respiratoire chez l'enfant. (R. LEREBOULLET. *Paris méd.*, 17 janv. 1925.) — L'insuffisance respiratoire, dont le rôle sur certains troubles généraux est bien connu, peut, chez l'enfant, relever, soit d'un défaut d'éducation, soit d'une lésion des voies aériennes supérieures (surtout nasale), soit d'une affection broncho-pulmonaire à évolu-

tion prolongée (en particulier pleurésie, asthme, etc.), enfin de certaines dystrophies (dystrophie de croissance de Hutinel). Les signes en sont beaucoup moins nets chez l'adolescent que chez le tout jeune enfant, aussi faut-il recourir à des procédés d'examen précis : cytométrie et indice respiratoire, spirométrie, pneumographie, phrénoscopie. La tuberculose n'en est pas, comme on l'a cru, la conséquence fatale, mais de nombreux troubles dystrophiques, névropathiques, digestifs, circulatoires, peuvent en résulter. Aussi faut-il y remédier par un traitement énergique, étiologique si possible, symptomatique ensuite, surtout rééducation respiratoire.

E. AZERAD.

Les causes des broncho-pneumonies prolongées chez les nourrissons. Conclusions thérapeutiques. (RIBADEAU-DUMAS et LACOMME. *Semaine des hôpit. de Paris,* 13 mars 1925.) — Trois cas observés vers la même époque provoquent les remarques suivantes. Les broncho-pneumonies prolongées frappent surtout les hérédo-syphilitiques (4 cas sur 9) et les hypotrophiques ou athrepsiques sevrés prématurément. La syphilis n'agit pas par l'intermédiaire de l'hypotrophie, puisque ces nourrissons étaient d'un poids voisin de la normale. Elle aggrave considérablement le pronostic, car même dans les formes simples la mortalité est plus forte que ceux qui en sont entachés.

Des déductions thérapeutiques, d'ailleurs presque uniquement prophylactiques, découlent nécessairement de ces faits. Il faut avant tout recourir à l'allaitement maternel et éviter le sevrage prématuré, affirmations d'ailleurs banales. En outre, il faudra lutter contre la syphilis, autant que possible avant l'éclosion de ces accidents pulmonaires. Ceux-ci étant apparus on ne pourra instituer de traitement spécifique pendant la période aiguë, mais il faudra y recourir aussitôt après, l'évolution des poussées ultérieures s'en trouvant sensiblement améliorée.

E. AZERAD.

Kyste hydatique du poumon chez l'enfant. (L. MORQUIO. Conférence faite aux Enfans-Malades, juillet 1925.) — Il est très fréquent, dans certains pays de l'Amérique du Sud, Montevideo, Buenos-Aires, etc., chez des enfants qui viennent de la campagne.

On ne le voit pas avant quatre ans. C'est surtout entre dix et douze ans, après il diminue. Chez l'adulte, il est moins fréquent que chez l'enfant.

Le kyste, pour se manifester cliniquement, a besoin en général de trois ou quatre années d'évolution.

Il peut accompagner d'autres kystes dans d'autres organes : foie, cerveau, mais généralement il est indépendant. Il y a généralement un seul kyste, mais il peut y en avoir deux, trois et plus; de la même époque ou d'époques différentes.

Il se manifeste par un ensemble de symptômes physiques et fonctionnels qui forment des modalités cliniques diverses qui peuvent se grouper de la manière suivante :

1. *Forme occulte ou latente.* — Aucun antécédent de maladie. Rien à l'examen physique. C'est une surprise de radiologie. Ce kyste peut être en évolution, ou peu actif ou mort.

2. *Forme avec des signes physiques, ou peu ou pas de signes fonctionnels.*

3. *Formes avec des signes physiques et des signes fonctionnels.* — Les signes fonctionnels attirent l'attention.

C'est la forme plus fréquente.

4. *Formes compliquées.* — Congestions pulmonaires, broncho-pneumonies répétées, pleurésies, etc.

5. *Kyste hydatique ouvert.* — Ces manifestations sont différentes suivant que le kyste est petit ou grand; suivant que l'ouverture est récente, de quelques jours ou de quelques mois; suivant qu'il y a suppuration ou non, etc.

DIAGNOSTIC. — Nous arrivons, dit l'auteur, à diagnostiquer la plupart des cas par les divers moyens et par l'expérience que nous avons aujourd'hui; nous avons assisté 130 cas.

On tient surtout en compte la vie à la campagne. Quelquefois c'est un séjour plus ou moins long, passé trois ou quatre ou cinq années auparavant.

L'hémoptysie. — C'est la manifestation plus importante qui révèle l'existence du kyste. Cette hémoptysie est variable; quelques crachats sanguinolents ou grande hémoptysie pure; il y a tous les degrés. L'hémoptysie peut être unique ou répétée. Les phénomènes peuvent avoir deux ou trois années de durée.

L'hémoptysie peut quelquefois précéder la rupture du kyste; mais non toujours, ni même souvent.

Les signes physiques. — La déformation thoracique se présente quelquefois.

L'auscultation donne très peu de renseignements.

La percussion peut être importante quand le kyste est superficiel. Matité absolue dans une région. Quelquefois on peut délimiter par la percussion une surface tout à fait arrondie avec la forme du kyste.

Nous avons signalé, comme symptôme important de percussion dans quelques cas, la présence de sonorité et du tympanisme dans des régions normalement osseuses occupées par des organes comme le cœur ou le foie, sans déplacement ou très peu.

Le laboratoire peut nous être utile.

On cherche l'éosinophilie dans le sang, très inconstante.

Le réaction de Weinberg, qui obéit à des principes scientifiques indiscutables, n'a pas au point de vue pratique une grande valeur par ses résultats inconstants et même contradictoires.

Nous employons surtout aujourd'hui l'intradermoréaction hydatique, suivant la méthode et la technique de Cassoni.

Les résultats sont très favorables : 90 p. 100 des résultats positifs sur des kystes hydatiques confirmés.

Dans les kystes hydatiques du poumon on peut voir la réaction négative dans quelques cas de kystes fermés. Elle devient positive dans les kystes ouverts spontanément ou opérés quinze ou vingt jours après.

Quelquefois l'intradermoréaction positive disparaît, pour réapparaître après, dans l'évolution de certaines maladies : rougeole, coqueluche, grippe.

Ponction exploratrice. — On la fait chaque fois moins. Mais il y a des cas nécessaires où tous les autres moyens échouent. Si on la fait avec certaines précautions que nous avons signalées les dangers sont insignifiants, et, dans certains cas, il est pire de ne pas la faire que de la faire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Le diagnostic différentiel s'impose surtout avec deux maladies : tuberculose et pleurésie.

La tuberculose peut être considérée dans deux circonstances :

1. *Kyste du sommet.* — La matité du sommet avec diminution de la respiration; des bruits anormaux, la toux sèche ou avec expectoration muco-purulente, l'hémoptysie fait penser à la tuberculose et se confond facilement.

Pour faire le diagnostic il faut penser à l'unilatéralité de la lésion, à la valeur réelle de l'hémoptysie, à la radioscopie, à l'intradermoréaction.

2. *Kyste compliqué.* — La fièvre, le mauvais état général, la diffusion des manifestations pulmonaires, l'hémoptysie peuvent être considérés comme des états tuberculeux subaigus. Dans ces cas, la radiologie peut être négative. La ponction exploratrice donne des résultats favorables.

3. *Kyste de la base.* — Simule la pleurésie tuberculeuse ou purulente suivant les conditions de l'état général.

La radioscopie permet de diagnostiquer le kyste par les limites arrondies de l'ombre et la clarté des fonds de sac costo-diaphragmatiques.

C'est surtout dans ces cas que le signe des zones claires sur des organes comme le cœur et le foie permet d'éliminer le diagnostic de pleurésie en face du kyste.

Les pleurésies enkystées peuvent donner une ombre arrondie comme le kyste. Il faut tenir compte des antécédents de la maladie, et en dernier lieu faire une ponction exploratrice.

Il y a beaucoup de circonstances dont le diagnostic de kyste avec d'autres maladies peut se présenter, et qui n'est pas toujours facile : ganglion tuberculeux, syphilitique, leucémique, etc., tumeurs malignes des ganglions ou des poumons, restes des poussées inflammatoires, etc.

Kyste hydatique ouvert. — Le kyste a une tendance à l'ou-

verture spontanée qui se produit plus facilement dans des cas mieux que dans d'autres.

Sur 130 kystes observés, 50 se sont ouverts spontanément. Cela permet de supposer que le kyste peut s'ouvrir, sans assistance médicale d'aucune espèce, comme cela arrive souvent à la campagne.

Les phénomènes qui caractérisent l'ouverture du kyste sont très variables. Depuis les manifestations les plus légères et les plus anodines jusqu'aux faits les plus graves et alarmants, tout peut se voir.

Mais la mort est un fait très rare.

Les phénomènes physiques qui succèdent au kyste peuvent se réparer tout de suite, d'autres persistent quelque temps et ont une évolution lente de plusieurs semaines et de plusieurs mois. Dans ces cas la suppuration est un phénomène presque constant avec rétention et élimination lente des membranes. On trouve des signes cavitaires plus ou moins marqués.

La radioscopie permet de reconnaître ou de suivre l'évolution des phénomènes qui accompagnent et suivent la rupture du kyste, pas toujours faciles de diagnostiquer. Elle nous fait voir la cavité plus ou moins remplie de liquide. Dans d'autres cas il y a les restes de kyste masqués seulement par des lignes creuses plus ou moins complètes. Dans d'autres cas, il y a une ombre arrondie, comme dans le kyste ouvert.

Le kyste hydatique ouvert guérit complètement, en un temps variable, dans presque tous les cas. Dans la statistique de l'auteur, la guérison définitive a été de 100 p. 100.

L. BABONNEIX.

III. AFFECTIONS CIRCULATOIRES

L'hypertension artérielle infantile, stigmate d'hérédo-syphilis. (J. GÉNÉVRIER. *Bull. méd.*, 11-14 fév. 1925.) — L'hypertension isolée (en dehors de toute néphrite et de toute atteinte cardio-vasculaire) observée chez les enfants d'au moins sept à huit ans et les adolescents peut être considérée comme un véritable stigmate d'hérédo-syphilis, car si, dans toutes les observations jusqu'ici connues, on ne constate aucun signe fonctionnel indice de décompensation, on relève presque toujours des symptômes de spécificité : anémie, micropolyadénopathie, malformations dentaires, hyperostoses. strabisme, etc., et parfois Wassermann positif. Le mécanisme en reste obscur ; peut-être s'agit-il d'une atteinte des endocrines (surrénales) ou du sympathique. Le traitement doit être surtout dirigé contre la syphilis. Mais il ne faut pas en attendre de grands résultats, et c'est surtout le régime, et l'hygiène qui permettront de stabiliser l'hypertension et d'éviter les signes de décompensation. MAURICE LÉVY.

Une mesure prophylactique du choléra infantile. (RIBADEAU-DUMAS et FOUET. *Semaine des hôpit. de Paris*, 1925. n° 30.) — L'alimentation joue un rôle incontestable dans l'apparition du choléra infantile. L'enfant mis à l'allaitement artificiel y est particulièrement exposé, mais c'est surtout le lait de vache simplement stérilisé qui pendant les périodes de chaleur est susceptible de provoquer les troubles graves du choléra infantile. Au contraire, chez les enfants nourris avec du lait sec, si des troubles digestifs peuvent apparaître, ceux-ci sont négligeables. On doit donc considérer comme une règle prophylactique, de ne donner chez les petits enfants, à l'approche de l'été, que des biberons de lait sec, préparés extemporanément avec de l'eau bouillante.

Cette notion, suivant l'opinion des auteurs, mérite d'être beaucoup plus répandue en dehors des milieux hospitaliers où elle est devenue classique. MAURICE LÉVY.

IV. MALADIES DES NOURRISSONS

Nouvelles recherches sur l'ictère simple du nouveau-né. (G. L. HALLEZ. *Le Nourrisson*, 1925, n° 5.) — Les deux origines hépatogène et hématogène de cet ictère sont encore discutées, En réalité elles doivent toutes deux être incriminées. Des recherches pratiquées par l'auteur d'une part sur le sang du cordon ombilical, prélevé au moment de sa section, d'autre part sur le sang, les urines et les matières fécales du nouveau-né, l'auteur conclut qu'il existe une hypercholémie physiologique chez le nouveau-né, que celle-ci constitue déjà une sorte d'« ictère latent » susceptible de s'accroître dans les premiers jours de la vie, du fait d'une hémolyse exagérée mais aussi d'une insuffisance passagère du foie vis-à-vis de l'élimination des pigments élaborés en grande quantité. L'ictère simple des nouveau-nés devrait donc être considéré plutôt comme un ictère mixte par polycholie pigmentaire que comme un ictère d'origine exclusivement hémolytique.

MAURICE LÉVY.

Les accidents de la première dentition. (A.-B. MARFAN. *Le Nourrisson*, 1925, n° 5.) — La sortie des dents est un phénomène normal. Chez un enfant sain, entièrement sain, elle s'accomplit sans bruit, sans trouble. Mais chez certains nourrissons soumis à des influences héréditaires ou présentant des anomalies de santé, l'éruption dentaire peut déterminer des troubles locaux et même généraux.

Parmi les accidents imputés à la dentition, il faut en distinguer deux sortes :

Ceux sur lesquels il semble qu'on doive s'accorder, accidents les plus communs désignés sous le nom de « dentition difficile ».

Ceux qui comprennent des faits discutables mais qui méritent d'être discutés.

1° Dentition difficile : la percée lente, prolongée, retardée de la dent détermine une irritation locale qui retentit souvent sur l'état général d'une façon plus ou moins intense. On peut observer en effet un peu d'agitation, des cris, de l'insomnie, parfois en état subfébrile, mais tout s'apaise dès que la dent sort. Ces troubles se reproduisent plus ou moins marqués à chaque éruption dentaire et cette répétition prouve leur origine. Ils surviennent chez des sujets qui ne sont pas absolument normaux, enfants soumis à l'allaitement artificiel, débiles, rachitiques, particulièrement rachitiques gras, ou bien encore enfants issus de parents arthritiques, névropathes ou alcooliques.

Ces accidents peuvent se compliquer d'infection locale : soit péricoronarite exsudative ou purulente qui peut se traduire par des symptômes généraux parfois inquiétants et par des signes locaux tels que tuméfaction de la gencive avec fluctuation, qui cèdent dès qu'on incise;

Soit stomatite ulcéreuse commune, s'observant surtout à la sortie des prémolaires; elle est d'ailleurs assez rare et guérit rapidement par les attouchements au bleu de méthylène à 1 p. 100.

2° Quant au second groupe d'accidents : fièvre, bronchite, diarrhée, eczéma, prurigo, accidents méningés, l'éruption dentaire n'est pas capable à elle seule de les provoquer; elle peut par contre, surtout quand elle est difficile, aggraver une maladie préexistante ou mettre en activité une disposition morbide latente. La répétition des mêmes accidents à chaque éruption dentaire en fournit une preuve.

Au point de vue pratique, on peut dire que l'emploi de la nuette ou d'un hochet pour soulager l'enfant n'offre pas de grands inconvénients à condition qu'il s'agisse d'objets facilement nettoyés ou stérilisés et ne renfermant pas de substance toxique.

On peut pratiquer également des frictions de la gencive avec différents sirops de dentition, ou mieux avec le mélange suivant :

Iode métallique		0,05
Iodure de sodium		0,10
Glycérine	*àà*	30 cc.
Eau de menthe		

Quant à l'incision cruciale, elle ne mérite pas d'après M. Marfan l'oubli dans lequel elle est tombée; elle peut en effet amener une amélioration rapide des accidents, elle est tout à fait indiquée en cas de péricoronarite.

MAURICE LÉVY.

La polydactylite hérédo-syphilitique du nourrisson. (LEREBOULLET, SAINT-GIRONS et GOURNAY. *Arch. méd. des enf.*, nov. 1925.) — Les localisations digitales de la syphilis héréditaire ont été peu décrites jusqu'ici. A propos d'un cas récemment observé, les auteurs précisent les caractères de ces lésions et insistent sur la nécessité d'un diagnostic précoce pour appliquer un traitement qui donne les effets les plus favorables.

La polydactylite est une affection du premier âge surtout.

Elle se caractérise par l'aspect boudiné, soufflé d'un ou plusieurs os des mains, associé à des douleurs spontanées ou provoquées assez vives. Les lésions intéressent les phalanges et souvent aussi les métacarpiens. Il n'est pas rare que la radiographie décèle en outre des lésions d'ostéo-périostite des os longs. On peut observer simultanément des signes cutanés et viscéraux d'hérédo-syphilis. L'enquête familiale et les recherches de laboratoire permettent encore d'en établir l'étiologie.

Le diagnostic est en général facile ; c'est seulement quand les localisations sont peu nombreuses qu'on pourrait hésiter avec un spina ventosa en particulier.

Le pronostic dépend essentiellement de la précocité du diagnostic. Non traitée, la polydactylite s'éternise et peut même, exceptionnellement d'ailleurs, suppurer. Traitée, elle guérit facilement. Les frictions mercurielles donnent les meilleurs résultats. MAURICE LÉVY.

La transfusion du sang chez le nourrisson. (Jacques DEBRAY. *Le Nourrisson*, 1925, n° 3.) — Ce sont surtout les auteurs canadiens qui ont donné une grande extension à l'emploi de la transfusion du sang dans un grand nombre d'affections du nourrisson. Ils ont pratiqué tantôt des transfusions simples, tantôt des transfusions précédées de saignées abondantes « d'exsanguination ». De leur statistique il ressort que la transfusion simple donne les meilleurs résultats dans l'athrepsie et les diarrhées infectieuses ou toxiques, agissant surtout sur l'anémie secondaire à ces états.

Dans les affections sanguines, les résultats sont variables : dans les hémorragies diverses, elle donne des résultats remarquables; dans l'hémophilie elle permet de lutter contre les accidents hémorragiques, mais n'a aucune action sur l'affection elle-même. Dans les purpuras infectieux, dans les anémies secondaires, en particulier celles qui accompagnent les bronchopneumonies, les résultats sont très favorables. Par contre dans les anémies avec splénomégalie, dans les leucémies les résultats ont été nuls.

Quant à la transfusion-exsanguination elle doit être réservée aux intoxications en particulier à la suite des brûlures et aux infections graves, surtout l'érysipèle, où les résultats sont les plus remarquables.

Mais la transfusion-exsanguination est très délicate chez les enfants du premier âge, aussi J. Debray rappelle-t-il la technique adoptée par les auteurs canadiens :

Choix du donneur, emploi de sang citraté pour les transfusions abondantes, injection dans la saphène interse ou dans une veine du pli du cou, préalablement dénudées. On ne doit pas injecter plus de 30 centimètres cubes par kilogramme de poids de l'enfant et l'on doit interrompre l'injection dès qu'apparaissent la couleur rosée de la face et la distension des veines du cou.

Pour l'exsanguination, la meilleure voie est le sinus longitudinal, qu'on ne doit jamais utiliser pour la transfusion. Dès que le malade donne des signes d'anémie marquée il faut commencer la transfusion. La quantité de sang qu'on peut retirer avant l'apparition de ces signes d'anémie est variable de 30 à 100 centimètres cubes.

Les accidents observés tiennent d'une part à l'incompatibilité des groupes sanguins, d'autre part à l'injection trop rapide ou trop abondante de sang, qui peut entraîner une dilatation aiguë du cœur.

Pour Debray il faut donc choisir avec soin le donneur et en l'absence d'un donneur du même groupe, ne faire qu'une transfusion prudente et minime avec un sang IV. Il recommande l'emploi de sang citraté recueilli et injecté suivant la technique de P. E. Weill et Isch-Wall. En cas de transfusion-exsanguination il faut s'assurer que tout le matériel fonctionne bien et mettre en place l'aiguille de transfusion avant de commencer l'exsanguination. Celle-ci doit être pratiquée très doucement et très prudemment en raison de l'anémie des centres nerveux qu'entraîne la ponction du sinus.

Quant aux indications de ce procédé, elles se posent surtout d'après l'auteur dans les intoxications consécutives aux brûlures et dans l'érysipèle du nourrisson, dont on connaît le pronostic particulièrement grave. Les résultats obtenus dans les syndromes toxiques d'origine digestive, dans les bronchopneumonies à forme toxique ne sont pas assez probants pour recommander d'une façon absolue, un procédé thérapeutique qui en entraînant un choc inévitable risque de hâter le dénouement fatal. MAURICE LÉVY.

Les causes et le traitement du rachitisme. (LESNÉ et DE GENNES. *Semaine des hôp. de Paris*, n° 8, 20 février 1925.) — La pathogénie du rachitisme a été de tout temps très obscure et a donné lieu à de nombreuses théories : suppression du lait maternel (J.-L. Petit), syphilis (Parrot), théorie électrique de l'école française qui incrimine des facteurs multiples : mauvaise alimentation, mauvaise hygiène, théorie endocrinologique sans argument démonstratif.

Depuis, l'étude du rachitisme expérimental, de nouveaux faits sont intervenus. Mellamby (1918) incrimine la carence de la vitamine A liposoluble mais le contrôle expérimental ne la confirme pas.

Plus intéressantes sont les recherches de Marc Collum, et surtout Schemmond-Oppenheiner (1921) qui réalisent expérimentalement des lésions voisines du rachitisme par la carence phosphorée : dès que la proportion de phosphore est abaissée au-dessus de 110 milligrames par 100 gramme d'aliments, le rachitisme apparaît. Ces faits ont été vérifiés par les auteurs qui par régime carencés en phosphore, ont constaté chez le rat blanc, dès le huitième jour, l'apparition du chapelet costal, de cyphyse vertébrale, de déformations thoraciques voisines de celles du rachitisme humain; les lésions microscopiques, sauf les lésions médullaires qui manquent sont aussi identiques.

Ils ont également étudié l'action antirachitique de l'huile de foie de morue : le facteur antirachitique de l'huile n'est pas la vitamine A qui à elle seule ne met pas à l'abri du rachitisme pas plus que les acides gras.

L'influence de la lumière qui ressort déjà du fait que le rachitisme est surtout fréquent dans les pays à luminosité faible, est poussée par l'action remarquable des rayons ultra-violets sur les lésions rachitiques. Cependant quelques différences séparent les faits cliniques des faits d'expériences : la carence phosphorée, ni la carence solaire ne suffisent pas à expliquer le rachitisme observé dans les consultations d'hôpital.

L'étiologie paraît complexe : l'absence d'air et de lumière y contribue mais il faut incriminer aussi les troubles digestifs prolongés, l'abus de pain et des farines lactées à un âge trop précoce. Cependant l'étude du sang a toujours montré l'hypophosphatémie qui atteint parfois la moitié du chiffre normal et de plus elle se modifie favorablement sous l'influence des rayons ultra-violets.

Il semble donc si l'on ne peut incriminer une faute d'alimentation chez le rachitique, qu'il s'agisse d'une véritable carence d'assimilation du phosphore.

Les conclusions thérapeutiques à retenir sont :

La nécessité de surveiller étroitement le régime alimentaire dans la première enfance, l'intérêt qu'il y a à élever les enfants au grand air et au soleil.

Quand le rachitisme est déclaré, le régime alimentaire est encore important, associé à diverses médications.

L'huile de foie de morue est en général bien tolérée, donnée à la dose d'une cuillerée à café par jour, mais elle est moins efficace que l'héliothérapie.

L'influence des rayons ultra-violets est des plus heureuses, prouvée par l'étude des radiographies en série : dès les premières séances, la ligne d'ossification des épiphyses apparaît. Après quarante séances, la guérison radiologique est obtenue. L'état général est rapidement amélioré, enfin le témoin humoral du rachitisme en évolution l'hypophosphatémie disparaît très vite. MAURICE LÉVY.

Sur la pathogénie du rachitisme. (L. BLUM, M. DELAVILLE et VAN CAULAERT. *Presse méd.*, 17 juin 1925.) — Il existe dans le rachitisme des enfants un état d'acidose marqué par une chute de la réserve alcaline (de 52 chiffre normal à 46-40 ou 39 volumes) qui semble proportionnelle à la gravité des lésions. Or l'ossification, qui n'est en somme que la fixation par une charpente albuminoïde (le tissu ostéoïde) du carbonate de calcium et du phosphate tricalcique, comprend entre autres deux temps : la fixation du Ca du sang par ces protéines du tissu ostéoïde, sa transformation en carbonate et phosphate insolubles. Ces deux actes ne sont possibles qu'en présence d'un équilibre acide-base du sang avec prédominance basique : l'acidose empêche l'ossification à son début; à une période

plus avancée elle détermine une décalcification des os par transformation du Ca en bicarbonates insolubles. Le rachitisme n'est donc pas dû à une carence calcique mais à un défaut de fixation du calcium. Dans le rachitisme expérimental où la carence phosphorée est le fait primordial, la fixation du Ca se fait normalement mais sa transformation en phosphate insoluble est impossible. Ceci explique les différences qui existent entre le rachitisme des rats et le rachitisme humain (où la carence phosphorée est exceptionnelle). Il reste à trouver l'étiologie de cette acidose.

Au point de vue thérapeutique : inutilité et danger de certains sels calciques ($CaCl^2$) qui sont acidosiques. Utilité des rayons ultra-violets qui diminuent l'acidose. Adjonction de substances alcalines.

Les injections sous-cutanées de lait dans le traitement de certaines affections du premier âge. (MARFAN et TURQUETY. *Paris méd.*, 7 nov. 1925.) — Les injections de lait, qui ont connu une vogue exagérée, semblent actuellement tombées dans l'oubli. Cependant il est des cas où cette médication est très utile et même nécessaire : tels sont les cas d'anaphylaxie au lait de vache ou au lait de femme observés chez le nourrisson.

I. Les accidents d'anaphylaxie au lait de vache, d'ailleurs très rares, peuvent se voir lorsqu'un enfant d'abord au sein est mis au lait de vache, ou bien lorsque déjà nourri au lait de vache et qu'après une période de troubles digestifs traités par la diète et le bouillon de légume, on reprend l'alimentation lactée. Ils éclatent très rapidement, moins d'une demi-heure après l'absorption du lait, prennent d'emblée une allure très grave : fièvre (39-40 degrés), pâleur, lipothymies, éruption urticarienne, troubles digestifs (selles dysentériformes), émaciation, et peuvent aboutir rapidement à la mort. Dans le cas contraire ils peuvent se répéter, et entraîner de l'amaigrissement, de l'anémie, parfois de l'albuminurie. L'origine anaphylactique de ces accidents n'a été sûrement démontrée que par le procédé de la transmission de l'anaphylaxie passive au cobaye. Marfan et Turquety pensent que l'injection sous-cutanée d'une dose faible (1/2 ou 1 centimètre cube) de lait de vache détermine chez l'enfant sensibilisé (et chez lui seulement) des accidents analogues aux précédents (fièvre, éruption, parfois convulsions) avec une réaction locale, d'ailleurs inconstante et peu durable. Cette réaction violente, mais jusqu'à présent jamais mortelle, outre qu'elle décèle cet état d'anaphylaxie, a pour résultat de désensibiliser le sujet, qui peut être soumis ensuite à une réalimentation lactée à doses faibles et progressives. Toutefois il sera bon d'essayer une désensibilisation par voie digestive à l'aide de doses minimes (1, puis 2, 3, 4... dixièmes de gouttes) de lait, celle-ci pouvant être suffisante.

II. L'anaphylaxie pour le lait de femme est exceptionnelle (un seul cas, de M. Bar) et dans ces cas il y aurait lieu d'essayer l'injection de lait de femme.

III. Mais ces injections de lait ont été employées dans un grand nombre d'affections groupées sous le nom d'accidents de petite anaphylaxie, telles que prurigo strophulus, l'eczéma, les érythèmes du nourrisson, les vomissements habituels, les diarrhées, l'asthme, le nervosisme, l'insomnie. Ici d'ailleurs les preuves biologiques de l'anaphylaxie manquent totalement. Quant aux résultats cliniques ils ne sont encourageants que dans certains cas, notamment dans le prurigo strophulus, l'érythrodermie exfoliante et la diarrhée prandiale de l'enfant au sein. On emploiera, suivant les cas le lait de femme tyndallisé, ou le lait de vache stérilisé et on injectera d'abord quelques gouttes diluées dans du sérum physiologique, puis 1/2 centimètre cube, en augmentant tous les deux jours, jusqu'à 2 à 5 centimètres cubes et jusqu'à la cinquième injection.

E. AZERAD.

Le Traitement de la syphilis par le bismuth, par le docteur Georges DROUET. Troisième édition entièrement refondue et mise à jour. Collection des Actualités thérapeutiques. — Prix : 8 fr. — Paris, Maloine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 18 AU 23 JANVIER 1926)

THESES

Lundi 18 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; M. Labbé, Dechambre, Moussu et Petit. — M. MALFROY. L'élevage du mouton au Soudan. — M. FAUCHEUX. L'œsophagisme en médecine vétérinaire.

Mardi 19 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Jeanselme, président; Terrien, Cocquot, Henry et Robin. — M. DREVET. Gangrène de la langue chez le chien. — M. BARAT. Etude de la cornée chez le chien.

Jury : MM. Gilbert, président; J.-L. Faure, Carnot et Moure. — M. RACHET. La gastroscopie. — M. LACUIRE (J.). Contribution aux indications du climat de Nice. — M. BULTI (Ch.). Les séquelles des pleurésies gauches. — M. GÉRARD. Etude sur les infections intestinales. — M. STEVANOVITCH. Etude sur le cancer du col de l'utérus.

Mercredi 20 janvier. — Jury : MM. Roger, président; Legueu, Gosset et M. Labbé. — M. LECHAUX (P.). Cas de névrites chez les tuberculeux pulmonaires. — M. FERRIER. La pyéloscopie. — M. BRÉTÉCHÉ. Etude du traitement chirurgical des cholécystites. — M. GOURDIN. Etude du lymphosarcome du médiastin.

Jeudi 21 janvier. — Jury : MM. Balthazard, président; Jéanselme, Nobécourt et Lereboullet. — M. LEFEVRE (P.). La réactivation biologique de la réaction de Bordet-Wassermann. — M. MILNER. Des fractures spontanées tabétiques. — M. MORET (A.). Considérations psycho-sociales dans le rôle du médecin. — M. CLITANDRE. Traitement de l'asthme infantile. — M. ROUCHON De la genèse de l'œdème aigu du poumon.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIE RADIALE

CAUSES SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

Définition. Généralités. — La plus fréquente des paralysies du membre supérieur, la paralysie radiale est caractérisée par la perte de la conductibilité nerveuse de ce nerf, avec perte de la motilité volontaire de tous les muscles qui en dépendent.

Il faut insister sur ces faits que c'est une paralysie essentiellement *motrice*, le plus souvent *traumatique*, et qui guérit bien par le traitement chirurgical.

ÉTIOLOGIE

I. Pourquoi le nerf radial est si tréquemment atteint. — *a.* La longueur du nerf, sa superficialité relative, ses rapports avec l'humérus, le col du radius, expliquent aisément pourquoi il est si fréquemment lésé. De même sa fragilité qui en fait une localisation facile de névrite infectieuse ou toxique.

b. La prédominance des branches motrices sur les branches sensitives explique pourquoi dans cette paralysie les troubles *moteurs* sont au premier plan tandis que les troubles sensitifs sont tout à fait accessoires.

c. Le nerf radial innervant surtout les muscles extenseurs. sa paralysie sera essentiellement une *paralysie de l'extension,*

II. **Les principales causes**. — Elles sont de deux ordres :

1. Traumatiques.
2. Toxi-infectieuses.

A. **Causes traumatiques.** — Il peut s'agir de :

1° FRACTURE, *soit* fracture de l'*humérus*, complète ou incomplète avec blessure du nerf par un fragment ou une esquille, *soit* fracture du *radius* ou *luxation de la tête du radius*,

2° COMPRESSION. — Possible par un cal de fracture de l'humérus ou du col du radius, elle peut être consécutive :

a. *A l'aisselle.* — A une tumeur, un anévrisme, une luxation brutalement réduite, une compression par béquilles.

b. *Au bras.* — Paralysie qu'on voit en *chirurgie* quand des liens trop serrés ont fixé les bras pendant une intervention.

Paralysie du sommeil (bras replié sous la tête en porte à faux) observée surtout chez les sujets très fatigués ou alcooliques.

3° BLESSURE DIRECTE. — Par projectile, arme blanche.

4° ELONGATION (réduction de luxation, pronation ou extension forcées).

5° EFFORT MUSCULAIRE FORCÉ (paralysie des joueurs de tambour).

6° PARALYSIE RHUMATISMALE « OU A FRIGORE », très classique appellation à laquelle on ne saurait recourir qu'après avoir éliminé par un examen minutieux, toutes les causes de paralysie radiale. Et dans la règle l'étiologie pourra être précisée.

B. **Causes toxi-infectieuses.** — Ce n'est plus ici une névrite isolée du nerf radial, mais une névrite dans un tableau polynévritique plus ou moins complet.

Le SATURNISME en est le plus fréquent facteur et la paralysie saturnine est avec la paralysie traumatique le type le plus fréquent de la paralysie radiale.

Les intoxications alcooliques et arsénicales sont très rarement responsables de cette paralysie. Les infections sont bien rarement en cause (rhumatisme articulaire aigu, typhus exanthématique, pneumonie, typhoïde).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions sont différentes suivant l'étiologie :

1° Dans les *sections* du nerf : le bout périphérique présente des lésions typiques de dégénérescence wallérienne.

2° Dans les *compressions* :

Au niveau de la compression, névrite interstitielle.

Au-dessus et au-dessous, dégénérescence wallérienne ou péri-axile.

3° Dans les *paralysies saturnines* : lésions de névrite segmentaire péri-axile de Gombault.

CLINIQUE

Type de description : nous prendrons une paralysie radiale *totale* par *section haute*, à la partie supérieure de la gouttière de torsion. Si ce n'est point là le type le plus fréquent c'est le plus caractéristique.

Début. — Variable suivant l'étiologie.

Etat. — *A.* **Troubles moteurs.** — Ils sont *prédominants*, ainsi que permettent de le prévoir l'anatomie et la physiologie. C'est avant tout une *paralysie des extenseurs.*

a. ATTITUDE DU MEMBRE. — Elle est caractéristique et frappe d'emblée l'observateur :

L'avant-bras est demi-fléchi sur le bras et en pronation.

La main tombante à angle droit.

Les doigts demi-fléchis (par action des fléchisseurs).

Le pouce en adduction.

b. LES MOUVEMENTS sont supprimés dans tout le territoire du nerf.

1. *Doigts.* — L'*extension* est impossible quand on relève passivement le poignet, mais si on relève la première phalange la deuxième et la troisième peuvent s'étendre par l'action des interosseux et des lombricaux.

Les mouvements de *flexion* sont affaiblis, et si on étend les doigts ils reprennent aussitôt leur position de demi-flexion (c'est la flexion élastique des doigts de Pitres).

Les mouvements de *latéralité* des doigts sont conservés, la main étant à plat sur une table.

Le *pouce*, enfin, sa faculté d'opposition, perd celle d'abduction.

2. *La main.* — L'*extension* spontanée est impossible.

La *supination* n'est possible que si l'avant-bras est fléchi (action de suppléance du biceps).

Les mouvements de *latéralité* sont partiellement possibles.

3. *L'avant-bras.* — La *corde* du long supinateur n'apparaît plus dans la flexion (signe très important).

Les mouvements d'extension sont affaiblis ou supprimés (suivant que le triceps est partiellement ou totalement paralysé).

La flexion est également affaiblie.

4. *Les troubles fonctionnels dans l'effort de préhension* sont caractéristiques :

La préhension est particulièrement gênée pour les petits objets. La main, ballante et incertaine, dépasse l'objet et c'est en le « prenant à la traîne » (Froment) que le malade finit par le saisir.

La préhension des gros objets est plus facile, mais nécessite souvent l'aide de la main du côté sain.

On pourra, enfin, rechercher le signe de la poignée de main : le paralysé tend la main en supination, mais dès que les fléchisseurs interviennent pour serrer la main « capote » (Froment) et se remet en position de main tombante.

c. CAPACITÉ DE TRAVAIL. — La main n'est pas absolument inutilisable, mais cependant une paralysie radiale totale et définitive entraîne une *diminution considérable de la capacité de travail* et le taux de l'invalidité a pu être fixé de 40 à 50 p. 100.

B. **Troubles sensitifs.** — Leur peu d'intensité contraste avec celle des troubles moteurs.

1. TROUBLES SUBJECTIFS. — Les engourdissements et fourmillements du début disparaissent vite et ne persisteraient que dans 5 p. 100 des cas.

Les douleurs causalgiques sont exceptionnelles (1 p. 100 des cas) et ne s'observeraient que dans les sections incomplètes ou en cas d'inclusion d'un corps étranger dans la plaie nerveuse.

On trouverait plus souvent des points douloureux à la pression (Athanassio-Bénisty).

2. TROUBLES OBJECTIFS. — Habituellement absents, ils restent, quand ils existent, très en deçà du territoire anatomique du nerf et se limitent à la partie externe du dos de la main et au dos du pouce (première phalange). Il semble que la sensibilité persiste par suppléance [sensibilité récurrente (Arloing et Courmont)].

C. **Troubles des réflexes.** — Les réflexes tendineux sont abolis au-dessous de la lésion. Les réflexes périostés (réflexe stylo-radial) le sont également.

D. **Troubles vaso-moteurs et trophiques.** — Ils ne s'observent que dans les formes graves et prolongées de la paralysie.

1. TROUBLES VASO-MOTEURS. — Ils sont sans importance, et si un malade présente une « main succulente » en chercher bien plutôt la cause dans une immobilisation défectueuse.

2. TROUBLES TROPHIQUES. — L'amyotrophie (avec aplatissement musculaire et émaciation de la peau dans le domaine du nerf) s'observe dans les formes graves.

La *tumeur dorsale du carpe* est presque propre à la paralysie saturnine. Caractérisée par une tuméfaction indolente et mobile à la face dorsale du poignet, elle a été successivement attribuée à un trouble trophique (Charcot) et à une synovite hyperplastique chronique de cause mécanique (Erb).

E. **Troubles électriques.** — Dans la forme de paralysie complète que nous étudions, on observe tous les signes de la *réaction de dégénérescence*, c'est-à-dire :

a. Abolition de l'excitabilité faradique et galvanique du nerf.

b. Perte de la contractilité faradique.

c. Lenteur de la secousse galvanique et inversion de la formule polaire. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 7. — SAMEDI 23 JANVIER 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 23 JANVIER 1926. — N° 7.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **9 fr. 50.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . **35** *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* **45** *fr.*

Tarif extérieur n° 1, **55** *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation de médecine* (2e liste, voir pour la 1re liste *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 6).

Deuxième division. — Physiologie. Section B : chimie.

Académie de Paris : M. Sannié, 16 + 17 = 33.

Académie d'Alger : M. Wünschendorff, 18 + 17 = 35.

Section C : physique.

Académie de Paris : M. Fabre, 16 + 19 = 35.

Académie de Lyon : MM. Kofman, 15 + 16 = 31 ; Chevallier, 14 + 16 = 30.

Académie de Strasbourg : M. Dognon, 14 + 13 = 27.

Cinquième division. — Pharmacie. Section A : histoire naturelle pharmaceutique.

Académie de Lyon : M. Manceau, 18 + 16 = 34.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur. — (Promotion des maires.) *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Alexandre (d'Arques) et Faneuil (de Saujon).

Colonies. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Cohen, ancien chargé de missions.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Joyeux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Léger (de la Pointe-à-Pitre) ; de Marqueissac (des troupes coloniales, au Cameroun); Mme Bossades (de Saint-Louis).

Hygiène. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Alfred Offret (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Braun, Pierre Brunel, Mondor, Prévost, Saint-Cène.

M. Gabriel Beytout, pharmacien à Paris.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Sont nommés :

Médecin en chef honoraire : M. le docteur Paul Cornet; médecin de la 4e circonscription : M. le docteur Finot; médecin adjoint de la 4e circonscription : M. le docteur Langlois.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur des troupes coloniales Bonneau, membre du Comité consultatif de santé, a été placé, à compter du 19 janvier 1926, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire des troupes coloniales.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — M. le docteur Victor Cheval a été nommé membre titulaire.

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE. — Il est créé au Gouvernement général de l'Algérie un poste de médecin de l'Administration. Ce médecin aura pour mission de diriger et de contrôler l'action du service médical dans toutes les questions relatives à l'administration du personnel des administrations publiques. Son action s'exercera sur l'ensemble du territoira de la Colonie.

Toute opération de la clientèle privée lui sera rigoureusement interdite, sous peine de licenciement immédiat.

Ce médecin aura droit à un traitement annuel de 31.250 francs (traitement principal de 25.000 francs majoré de l'indemnité algérienne de 25 p. 100); il percevra en outre, dans les cas où ils sont prévus par les règlements, les honoraires de visite médicale exigés des candidats aux fonctions publiques ; il bénéficiera enfin, s'il y a lieu, des indemnités pour charges de familles allouées aux fonctionnaires algériens dans les mêmes conditions qu'en France.

Il sera affilié la Caisse des retraites de la colonie.

Il aura droit au rembourement de ses frais de déplacement d'après le barème fixé pour les chefs de service.

Les candidats à cet emploi devront être âgés de quarante ans au plus au 1er janvier 1926 ; ils auront à adresser, avant le 15 février prochain, au Gouverneur général de l'Algérie (secrétariat général) ;

1º Une demande sur timbre (signature légalisée) ;
2º Une expédition de leur acte de naissance ;
3º Un extrait de leur casier judiciaire ;
4º Un certificat de bonne vie et mœurs ;
5º Une copie de leurs états de services militaires ;
6º Un certificat délivré par un médecin assermenté de leur résidence et constatant qu'ils ne sont atteints d'aucune maladie ou infirmité incompatibles avec un exercice actif de la profession médicale ;
7º Une notice retraçant leur *curriculum vitæ* au point de vue médical (études, stages hospitaliers, travaux publiés, distinctions obtenues, fonctions précédemment ou actuellement exercées, etc.). Les candidats pourront joindre à cette notice tous documents ou références susceptibles d'être pris en considération pour l'appréciation de leurs titres.

Les titres des candidats seront examinés par une commission comprenant des représentants de l'Administration et de la Faculté de médecine d'Alger. Cette Commission soumettra au Gouverneur général des propositions en vue desquelles celui-ci procédera à la nomination qui interviendra le 1er avril au plus tard. Le candidat nommé percevra dès son entrée en fonctions les émoluments ci-dessous indiqués ; mais il ne sera définitivement titularisé dans son emploi qu'après une année de stage.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, chargé des dispensaires, dans le département de Seine-et-Marne. Le traitement de début est, en principe, de 18.000 francs, avec possibilité de résidence à Paris.

S'adresser au Comité national, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

SECTION TECHNIQUE DE L'ARTILLERIE. — La section technique de l'artillerie (1, place Saint-Thomas-d'Aquin) demande un médecin pour assurer à forfait le service médical de son personnel civil et des personnels des divers établissements militaires rattachés à sa masse médicale.

Les médecins que cette situation pourrait intéresser sont invités à venir prendre connaissance, au bureau du sous-directeur de la Section technique de l'Artillerie, des conditions d'exécution du contrat à intervenir pendant la période du 1er au 15 février 1926.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Allard (de Liège), Jacques Bertillon [Mme] (de Paris), Guilbaud, professeur à l'École de médecine de Nantes ; et Paul Tournay (de Gembloux).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY.) — *Cours de technique hématologique et sérologique*, par MM. S. I. de Jong, agrégé, et Ed. Peyre, chef de laboratoire. — Ce cours de 12 leçons commencera le lundi 25 janvier 1926, à 14 h. 30, pour se continuer tous les jours suivants ; les séances comprendront deux parties :

1º Un exposé théorique et technique ;
2º Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Le droit à verser est de 150 francs. — Le nombre des auditeurs est limité à 30.

Le matériel sera fourni par le laboratoire. Les préparations faites par les élèves resteront leur propriété,

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de conférences.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (Guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis.

Les droits à verser sont de : 150 francs pour le cours de bactériologie ; 50 francs pour le cours de parasitologie.

Les élèves pourront s'inscrire, soit pour les deux séries de leçons, soit pour l'une ou l'autre de ces séries, au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis (guichet nº 4), de 15 à 17 heures.

ASILE CLINIQUE. — CONFÉRENCES DE PSYCHANALYSE. — Les deux prochaines conférences seront faites par le docteur Hesnard, à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, les dimanches 24 et 31 janvier, à 10 h. 30, sur « La doctrine de Freud ».

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. (Hôpital Lariboisière. Professeur : M. P. SÉBILEAU.) — Le jeudi 4 février, M. le docteur Veau fera une leçon sur les divisions palatines.

Cette leçon aura lieu à 10 heures, à l'amphithéâtre du service de M. le professeur Sébileau.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — RELATIONS RAPIDES ENTRE LA MÉTROPOLE ET L'ALGÉRIE VIA MARSEILLE. — Les relations rapides entre la métropole et l'Algérie s'établissent par Marseille.

C'est, en effet, vers le grand port méditerranéen que convergent, de tous les points de la France, les trains rapides composés de wagons-lits, lits-salon, couchettes, 1re et 2e classes et wagon-restaurant.

C'est également de Marseille que partent les paquebots rapides confortablement et luxueusement aménagés qui assurent la liaison avec les grands ports d'Alger, d'Oran et de Philippeville.

Nombreux et réguliers sont aussi les départs ; chaque semaine cinq départs pour Alger : les mardi (deux départs), jeudi, samedi et dimanche, à 12 h. ; deux pour Oran : le mercredi à 17 h. et le samedi à 16 h. ; deux pour Philippeville : les lundi et mercredi à 12 h.

LES STATIONS D'HIVER P.-L.-M. — La liste des grandes stations d'hiver P.-L.-M. s'enrichit cette année de deux nouvelles venues qui se placent d'emblée aux premiers rangs :

— Le Revard, vaste plateau ondulé, à 1.500 mètres, sur Aix-les-Bains (chemin de fer à crémaillère) avec son panorama splendide sur toutes les Alpes de Savoie et du Dauphiné, ses vastes champs de ski, sa patinoire de 4.000 mètres. Hôtel P.-L.-M. entièrement transformé avec tout le confort désirable.

— Combloux, à 1.000 mètres, à 7 kilomètres de la gare de Sallanches-Combloux (service régulier de correspondance par automobiles) avec la vue célèbre de ses terrasses sur le Massif du Mont Blanc, ses promenades en ski, sa patinoire. Grand hôtel P.-L.-M. du Mont Blanc, récemment agrandi, 200 chambres, grand confort.

NOTES DE PRATIQUE

DIABÈTE ARTHRITIQUE

Prendre cinq jours de suite : antipyrine, 1g50 en deux paquets, à prendre dans de l'eau de Vichy avant les deux principaux repas.

Les vingt jours suivants : Vanadarsine, v à x gouttes, dans un peu d'eau, avant les repas.

Laissez reposer le malade une quinzaine de jours et recommencer ensuite la double série d'antipyrine et de Vanadarsine.

REVUE GÉNÉRALE

LA SÉDIMENTATION DES HÉMATIES

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Par M. TURRIÈS,

Interne des hôpitaux de Marseille.

Qui dit sédimentation, dit chute. La sédimentation des hématies n'est donc autre chose que la propriété selon laquelle les globules rouges du sang tendent à gagner le fond du vase qui contient le sang étudié. Ce phénomène, si simple à première vue qu'il en peut paraître banal, si complexe en réalité comme l'ont montré les recherches récentes, peut être mis en évidence de différentes façons.

Soit un sang rendu artificiellement incoagulable : on peut voir au bout d'un certain temps ce sang se diviser en deux couches superposées : une couche inférieure constituée par les globules rouges tassés, et une couche supérieure formée par le plasma. Au point de contact de ces deux zones, on aperçoit une troisième couche intermédiaire, très mince : ce sont les globules blancs. Cette chute des hématies à la partie la plus inférieure du vase, c'est la sédimentation des globules rouges.

Cette sédimentation peut s'observer sur le sang naturel sans addition d'anticoagulant : dès le XVIIe et le XVIIIe siècle, les anciens médecins décrivaient avec de multiples détails le caillot couenneux ou « crusta phlogistica sanguinis », caillot dont la partie supérieure est blanche ou rosée : dans ces cas, il y a eu, avant la prise en gelée du sang, un certain degré de sédimentation des hématies; et quand la coagulation proprement dite s'effectue elle porte sur une partie supérieure plus ou moins privée de globules rouges, par contre la partie inférieure est riche en hématies, d'où l'aspect bicolore du caillot.

Le phénomène de la sédimentation est donc connu depuis les temps anciens où sévissait la saignée. Hunter, dès la fin du XVIIIe siècle, fit quelques recherches expérimentales sur ce problème. Dans le courant du XIXe siècle, on ne s'en occupa guère, sinon d'une façon tout indirecte : la sédimentation alors ne fut étudiée que pour tâcher d'apprécier le volume relatif des hématies par rapport au plasma : dans le sang défibriné les globules rouges forment un dépôt, et ce dépôt occupe un volume qui est à peu près la moitié du volume de l'échantillon de sang (1). On tenta également de déterminer par ce procédé le nombre des globules rouges (procédé de l'hématocrite), mais la méthode fut vite abandonnée.

Plus tard Gilbert et Weill reprirent l'étude du caillot couenneux qu'ils décrivirent sous le nom de coagulation plasmatique, et O. Claude, dans sa thèse (Paris, 1908) précisa ce fait qu'une sédimentation anormalement rapide pouvait se voir dans certains sangs pathologiques et en particulier dans les anémies. O. Claude s'adressait au sang en nature; il n'arriva pas à une classification des faits.

Césari, le premier en 1913, proposa d'utiliser le phénomène de la sédimentation, chez le cheval, comme procédé d'hématologie clinique (2).

Mais c'est surtout au cours de ces dernières années que l'étude de la sédimentation a été remise à l'ordre du jour, à la suite d'une communication du suédois Fahrens au Congrès de chirurgie et gynécologie de Stockolm (déc. 1917), indiquant que chez les femmes enceintes les globules rouges sédimentent beaucoup plus rapidement que ceux des autres femmes. A la suite de cette communication, l'épreuve de la vitesse de sédimentation (V. S.) fut appliquée à un grand nombre d'affections et on s'aperçut par cette exploration systématique que cette propriété des globules rouges est extrêmement variable dans différents états pathologiques, ou même physiologiques.

Les travaux ultérieurs, surtout allemands, d'Abderhalden, Linzenmeyer, Westergreen, de Neergaard, etc., puis ceux plus récents effectués en France, en Italie, en Russie, ont à l'heure actuelle suffisamment établi les principaux résultats de la méthode pour qu'il soit possible d'en tirer une idée générale et de vérifier sa valeur tant au point de vue du diagnostic pratique qu'au point de vue de son mécanisme.

I. **Les techniques et les résultats normaux.** — Un grand nombre de modes de recherche ont été successivement proposés. Les uns diffèrent par la notation des résultats; les autres seulement par le calibre du tube employé ou le temps de l'expérience.

Fahrens le premier, employant un sang citraté, fit usage d'un tube de 1 centimètre de diamètre. A l'état normal la vitesse de sédimentation serait au maximum de 3 millimètres à l'heure pour les hommes et 5 millimètres pour les femmes.

Actuellement les deux méthodes les plus employées sont celles de Linzenmeyer et de Westergreen, dont la plupart des autres ne sont que des dérivées.

Méthode de Linzenmeyer. — On aspire dans une seringue bien graduée de 1 centimètre cube, 2/10 de centimètre cube d'une solution de citrate de soude à 5 p. 100. Puis par ponction veineuse, on retire 8/10 de centimètre cube de sang qui se mélange au citrate. On refoule alors le centimètre cube de sang citraté dans un tube spécialement gradué : c'est un tube de verre de 5 millimètres de lumière, 8 centimètres de hauteur et portant deux traits circulaires horizontaux : un trait supérieur marquant le niveau atteint dans le tube par 1 centimètre cube de liquide; un trait inférieur situé 18 millimètres au-dessous du précédent. On note l'heure à laquelle le sang citraté est versé dans le tube (il affleure alors au trait supérieur); on note ensuite le moment où le niveau supérieur du culot de tassement des hématies atteint le trait inférieur du tube. Le nombre de minutes écoulées indique la vitesse de sédimentation.

Les chiffres normaux sont, pour la majorité des auteurs, de 300′ pour les femmes et de 600′ pour les hommes. Cependant Lëhr et Genissez admettent jusqu'à 1200′ pour les hommes.

Cette méthode a contre elle l'inconvénient de prolonger le temps d'observation pendant plusieurs heures, et c'est là un véritable obstacle pour les recherches en série. Elle ne présente d'ailleurs pas plus de sécurité que les techniques suivantes.

Méthode de Westergreen, et ses dérivées. — Westergreen emploie des tubes de faible diamètre ($2^{mm}5$)

(1) Pour détails sur ce point particulier, voir JOLLY. *Traité technique d'hématologie*, p. 136.

(2) CÉSARI. *Revue gén. de méd. vétérinaire*, 1913, n° 262.

et du sang citraté comme ci-dessus : 2/10 de centimètre cube de citrate de soude à 5 p. 100 et 8/10 de centimètre cube de sang. On mesure après une heure et deux heures de repos la hauteur de plasma qui surmonte le culot de tassement des hématies. Cette hauteur exprimée en millimètres indique la vitesse de sédimentation.

Poppert et Kreindler ont légèrement modifié cette technique qui est dès lors devenue extrêmement simple; nous allons la donner en détails car c'est elle que nous avons à peu près toujours employée :

On étudie le sang veineux, pris au pli du coude, de préférence le matin à jeun, ou en dehors des périodes digestives.

Prendre dans une seringue bien graduée 0,2 centimètres cubes d'une solution de citrate de soude à 5 p. 100. Ponctionner la veine et retirer 0,8 centimètres cubes de sang, de façon à avoir en tout 1 centimètre cube de liquide. Verser le sang ainsi citraté dans un tube de verre de 5 millimètres de lumière intérieure. Renverser deux à trois fois le tube doucement, de façon à assurer l'homogénéité du liquide. Placer le tube verticalement dans un porte-tube, en dehors du soleil.

Mesurer ensuite une heure après, au moyen d'une petite échelle à millimètres, le nombre de millimètres qui sépare le niveau supérieur des globules rouges tassés du niveau primitif de la colonne liquide, c'est-à-dire du niveau supérieur de la colonne de plasma. Ce nombre de millimètres exprime, au bout d'une heure, le temps de sédimentation.

Les chiffres normaux sont, d'après Poppert et Kreindler et d'après ce que nous avons constaté nous-même : 4 à 6 millimètres pour l'homme, et 6 à 8 pour la femme. Nous pensons qu'on ne peut parler de vitesse de sédimentation pathologique qu'au-dessus de 10 millimètres, à cause de la marge physiologique possible.

Behrens emploie une méthode analogue mais avec du liquide de Hayem.

Autres méthodes. — 1. Seppert remplit un tube de 3 millimètres de diamètre jusqu'à hauteur de 20 centimètres et on lit après une heure de combien de millimètres le niveau a baissé : s'il a baissé de 20 millimètres la réaction est négative — s'il a baissé de 40 millimètres elle est faiblement positive — entre 70 et 100 millimètres elle est fortement positive.

2. Balachowsky, afin de pouvoir facilement répéter les examens sans astreindre le sujet à des ponctions veineuses répétées, a proposé la méthode suivante (1) : dans une pipette capillaire de 1 millimètre de diamètre, préalablement rincée avec une solution anticoagulante de sulfarsénol ou oxalate de potasse, on aspire une grosse goutte de sang obtenue par simple piqûre au bout du doigt. On mesure ensuite 15', 30' et 60' après, la hauteur de la colonne de plasma. Ce dispositif ingénieux permet facilement les examens en série.

Actuellement, la plupart des auteurs tendent à se rattacher à des méthodes de type Westergreen. Quelques-uns cependant, tout en adoptant la technique ou en ne la modifiant que peu, proposent certains changements concernant surtout les notations des résultats.

Katz, ainsi que Sauvan et Simonpietri (2) traduisent la vitesse de sédimentation par un chiffre appelé *indice de sédimentation*. Ce chiffre est obtenu par application de la formule suivante :

$$\frac{S_1 + \frac{S_2}{2}}{2}$$

S_1 représente le chiffre de sédimentation de la première heure, S_2 le chiffre de sédimentation de la deuxième heure. La formule ci-dessus donne un indice qui à l'état normal va de 2 à 5 et devient nettement pathologique au-dessus de 10.

Gardère et Lainé (1) mesurent la hauteur du plasma au-dessus du sédiment après une heure. Ils calculent ensuite par une simple division le rapport de ce chiffre à celui de la hauteur totale du liquide contenu dans le tube (plasma + sédiment). Le nombre ainsi obtenu exprime la vitesse de sédimentation en millimètres. Ces auteurs étudient, en outre, à côté de la sédimentation horaire, ce qu'ils appellent la sédimentation totale, c'est-à-dire celle obtenue au bout de vingt-quatre heures. Cette mesure serait susceptible de fournir des renseignements particuliers, comme nous le verrons plus loin. Nous ferons observer seulement que la vitesse de sédimentation se fait presque entièrement au cours des deux premières heures et surtout dans la première.

Ces complications de la méthode ne nous paraissent pas devoir donner des résultats beaucoup plus précis que la simple expression de la hauteur du plasma au-dessus du sédiment.

Dans un travail récent (2), nous avons nous-même proposé d'exprimer les résultats de plusieurs sédimentations successives chez un même sujet, par une courbe appelée *courbe de sédimentation*. Toute étude de la vitesse de sédimentation doit en effet se faire en série; une recherche isolée nous paraît n'avoir aucune importance pratique; par contre la représentation graphique d'une série de recherches systématiquement conduites peut rendre les mêmes services qu'une courbe de température, d'urines ou de poids.

Avant de terminer ce chapitre nous rappellerons la nécessité où l'on est d'observer *quelques précautions* très simples mais dont l'importance peut être réelle : le sang doit être bien incoagulable; Peyne a montré que le taux de la solution de citrate de soude ne modifie pas la réaction (3); le taux qui assure le mieux l'absence de coagulation paraît être celui de 5 p. 100. Les tubesdoivent être propres et secs, et de même calibre intérieur — la seringue doit être bien graduée et si possible toujours la même — il faut un temps d'expérience identique, une température moyenne et égale; le repos du tube doit s'effectuer verticalement, à l'abri du soleil, après les deux ou trois agitations du début. Enfin éviter de prendre le sang dans les périodes post-prandiales.

II. Variations physiologiques de la vitesse de sédimentation. — Les résultats normaux que nous avons fournis plus haut sont susceptiblea d'éprouver certaines modifications du fait de quelques conditions physiologiques, permanentes ou transitoires.

---

(1) BALACHOWSKY, *Presse méd.*, 1925, n° 38.
(2) SAUVAN et SIMONPIETRI, *Marseille méd.*, 25 août 1924.

(1) GARDÈRE et LAINÉ, *Paris méd.*, 3 janv. 1925.
(2) *Sud méd. et chir.*, sept. 1925.
(3) PEYNE, *Soc. de biol.*, 5 avril 1924.

Nous avons déjà vu que la vitesse de sédimentation est toujours sensiblement plus rapide chez *la femme* que chez l'homme; chez l'enfant par contre il n'y a pas (ou plus) de différences entre les deux sexes.

L'âge d'ailleurs influe grandement sur le temps de sédimentation : chez le nourrisson, la vitesse de sédimentation est fortement diminuée par rapport à ce qu'elle est chez l'adulte ; elle s'accélère vers le troisième ou quatrième mois et devient alors peu à peu identique à celle de l'adulte. D'autre part entre soixante et soixante-quinze ans, la vitesse de sédimentation devient sensiblement plus rapide aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Chez le même individu, il y a peu de variations aux différents *moments de la journée*, sauf pendant les périodes post-prandiales. Nous insisterons plus loin sur ce point.

D'après Maria Lederer (1), le seul changement de saison serait susceptible de modifier la vitesse de sédimentation. La stabilité colloïdale changerait avec les époques de l'année et la vitesse de sédimentation serait souvent accélérée au printemps.

La *menstruation* accélère à peu près constamment le temps de sédimentation, mais dans des proportions qui ne sont pas encore nettement établies. Personnellement nous avons vu plusieurs fois la vitesse de sédimentation augmentée de 3 à 4 millimètres, mais c'était chez des tuberculeuses et peut-être celles-ci ont-elles une stabilité humorale plus facile à troubler. Gueissaz n'admet pas de changements de la vitesse de sédimentation pendant les périodes menstruelles.

Mais c'est principalement la *grossesse* qui détermine les variations de la vitesse de sédimentation Fahnens le premier précisa le fait d'une manière originale, in vivo : il posait sur l'avant-bras deux liens et isolait ainsi un segment de veine; la femme tient l'avant-bras vertical. Si on ponctionne ensuite la partie supérieure du segment veineux on ne retire que du plasma, alors que la ponction de la partie inférieure donne un sang riche en globules. Quelle que soit la méthode employée, on trouve toujours d'ailleurs la vitesse de sédimentation nettement accélérée pendant la seconde moitié de la grossesse; mais dans les cinq premiers mois de la gestation, les valeurs moyennes se rapprochent beaucoup de la normale. La recherche de la vitesse de sédimentation est donc ici très intéressante au point de vue théorique en ouvrant certains aperçus biologiques, mais au point de vue du diagnostic, elle n'a que bien peu de rôle à jouer car, quand apparaît son accélération, le diagnostic est en général certain. Après l'accouchement la vitesse de sédimentation revient à la normale en huit ou dix jours.

Nous allons maintenant étudier les modifications que peuvent faire subir à la vitesse de sédimentation certaines conditions pathologiques. Nous rechercherons sa rapidité d'abord dans les affections aiguës et les maladies chirurgicales, ensuite dans les affections chroniques, en insistant particulièrement sur la tuberculose.

III. **La vitesse de sédimentation dans les affections aiguës et les maladies chirurgicales.** — L'étude de la vitesse de sédimentation dans les affections aiguës est loin d'avoir été conduite d'une façon aussi étendue et aussi systématique que dans certaines maladies chroniques et spécialement la tuberculose. On possède cependant à ce sujet un certain nombre de documents intéressants :

On a recherché la vitesse de sédimentation dans la plupart des *affections aiguës médicales* : elle est accélérée d'une façon constante dans ces cas : rougeole, scarlatine, rhumatismes, pneumonie, typhoïde, typhus. Dans la typhoïde nous avons trouvé jusqu'à 20 millimètres par heure. Dans la fièvre de Malte nous avons trouvé 25 millimètres, en poussée fébrile. L'accélération est surtout marquée au début de la maladie; elle subit ensuite des oscillations qui sont en rapport à peu près parallèle avec la gravité actuelle de l'affection, d'après Minoresco (1) ; elle diminue quand la guérison s'approche, mais elle reste encore au-dessus de la normale un temps variable après la défervescence. Cette recherche n'a d'ailleurs aucune spécificité ; toutes les affections inflammatoires peuvent déterminer cette accélération : un simple coryza est susceptible d'influencer le phénomène (Gueissaz); il ne faut donc espérer en retirer aucun moyen de diagnostic.

Parmi les travaux sur cette question, celui de Schindera (de Breslau) nous paraît un des plus intéressants (2) : il a trouvé dans la scarlatine, dès les premiers jours, une vitesse de sédimentation accélérée avec augmentation du taux du fibrinogène ; ensuite descendent parallèlement la vitesse de sédimendation et le taux de fibrinogène, en même temps que montent les globulines du plasma. Dans la pneumonie et dans le rhumatisme, il a fait des constatations analogues ; on savait d'ailleurs déjà que c'étaient là deux affections s'accompagnant d'une augmentation du fibrinogène. Ces modifications concordantes de fibrinogène et de la vitesse de sédimentation sont à retenir dès maintenant, car elles sont très importantes en ce qui concerne le mécanisme de la sédimentation. Poppert et Kreinbler sont arrivés à des conclusions analogues à celles de Schindéra.

En chirurgie, la recherche de la vitesse de sédimentation a été peu pratiquée. Elle serait cependant susceptible d'y fournir des rènseignements aussi intéressants que la recherche de la leucocytose, et même quelquefois que la température. En effet un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels Korabelnikow (3) ont constaté que toute infection qui retentit sur l'état général produit une accélération de la vitesse de sédimentation parallèle à l'intensité de l'infection. Il y aurait là une réaction plus sensible encore que les oscillations de la température, et qui pourrait rendre des services appréciables pour déceler les infections latentes et les foyers inflammatoires non refroidis : par exemple, en cas d'appendicite, le refroidissement du foyer se mesurerait d'après le retour à la normale de la vitesse de sédimentation ; autant que celle-ci reste supérieure au chiffre physiologique, c'est que l'inflammation appendicilo-péritonéale continue à évoluer.

Les tuberculoses chirurgicales donnent une accélération en raison directe de la gravité du processus au point de vue de son influence sur l'ensemble de l'organisme. La vitesse de sédimentation pourrait être utilisée ici quand on hésite entre un traitement conservateur ou opératoire.

Après une fracture fermée, après toute blessure stérile, la vitesse de sédimentation devient accé-

(1) Maria Lederer. *Monat. f. Kind.*, mars 1924.

(1) Mironesco. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 juin 1923.
(2) Schindera (de Breslau). *Deut. Arch. f. klin. Med.*, mai 1924.
(3) Korabelnikow. *Ekatern. med. Journ.*, 1924. t. IV.

lérée, et retourne à l'état normal après cicatrisation. Les brûlures, quel que soit leur siège, précipitent le temps de sédimentation (1).

L'ostéochondrite, les corps étrangers intra-articulaires ne modifient que peu la vitesse de sédimentation, et passagèrement.

Mais c'est principalement dans les *affections gynécologiques* que la vitesse de sédimentation a été recherchée et qu'elle peut rendre des services. Gueissaz a insisté sur ce sujet dans un travail récent (2). La vitesse de sédimentation est très accélérée dans la tuberculose génitale. Toutefois elle est à étudier surtout dans les infections gynécologiques du type annexite banale : dans ces cas, quand la vitesse de sédimentation n'est pas au chiffre normal, c'est que, comme pour l'appendicite, la collection n'est pas complètement refroidie. Par là, la vitesse de sédimentation peut donner des indications précises qui, jointes à l'étude de la température et de l'état général, font juger de l'opportunité d'une intervention. Une vitesse de sédimentation normale = foyer refroidi. Il faut toujours se méfier d'une vitesse de sédimentation trop rapide, témoin le cas suivant de Gueissaz : un cas de fibrome où le diagnostic était facile à faire, où tout semblait favorable à l'opération, sauf une vitesse de sédimentation anormalement accélérée. Le fibrome cachait un pyosalpinx qu'un examen clinique minutieux n'avait pas même fait soupçonner. Inversement, dans les cas où la vitesse de sédimentation est, et reste normale, elle permet d'éliminer presque à coup sûr une affection inflammatoire ou une tumeur maligne de l'appareil génital et de ses annexes. Par contre la vitesse de sédimentation est normale dans les cas de myomes simples (sans infection ni nécrose), et de kystes de l'ovaire (sans dégénérescence maligne). D'après Gueissaz, la vitesse de sédimentation s'impose avant chaque opération gynécologique comme l'analyse d'urines.

*
* *

Nous allons maintenant rechercher quelle est la valeur de la sédimentation des hématies dans les différentes affections chroniques. D'une façon générale elle est perturbée dans ces cas et subit des hauts et des bas en rapport avec les phases d'aggravation ou d'amélioration de la maladie.

IV. **La vitesse de sédimentation dans la tuberculose pulmonaire**. — La valeur clinique de la vitesse de sédimentation dans la tuberculose pulmonaire est encore discutée. Toutefois, si certains phtisiologues (3) lui dénient toute importante pratique et ne lui accordent qu'un intérêt biologique, théorique, la plupart l'estiment capable de fournir des renseignements intéressants. C'est d'ailleurs dans la tuberculose que la vitesse de sédimentation a été le plus étudiée et cela se comprend si l'on pense combien il serait profitable pour les malades d'avoir un *critérium diagnostique et évolutif* de cette maladie, surtout un critérium facile à mettre en œuvre comme l'est l'épreuve de la vitesse de sédimentation.

(1) FRIEDRICH. *Zeit. f. die experim. Med.*, juillet 1921.
(2) GUEISSAZ. *Revue méd. de la Suisse romande*, mai 1923.
(3) KATZ, RABINOWITSCH, KEMPNER, MÜLLER. *Zeit. f. Tub.*, 1923, p. 401 et 425.

En ce qui concerne le rôle de la vitesse de sédimentation dans le diagnostic, tous les auteurs sont d'accord : la vitesse de sédimentation n'a qu'une importance réduite dans le diagnostic de tuberculose. Cette méthode doit à ce point de vue être considérée comme un simple symptôme clinique, n'ayant pas plus de valeur pathognomonique en lui-même qu'un amaigrissement ou un état d'anémie isolé. Associée à d'autres manifestations tuberculeuses, elle tire sa valeur diagnostique davantage de cette association même que de son existence propre.

Il ne s'agit pas là en effet d'une réaction spécifique. L'accélération de la vitesse de sédimentation se montre dans trop de conditions physiologiques et pathologiques, ainsi qu'on peut le voir dans le présent travail. Et d'autre part, la valeur des renseignements qu'elle fournit s'effacera toujours, comme le font observer Salomon et Valtis, devant les examens de crachats, la radiologie, et les inoculations.

Cependant dans quelques cas complexes, élimination étant faite des diverses autres causes possibles capables de perturber la vitesse de sédimentation, celle-ci peut être utile. En présence d'une sclérose pulmonaire quelconque à forme bronchitique banale, ou ectasique, ou localisée telle qu'une sclérose apicale, une vitesse de sédimentation *constamment* normale à des examens répétés peut permettre d'exclure l'existence d'une lésion tuberculeuse en activité, à condition toutefois de ne pas être en opposition flagrante avec les signes cliniques. Elle constitue donc un supplément d'information dont il ne faut systématiquement ni diminuer ni exagérer l'importance.

Pour éliminer les résultats incertains fournis par la réaction en matière diagnostique, Graefe, Katz et Rheinwein ont conseillé d'associer la recherche de la vitesse de sédimentation avec l'injection souscutanée de petites quantités de tuberculine (0,01 milligramme à 0,1 milligramme) : il n'y a alors pas de modification de la vitesse de sédimentation chez le sujet normal tandis qu'il y a une vive accélération chez le tuberculeux, à cause de la réaction de foyer que détermine la tuberculine et qui provoque la mise en liberté d'albumine de basse dispersion par désagrégation du foyer tuberculeux. Dans ces conditions l'épreuve présenterait une réelle valeur diagnostique surtout dans les formes incipientes. Il a paru à Düll que si la première injection paraissait peu d'accord avec la clinique, il est indiqué d'en faire une seconde avec une dose plus forte.

De tels renseignements pourraient être obtenus non seulement dans la tuberculose pulmonaire mais encore dans d'autres localisations bacillaires. Dans la pleurésie séro-fibrineuse, la vitesse de sédimentation s'élève très haut et très rapidement au moment de la constitution de l'épanchement; nous avons trouvé 19 milligrammes dans un cas au début. Puis le temps de sédimentation baisse quand l'épanchement est stabilisé.

La laryngite tuberculeuse détermine un accroissement exceptionnellement rapide de la vitesse de sédimentation (Delhaye).

D'ailleurs, ici comme toujours, il ne peut être question de résultats globaux; il faut sérier les catégories ; s'il est vrai que la vitesse de sédimentation est modifiée dans la tuberculose pulmonaire, ces modifications sont en rapport avec les deux grands caractères qui sont la marque propre d'un cas donné,

je veux dire : d'une part la forme anatomique de la maladie, d'autre part l'évolutivité du foyer.

Au point de vue anatomo-pathologique, il est exact que les formes incipientes correspondantes à l'essaimage ou au développement des granulations tuberculeuses, ou encore les formes fibreuses si fréquentes (et d'ailleurs si difficiles à distinguer des cas de début) peuvent présenter des vitesses de sédimentation normales ou subnormales. Nous l'avons souvent constaté. Mais il n'en est plus de même en présence des autres formes anatomiques de la maladie, et Delhaye a fait remarquer très justement que les malades à lésions tuberculeuses très étendues ont une vitesse de sédimentation plus rapide que les malades à lésions discrètes même si celles-ci sont en activité. Les cavitaires en particulier ont des chiffres de sédimentation extrêmement élevés, et c'est seulement à la période agonique qu'il y a chez eux un léger fléchissement.

Toutefois, cette remarque étant faite, il nous faut insister sur ce fait qu'avant toute chose, *une vitesse de sédimentation accélérée signifie dans la tuberculose : évolution du foyer*. De là une grande importance de cette épreuve dans le pronostic et les indications thérapeutiques. Nous croyons utile et intéressant de montrer l'unanimité presque absolue des différents auteurs à cet égard, en fournissant en détail leur appréciation.

Nergaard [de Bâle (1)] a étudié 240 malades : l'accélération de la vitesse de sédimentation lui paraît être en général un signe de tuberculose évolutive, mais il peut y avoir des exceptions. Dans le processus guéri, la réaction devient normale ; toute persistance d'une vitesse de sédimentation exagérée doit faire douter d'une évolution favorable malgré l'amélioration clinique. La vitesse de sédimentation est un symptôme utile à ajouter à d'autres.

Delhaye, dans un important travail (2), émet des conclusions analogues : les formes scléreuses ont une vitesse de sédimentation proche de la normale ; les formes fibro-caséeuses communes sédimentent beaucoup plus rapidement que les non bacillifères. L'hémoptysie accroît notablement la vitesse de chute. Delhaye pense également que, même si tous les signes cliniques sont redevenus normaux, mais si la vitesse de sédimentation reste élevée, cela indique une absence de stabilisation du foyer tuberculeux et la possibilité d'une reprise évolutive à plus ou moins longue échéance.

Cordier et Chaix (3) ont observé une concordance presque constante entre la vitesse de sédimentation et l'évolution clinique : une sédimentation élevée signifie évolutivité : une sédimentation faible signifie latence ou guérison.

Sauvan et Simonpietri (4) ont trouvé un indice de sédimentation particulièrement élevé dans les tuberculoses cavitaires avec cachexie, et un indice moyen dans les tuberculoses scléreuses avec état général stationnaire. Les complications de la tuberculose entraînent une accélération de la vitesse de sédimentation.

Grimbert (5) a constaté chez un malade à peu près stabilisé, une accélération soudaine de la vitesse de sédimentation. Peu après, ce malade fit un bloc de pneumonie caséeuse. Cette complication n'avait été annoncée par aucun autre signe que l'accélération de la vitesse de sédimentation.

(1) SCHWEIZ. *Med. Woch.*, 1923, n° 48.
(2) DELHAYE. *Revue de la tuberculose*, déc. 1923.
(3) CORDIER et CHAIX. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, avril 1924.
(4) SAUVAN et SIMONPIETRI. *Marseille méd.*, 25 août 1924.
(5) GRIMBERT. *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 101.

Salomon et Valtis (1) concluent d'une étude sur plus de 80 sujets que la réaction de sédimentation a une valeur pronostique incontestable dans la tuberculose. Aux formes évolutives appartient une vitesse de sédimentation très accélérée (25′ dans la technique de Linzenmeyer) ; aux formes à évolution lente, à tendance fibreuse, peu intoxicantes correspond une vitesse de sédimentation de 70′ à 120′.

Poppert et Kreindler (2) arrivent à des résultats analogues.

Düll (3) trouve lui aussi une accélération de la vitesse de sédimentation dans les foyers tuberculeux en activité ; cependant ce fait serait d'après lui inconstant et l'on pourrait trouver dans ces cas une vitesse de sédimentation à peu près normale. Il pense en outre qu'on ne peut s'appuyer sur la réaction pour établir une distinction entre les types anatomo-pathologiques.

Nous-mêmes, sur un grand nombre de tuberculeux observés depuis un an, avons constaté les moyennes suivantes (technique indiquée plus haut) :

Formes fibreuses : 8 à 15 millimètres.
Formes ulcéro-caséeuses : 15 à 25 millimètres.
Formes cavitaires : 20 à 30 millimètres.
2 cas de pneumonie caséeuse : 30 à 40 millimètres.
1 cas type phtisie galopante : 25 millimètres.

Nous avons observé quelques cas où il y avait discordance entre les signes cliniques nets et la vitesse de sédimentation qui était normale. Ces cas concernaient presque tous des tuberculoses au début, avec état général relativement favorable, et s'améliorant franchement par la cure hygiéno-diététique.

Tout ce qui précède concerne à peu près exclusivement des cas d'adultes. Chez l'enfant, Gardère et Lainé (4) ont constaté des résultats semblables : la sédimentation horaire peu accusée chez les tuberculeux latents est nettement plus rapide chez les tuberculeux à évolution rapide et à grosses lésions. Par contre pour toute une série de cas à pronostic réservé, la sédimentation a donné des résultats à peu près les mêmes que chez les latents. Toujours chez les enfants, ces auteurs ont trouvé une sédimentation totale le plus souvent, mais pas toujours parallèle à la sédimentation horaire : la sédimentation totale reflète davantage l'étendue des lésions anatomiques que l'évolutivité actuelle. Cette constatation nous paraît extrêmement intéressante et il y aurait lieu de la rechercher systématiquement chez les adultes.

Par le rapprochement de ces différentes opinions, il commence à être possible de se faire une idée nette concernant la valeur de la vitesse de sédimentation dans la tuberculose ; cette valeur est facile à résumer : l'accélération de la vitesse de sédimentation indique l'évolutivité du foyer tuberculeux. Sa recherche est d'autant plus intéressante que ces modifications de la vitesse de sédimentation ont précédé de longtemps, dans plusieurs observations, les manifestatians cliniques. Une vitesse de sédimentation qui se rapproche de la normale indique

(1) SALOMON et VALTIS. *Revue de la tuberculose*, 1925, n° 2.
(2) POPPERT et KREINDLER. *Ann. de méd.*, janv. 1925.
(3) DÜLL. *Münch. med. Woch.*, 27 mars 1925.
(4) GARDÈRE et LAINÉ. *Paris méd.*, 1925, n° 1.

une amélioration. Cependant, dans quelques cas, rares mais certains, on a pu noter une vitesse de sédimentation normale coïncidant avec des signes cliniques d'aggravation. En somme, la recherche de cette réaction est susceptible d'apporter des renseignements pronostiques précieux, mais elle peut être infidèle.

D'autre part, il est un point sur lequel, à notre avis, les auteurs n'insistent pas suffisamment : c'est qu'une réaction isolée n'a qu'une signification limitée. Ce qu'il faut faire, c'est de procéder à des *recherches en série pour le même cas*. Seules ces recherches en série possèdent véritablement leur valeur pronostique et même diagnostique. La courbe de sédimentation est souvent évocatrice par son seul aspect.

Mais, si réellement la recherche de la vitesse de sédimentation possède cette valeur au point de vue de l'évolution et du pronostic, cette notion doit se vérifier par une tendance de la vitesse de sédimentation vers la normale dans tous les cas de thérapeutique aboutissant à une amélioration ou à une guérison. Sans nous arrêter aux résultats de la cure hygiéno-diététique, il faut savoir que la phrénicotomie ralentit dans les cas heureux le temps de chute des hématies; de même la thoracoplastie extrapleurale, quand le collapsus obtenu est suffisant (1).

Malgré l'intérêt attaché à ces modes de traitement, c'est surtout dans le *pneumothorax artificiel* qu'il était intéressant de rechercher les modifications de la vitesse de sédimentation Delhaye, Salomon et Valtis, Gardère et Lainé, Düll ont signalé la possibilité de suivre les bons effets de la collapothérapie par l'amélioration de la vitesse de sédimentation. Nous-mêmes avons suivi à ce point de vue plusieurs malades chez lesquels nous avions pratiqué un pneumothorax dans le service de notre maître, le professeur Olmer. Devant consacrer aux rapports de la vitesse de sédimentation avec le pneumothorax un travail particulier, nous y renverrons le lecteur pour les détails (2). Disons seulement ici que l'amélioration de la vitesse de sédimentation est parallèle à l'amélioration clinique, et qu'en outre la recherche de la vitesse de sédimentation permet dans un certain nombre de cas de déceler avant l'examen clinique des complications du traitement telles qu'épanchement pleural ou évolution d'un foyer tuberculeux dans le poumon opposé. C'est dire son intérêt dans la conduite du traitement.

En résumé, la recherche de la vitesse de sédimentation nous paraît devoir entrer dans la pratique phtisiologique au même titre que la notation de la température et du poids. Elle mesure assez exactement « le degré de défaillance ou de résistance » (3) de l'organisme et étaye le pronostic : l'établissement sur un même graphique des courbes de température, de poids, et de sédimentation, la comparaison de ces courbes à différents moments nous paraissent donner au pronostic de la maladie une précision objective qui mérite attention.

(*A suivre.*)

(1) Düll. Loc. cit.
(2) *Sud méd. et chir.*, sept. 1925.
(3) Delhaye. Loc. cit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1926)

Action de la yohimbine et des alcaloïdes de l'ergot sur l'innervation vaso-motrice sympathique du rein. — M. Raymond Hamet.

Sur l'action physiologique des rayons ultraviolets transmis par les verres légers d'usage courant. — MM. S. Risler et Foveau de Courmelles.

Immunité naturelle de l'anguille vis-à-vis du virus rabique et action rabicide de son sérum. — Mme Phisalix.

Epithéliomas de Rœntgen ulcérés guéris par la haute fréquence (diathermo-coagulation). — M. X. Debedat apporte une auto-observation dont l'intérêt pour les blessés des rayons X est considérable. Il montre que la diathermo-coagulation appliquée sans perdre de temps et avant toute généralisation vient à bout des redoutables lésions.

Après avoir rendu hommage à Bordier (de Lyon), dont le traitement fit disparaître rapidement les douleurs et amena une guérison complète, l'auteur adjure les confrères blessés d'adopter sa conduite et il conclut : « *On ne devrait plus mourir du cancer des radiologistes.* »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1926)

Déclaration d'une vacance dans la section de chirurgie et accouchements, en remplacement de M. Wallich, décédé.

M. Pierre Duval lit une excellente notice nécrologique sur M. Maunoury.

Les malades étrangers en France. — M. le professeur Léon Bernard rapporte les conclusions de la Commission nommée à propos du nombre considérable de malades étrangers dans les hôpitaux. Il montre les causes de l'immigration en France consécutives à la dépopulation, à la guerre et aux nécessités de la main-d'œuvre. Mais ce phénomène doit entraîner comme conséquence un contrôle technique, moral et sanitaire.

La Commission n'a pas cru devoir élaborer le programme de ce contrôle qui a été fait ailleurs par M. Léon Bernard. Elle pense que l'Académie n'a qu'à inviter les Pouvoirs publics à organiser ce contrôle, notamment le contrôle sanitaire dont la nécessité, tant au point de vue de l'assistance que de la prophylaxie, lui est apparu de manière impérieuse. Elle soumet au vote de l'Académie le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, informée du nombre considérable d'étrangers soignés dans nos hôpitaux alors qu'ils étaient plus ou moins récemment entrés dans notre pays, sans avoir été préalablement soumis à un examen médical suffisant ; émue des conséquences fâcheuses de cet état de choses, tant au point de vue des charges d'assistance que des dangers pour la santé publique qu'il entraîne, demande aux Pouvoirs publics d'organiser sans retard le contrôle sanitaire de l'immigration. »

— Après une discussion, à laquelle ont pris part MM. Letulle, Carnot, Jeanselme, Sergent et Cazeneuve, ce vœu est adopté à l'unanimité.

Les formes filtrantes du virus tuberculeux. — M. Henri Durand.

L'augmentation du nombre des aliénés. — M. R. Benon (de Nantes) signale l'accroissement du nombre des aliénés hospitalisés à l'asile du département de la Loire-Inférieure. Parmi les facteurs susceptibles d'expliquer cette situation, il met aux premiers rangs : l'alcoolisme, la guerre et le surmenage de la vie moderne. L'action des causes infectieuses, et notamment de la syphilis, paraît être plutôt en décroissance.

Conservation du poisson par le froid. — M. le professeur DESGREZ présente une note de MM. A. Loir et Legangneux (du Havre) sur une question dont il a déjà parlé à l'Académie de médecine à la séance du 12 mai 1925 comme rapporteur de la commission du poisson. Les auteurs insistent sur la différence qui existe entre le poisson conservé dans la glace selon la méthode employée en ce moment sur les chalutiers et celui mis dans les frigorifiques qui pourraient et devraient être installés à bord de grands navires qui iraient pêcher dans les mers où le poisson est très abondant.

En ce moment nous ne mangeons que du poisson conservé à 0 degré. Dans un frigorifique où il serait placé dès le moment où il est pêché, le poisson conserverait ses qualités de poisson frais. C'est une question économique importante et un moyen de lutter contre la vie chère.

C'est aussi une question d'hygiène alimentaire à étudier de près car dans l'alimentation les résultats donnés par le poisson frais sont différents de ceux donnés par le poisson conservé souvent pendant une quinzaine de jours dans la glace fondante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1926)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de Maunoury et prononce son éloge.

Anus provisoires. — MM. Anselme SCHWARTZ et ALGLAVE, à propos du rapport de M. Cunéo sur un travail de M. Pauchet, font connaître certaines modifications qu'ils ont apportées dans le traitement des anus artificiels provisoires à la suite de résections intestinales.

La péricardotomie. — M. DUGUET, à propos du rapport de M. Bazy fait dans la dernière séance, rapporte l'observation d'un malade entré au Val-de-Grâce pour une péricardite avec pleurésie sèche. La radioscopie montre l'existence d'un épanchement péricardique important. En raison de la dyspnée intense, M. Duguet intervient en 1921. Sous anesthésie locale il pratiqua l'opération de Delorme. Décollement du sternum, libération du cœur, incision du péricarde, d'où s'écoule un demi-litre de liquide brunâtre. Le cœur se trouve bridé par d'épaisses adhérences. M. Duguet se contente alors de fermer incomplètement le péricarde. Le malade est soulagé. Mais au septième jour l'examen radioscopique montre que l'épanchement s'est reproduit. Malgré cela le soulagement persiste. Le péricarde, un matin, se vide dans le pansement. Reste une fistule qui devient le point de départ d'une infection qui emporte le malade, malgré les soins les plus attentifs. L'examen bactériologique n'a pas montré de bacilles de Koch et les inoculations aux cobayes sont restées stériles. Ce fait, ajouté à beaucoup d'autres, montre que ces interventions sur le péricarde, dans les cas de péricardite avec épanchement, peuvent être suivies d'infections graves, malgré l'application la plus rigoureuse de soins antiseptiques.

Thoracotomie précordiale. — M. HARTMANN fait un rapport sur un travail de MM. Bergeret et Théodoresco ; travail appuyé sur une observation : un jeune homme de vingt-trois ans se trouve atteint de complications cardiaques de rhumatisme avec œdème. Rien dans les urines. Insuccès de la médication digitalique. Intervention chirurgicale le 29 juillet 1924. Anesthésie locale. Résection des deuxième, troisième et quatrième côtes et thoracotomie antérieure. Grande amélioration qui persista dix-sept mois après.

Lecène, en 1919, a réuni 20 observations analogues. M. le Rapporteur en a recueilli, de son côté, 43, ce qui fait un total de 63 cas. D'après l'étude de ces cas, il résulterait que cette opération donnerait 12 p. 100 de mortalité. Elle n'est donc pas sans une certaine gravité. Mais cette libération des adhérences péricardiques par la suppression de la paroi osseuse est un excellent moyen de conjurer les accidents de cardiolyse ou de compression et d'immobilisaiton cardiaques. La plupart des auteurs des observations parlent d'anesthésie locale, M. Hartmann ne voit aucun inconvénient à recourir à l'anesthésie générale. En résumé, une résection costale de 8 à 9 centimètres et au besoin une résection partielle du bord gauche du sternum constituent une excellente intervention. Il n'y a pas à craindre la régénération osseuse.

La thoracotomie précordiale, ou opération de Bauer, mérite donc d'être appliquée plus souvent au traitement des accidents résultant des adhérences péricardiques.

Tumeurs à myéloplaxes et kystes des os. — M. TAVERNIER (de Lyon) fait une communication très documentée sur les rapports de ces deux lésions et sur les caractères communs qu'elles présentent. Il croit pouvoir conclure, cependant, à une certaine individualité clinique de chacune d'elles.

Cette communication donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Dujarier, Cunéo, Mouchet, Heitz-Boyer, Ombrédanne et Gernez.

Election. — M. GERNEZ est nommé second secrétaire annuel.

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1926)

L'opération de Brauer dans le traitement des péricardites adhésives. — M. GRÉGOIRE répondant à l'appel de M. Hartmann, apporte un nouveau fait : Il s'agit d'un jeune homme qui à la suite d'une rougeole, à huit ans, présenta des manifestations rhumatismales articulaires qui furent suivies d'une affection cardiaque caractérisée par un souffle systolique. Bientôt apparurent des crises d'asystolie graves, avec dyspnée intense, œdème des membres inférieurs. M. Grégoire, devant l'inefficacité du traitement digitalique se décida à pratiquer chez ce jeune homme l'opération de Brauer. Après une légère amélioration, il succomba le seizième jour après l'opération.

Ce fait prouve une fois de plus la gravité de ces interventions dans les cas où, comme chez ce jeune homme, elles sont pratiquées trop tardivement.

M. TUFFIER a obtenu un bon résultat de cette même intervention dans un cas d'hypertrophie cardiaque sans péricardite.

Sténose pyloro-duodénale. — Gastro-entérostomie. — M. ROUX-BERGER fait un rapport sur une observation de M. Pérard (de Casablanca).

Hernie diaphragmatique, blessure de guerre, thoracotomie. — M. ROUX-BERGER analyse une seconde observation de M. Pérard : hernie diaphragmatique ; thoracotomie, guérison.

Malformation carpienne. Immobilisation prolongée, accidents consécutifs. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation de M. Lheureux (de Lille) qui fut appelé à examiner le poignet d'un enfant après un an d'immobilisation. La radiographie montre un poignet normal. Malgré un traitement approprié, il reste une très faible récupération fonctionnelle, conséquence de l'immobilisation prolongée.

Résection du genou. — M. FREDET montre 27 radiographies de résection du genou qu'il a faites depuis 1913 et qui toutes ont guéri. Deux fois seulement il a été obligé de pratiquer une amputation de cuisse secondaire.

Section des réseaux communiquants. — M. Louis BAZY a pratiqué l'opération de Leriche chez un acrobate qui, à la suite d'une chute de 12 mètres, a dû être amputé et qui à la suite de cette amputation conservait des douleurs intolérables dans la région lombaire.

M. Bazy sectionna les racines communiquantes se rendant aux ganglions se trouvant au niveau de la IIe et de la IIIe vertèbres lombaires. Il y eut une légère hémorragie facilement arrêtée. M. Bazy ne trouve pas que l'éclairage frontal soit parfait. Il préfèrerait des écarteurs éclairants. L'opération a été suivie d'une très grande atténuation des douleurs.

Fibrome de la paume de la main. — M. AUVRAY présente un fibrome de la paume de la main qu'il avait pris pour une synovite fongueuse, extraction facile.

Election. — La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. M. Capette est élu.

(SÉANCE ANNUELLE DU 20 JANVIER 1926)

Ce fut une belle séance où l'on entendit des discours vraiment éloquents. Le public, surtout féminin, y était fort nombreux, mais, comme tous les ans, il y avait fort peu de membres. Il est regrettable que nos jeunes collègues se désintéressent ainsi de cette séance solennelle, surtout quand c'est un J.-L. Faure qui préside et un Lenormant qui prononce l'éloge traditionnel.

M. J.-L. FAURE, avec son charme habituel, a remercié ses collègues, les a incités au travail, les met en méfiance contre l'indifférence et préfère encore les séances agitées et tumultueuses qui nécessitent l'usage de la sonnette présidentielle. Toujours amoureux de son art, M. Faure, dans ces conseils, insiste sur les satisfactions que procure la chirurgie. Elle seule, dit-il, ne trompe pas. Son brillant passé permet d'espérer de nouvelles conquêtes dans l'avenir.

M. MOUCHET, secrétaire annuel, donne lecture du compte rendu des travaux de l'année. Il se tira fort bien de cette tâche ingrate. Cette année, comme les autres, la Société de chirurgie est restée fidèle à sa devise : Vérité dans la science et moralité dans l'art.

M. LENORMANT a prononcé un fort bel éloge de Gustave et de Charles Monod. C'est l'histoire des Monod qu'il nous a faite, histoire souverainement édifiante comme exemples de sagesse, de probité, d'amour du travail, de simplicité et de parfaite honorabilité.

S'inspirant de ces édifiants exemples, il a terminé par un portrait émouvant du chirurgien moderne qui se trouve ainsi réhabilité et vengé des critiques mondaines le plus souvent fort injustes.

CONGRÈS

JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES. — Le Congrès durera du vendredi 2 au lundi de Pâques 5 avril 1926 à Tunis; les séances auront lieu au Pavillon municipal du Belvédère, où sera organisée une Exposition d'hygiène et des industries se rattachant à la médecine, la chirurgie et la pharmacie.

Les questions médico-chirurgicales mises à l'ordre du jour sont : *a.* Chirurgie gastro-duodénale; *b.* Fièvre méditerranéenne; *c.* Prophylaxie et traitement de la rougeole; *d.* Le trachome.

Vendredi 2. — Matin : arrivée des congressistes. (Réception, logement.)

Après-midi : à 14 h. 30, ouverture du Congrès et de l'Exposition, sous la présidence du Ministre Résident général. A 16 h., 1re séance du Congrès. A 21 h., fête arabe (chez Son Excellence Sidi Dinguizli et son frère le docteur Dinguizli) après visite des souks illuminés.

Samedi 3. — Matin : visites : hôpitaux, Instituts, abattoirs, etc.

Après-midi : 2e séance du Congrès. A 21 h. 45, réception des congressistes à la Résidence générale.

Dimanche 4 (Pâques). — 1° Excursion (offerte aux congressistes, à Carthage; 2° Excursions libres : Ruines de Dougga, de Thuburbo-Majus; Korbous; tour du golfe de Tunis en mer. A 20 h., représentation au Théâtre municipal.

Lundi 5. — 3e et 4e séances du Congrès. A 20 h., banquet de clôture offert par le Comité aux congressistes.

Adhésions au Congrès. — La cotisation individuelle est fixée à 100 fr. pour les adhérents de Tunisie (femmes et parents ou enfants) 50 fr.

Les médecins de la guerre et de la marine, les vétérinaires militaires et leurs familles n'auront à acquitter que 50 fr. de cotisation individuelle.

Les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine bénéficieront d'une cotisation exceptionnellement réduite à 40 fr.

Les congressistes étrangers à la Tunisie auront à acquitter une cotisation fixée uniformément pour eux et leurs familles à 40 fr. par personne.

Renseignements pour des congressistes venant de France. — Les réductions consenties aux adhérents du Congrès, qui recevront (en temps utile) une carte donnant droit à ces avantages, ne sont pas encore exactement connues — les grands réseaux français n'ont pas encore fait connaître les réductions consenties (le Comité d'organisation escompte au moins 30 p. 100.)

Cependant, à titre d'indication, le Comité d'organisation fait connaître que : le prix du passage *Marseille-Tunis-Marseille* sera de 624 fr. en 1re classe et de 440 fr. en 2e classe. Sauf nouvelle réduction qui pourrait être obtenue ultérieurement. Les prix ci-dessous comportent déjà 20 p. 100 de remise sur les prix totalisés de l'aller et du retour ordinaires.

Pour arriver à Tunis le jour même de l'ouverture du Congrès, les congressistes devront s'embarquer à Marseille par le paquebot de la Compagnie Générale Transatlantique du mercredi 31 mars 1926 (départ à 17 h.).

Le retour s'effectuera : 1° par le paquebot quittant Tunis le samedi 10 avril, à 17 h., pour les congressistes ne prenant part qu'à l'excursion de quatre jours en Tunisie; 2° par le paquebot quittant Tunis le mardi 13 avril (via Bizerte) pour les congressistes prenant part à l'excursion de six jours en Tunisie.

Les congressistes ont intérêt à retenir par lettre leurs places le plus longtemps possible à l'avance en s'adressant pour le voyage aller : à la Compagnie Générale Transatlantique, quai de la Joliette à Marseille; pour le retour : à la Compagnie Générale Transatlantique, rue Es-Sadika, à Tunis. — Bien spécifier la classe et le nombre de places (dames ou messieurs).

Excursions de quatre et six jours en Tunisie. — Le prix, approximatif, de l'excursion de quatre jours (Tunis, Sousse, El-Djem, Sfax, Gabès, Kairouan, Tunis) sera de 650 fr. environ, tous frais compris, chemin de fer, auto, hôtel, restaurant (sauf les vins), sauf augmentation du coût général de la vie.

L'excursion de six jours (Tunis, Sousse, El-Djem, Sfax, Gafsa, Tozeur, Nefta, Sbeïtla, Kairouan, Tunis) coûtera approximativement 950 fr. environ, tous frais compris, sauf augmentation du coût général de la vie.

Les congressistes auront en outre la faculté de visiter Tunis, Le Bardo, Sidi-bou-Saïd, La Marsa, Carthage, le dimanche de Pâques s'ils ne participent pas à d'autres excursions; le lundi (en dehors des séances du Congrès), le samedi et le lundi suivants.

(Des tarifs très sensiblement réduits seront obtenus pour les circuits touristiques et dans chaque ville des Comités locaux seront organisés pour faciliter les excursions aux congressistes).

Durée d'absence : Calculée au départ de Paris, l'absence des congressistes aura une durée de seize jours avec le grand circuit touristique (excursion de six jours) et de douze jours avec le petit circuit touristique (excursion de quatre jours).

Séjour à Tunis. — Les hôteliers et restaurateurs n'ont pas encore donné leurs prix, ceux-ci étant naturellement sujets à variations avec le renchérissement croissant de tout.

Actuellement on peut fixer le prix moyen de journée (hôtels modestes) à Tunis à 50 fr. par personne (sans engagement).

Le Comité d'organisation pense pouvoir faire mettre à la disposition des congressistes des lits dans les internats des lycées et collèges, à des prix très modérés. Il donnera, en temps opportun, la nomenclature complète des restaurants avec leurs prix,

Pour inscriptions, renseignements et souscriptions, s'adresser au docteur F. Gérard, secrétaire du Comité, 100, rue de Serbie, à Tunis.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — CONGRÈS DE ROME (7-10 avril 1926). — *Programme provisoire* (indépendamment du voyage en Italie). — Mardi 6 avril, à 15 heures : Réunion du Comité international.

Mercredi 7 avril, à 10 heures : Séance inaugurale du Congrès; — A 14 heures : Séance scientifique. a. *Curiethérapie du cancer utérin.* Rapporteurs : MM. O. Beuttner (Genève), E. Pestalozza (Rome), S. Recasens (Madrid), C. Regaud (Paris); b. *Abcès du foie.* Rapporteurs : MM. L. Dominici (Rome), P. Petridis (Alexandrie); — A 21 heures : Réception du Gouverneur de Rome.

Jeudi 8 avril, à 9 heures : Séance opératoire dans les hôpitaux; — A 14 heures : Séance scientifique. *Thérapeutique des tumeurs cérébrales.* Rapporteurs : MM. A. W. Adson (Rochester), R. Bastianelli (Rome), H. Brun (Lucerne), T. de Martel (Paris), R. Lozano (Saragosse), Percy Sargent (Londres); — A 22 heures : Réception du Président.

Vendredi 9 avril, à 8 heures : Séance scientifique. *Chirurgie de la rate.* Rapporteurs : MM. Cortès-Llado (Séville), Henschen (Saint-Gall), N. Leotta (Bari), Papayoannou (Ghezireh), M. Patel (Lyon); — A 10 h. 1/2 : Séance administrative; — A 14 heures : Excursion à Tivoli. Intermède musical. Thé à la villa Adrienne.

Samedi 10 avril, à 9 heures : Séance opératoire; — A 14 heures : Séance scientifique. *Résultats éloignés de l'épilepsie jacksonienne.* Rapporteur : M. R. Leriche (Strasbourg); — A 21 heures : Banquet offert par les membres italiens.

L'ADMISSION DES ALLEMANDS AU CONGRÈS. — Treize chirurgiens japonais, professeurs aux universités de l'Empire, viennent de faire parvenir aux membres de la Société internationale de chirurgie une déclaration où, à l'occasion du prochain Congrès de Rome, « ils se font l'honneur de proposer l'admission de l'Allemagne et de l'Autriche à la Société internationale de chirurgie ».

Ce vœu, régulièrement présenté, sera soumis au Comité international qui se réunira à Rome avant l'ouverture du Congrès. Mais la réponse est connue dès aujourd'hui : L'admission des chirurgiens allemands est subordonnée à l'entrée de l'Allemagne dans la Société des Nations.

Quant aux chirurgiens autrichiens, leur pays ayant été admis à la Société des Nations, rien ne s'oppose plus à ce qu'ils fassent partie de la Société internationale. Seulement aucun d'eux n'a, jusqu'à présent, introduit de demande. Et on ne voudrait tout de même pas que ce soit nous qui allions les chercher! fait très justement remarquer *Bruxelles médical* à qui nous devons cette nouvelle.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 25 AU 30 JANVIER 1926)

THESES

Lundi 25 janvier. — Jury : MM. Roger, président; Bezançon, M. Labbé et Philibert. — M. CALLEGARI. Action de quelques excitants de la vésicule biliaire chez l'homme. — M. KOUCHENIR. Réinfection tuberculeuse chez le cobaye. — M. CAMUS. Le traitement de l'otite furonculeuse. — M. CERF. Traitement de la fissure anale.

Mardi 26 janvier. — Jury : MM. Brindeau, président; Lejars, Lecène et Vaudescal. — M. SANCHEZ (C.). Etude des ruptures traumatiques du foie sain chez l'homme. — M. SAUTEREAU (A.). Etude de la rupture artificielle des membranes au cours de l'accouchement. — M. GUITTON (J.). Sur les fractures du gros orteil. — M. ZAKINE (R.). Deux cas rares d'hémorragie. — M. LEMARIÉ (Ch.). Etude de l'hystérectomie.

Samedi 30 janvier. — Jury : MM. Gilbert, président; Marfan, Claude et Laignel-Lavastine. — M. NÉGRONI (F.). Etude des émissions sanguines. — M. KRITICOS (S.). Etude de la thrombose de l'aorte. — M. CAUCHY. Traitement du choléra infantile. — M. BOUCHARD (R.). Evaluation du temps dans certains troubles mentaux.

Les Petits précis, publiés sous la direction du docteur A. CANTONNET. — Prix : chaque volume in-18, 8 fr. 50. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE.* . . . 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — *Section de chirurgie.* — *Jugement des mémoires.* — Séance du 18 janvier. — MM. Bernard, 28; Laquière et Marchant, 27; Raiga et Risacher, 28.

Epreuve orale. — Séance du 21 janvier. — Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement du cancer du col de l'utérus. »

MM. Marchant et Bernard, 17; Laquière, 15; Raiga, 16.

Epreuve écrite. — Séance du 23 janvier. — Question donnée : « Nerf obturateur; circulation veineuse; abcès du cerveau. »

MM. Bernard, 25; Raiga, 28; Laquière et Marchant, 29.

1° Médaille d'or : M. Marchant, 73.
2° Médaille d'argent : M. Raiga, 72.
3° Accessit : M. Laquière, 71.

— RÉPARTITION, DANS LES SERVICES HOSPITALIERS, DE MM. LES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES EN MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1926-1927. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1926-1927, savoir :

MM. les élèves internes pour entrer en fonctions le 15 février 1926. — Internes et internes provisoires le mardi 9 février à 14 h. 30.

MM. les élèves externes pour entrer en fonctions le 1er mars 1926. — Ceux appartenant aux promotions de 1921 et aux promotions antérieures le vendredi 12 février à 14 h. 30; ceux de 4e année externes ayant concouru en 1922 le lundi 15 février à 14 h. 30; ceux de 3e année externes ayant concouru en 1923 le mercredi 17 février à 14 h. 30; ceux de 2e année ayant concouru en 1924 le vendredi 19 février à 14 h. 30; ceux de 1re année externes ayant concouru en 1925 le mardi 23 février à 14 h. 30.

MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement au concours.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — TOULON. — A la suite du concours qui a eu lieu devant la Faculté de médecine de Montpellier, M. le docteur Gaston Laurès a été nommé médecin des hôpitaux de Toulon).

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation de médecine* (session des 3 et 4 décembre 1925).

Première division. — Morphologie. Section C *bis* : bactériologie.

Académie de Paris : M. Hauduroy, 17 + 13 = 30. (*J. O.*, 22 janv. 1926.) [3e liste, voir les listes précédentes, *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 6 et 7].

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Doléris, ancien président de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Jacquinet (de Reims), Laffon (de Saint-Cernin-de-Larche).

M. Jules Choquet (de Paris).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Coustou, conseiller général de la Gironde.

HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier.* — M. Blind (Auguste), médecin à Paris. « Après avoir donné, au cours d'une carrière

déjà longue, l'exemple d'une belle conscience, d'un dévouement et d'un désintéressement dignes des plus vifs éloges et qui lui ont valu l'estime unanime de ses pairs, a contracté, dans l'exercice de sa profession, une affection grave qui met ses jours en danger; 44 ans de services militaires et de pratique professionnelle. »

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Petit, médecin chef de service des Asiles de la Seine, à dater du 19 décembre 1925, a été maintenu provisoirement dans les fonctions de directeur médecin de l'asile agricole de Chezal-Benoît.

Mlle le docteur Pascal, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Châlons (Marne), a été nommée directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Moisselles, en remplacement de M. le docteur Naudascher, appelé à d'autres fonctions.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille d'argent est décernée à M. le docteur Virey (de Paris).

INSPECTION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le docteur Vignon a été nommé sous-inspecteur de l'Assistance publique des Bouches-du-Rhône.

GUERRE. — Est promu :
Au grade de médecin inspecteur. — M. le médecin principal de 1re classe Delmas.

MARINE. — Ont été promus :
Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. Donval.
Au grade de médecin principal. — M. Artur.
Au grade de médecin de 1re classe. — M. Pennober.

JOURNÉES MÉDICALES DE MARSEILLE. — Les Journées médicales marseillaises et coloniales, organisées par le *Marseille médical*, auront lieu en 1927 les mardi, mercredi et jeudi de la semaine après Pâques; on peut, dès maintenant, adresser toute demande de renseignements, soit au bureau du journal (40, allées Léon-Gambetta), soit au Comité provisoire d'organisation présidé par M. le professeur C. Oddo, assisté de MM. le professeur Olmer et le docteur Sauvan.

LE SALON DES MÉDECINS. — Pour la sixième fois il s'ouvrira du dimanche 14 au 24 mars prochain (1926), au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). Médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire organisateur, M. le docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe). Joindre un timbre pour la réponse. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 février, dernière limite.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Scoffier (de Nice), oncle du docteur Grinda, député de Nice, auquel nous adressons nos bien vives condoléances; et de MM. les docteurs Gaston Dantan (de Paris), Ovion (de Toulon), Félix Perrenot (de Puget-Ville), Joseph Deroche (de Roanne), mort victime du devoir professionnel; Cassas (de Lyon), René Dubois (de Paris), Léon Moynac (de Bayonne), Vadon (d'Aix), Eugène Decressac (d'Angoulême), Bagnéris (de Reims), Marcel Seuvre (de Paris), Battle (de Perpignan).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Henri-P. Chatelier, P. Winter, N. Carréga, chefs de clinique, commencera le lundi 8 février 1926, à 2 heures, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.
Droit d'inscription : 250 francs.
Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. J. Jolly, professeur, commencera son cours d'histophysiologie le lundi 1er février, à 5 h. (salle 5) et le continuera les lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Le tissu lymphoïde et les fonctions de nutrition. Les organes lympho-épithéliaux.

Le vendredi, à 5 heures, à partir du vendredi 19 février, il fera au laboratoire une démonstration sur le sujet du cours.

LIVRES NOUVEAUX

Questions actuelles de syphiligraphie (1), suivies d'un index bibliographique de 2.400 travaux de syphiligraphie, parus en 1923 et 1924, en français, anglais et allemand, par Clément SIMON, médecin de Saint-Lazare.

Notre excellent confrère et ami le docteur Clément Simon, médecin de Saint-Lazare et rédacteur en chef du *Bulletin médical*, vient de publier un beau volume consacré aux *Questions actuelles de syphiligraphie*.

Disons-le tout de suite, il ne s'agit pas d'un traité. M. Clément Simon a fait une œuvre autrement utile en étudiant dans une série de chapitres un certain nombre de ces questions toujours en évolution qui intéressent particulièrement les syphiligraphes.

C'est ainsi que les deux premiers chapitres traitent à fond la question de la *pluralité des virus syphilitiques* et celle de la *syphilis traumatique*. Les sept autres chapitres résument des recherches personnelles de l'auteur : l'*Azoospermie avec intégrité des caractères sexuels secondaires*; la *Négativité de la réaction de Bordet-Wassermann au cours de la syphilis secondaire, avec manifestations cliniques*; l'*Influence de la digestion sur les sérums*; l'*Action des préparations insolubles de bismuth à l'égard de la séro-réaction*; l'*Action* in vitro *des extraits pancréatiques sur le trypanosome du nagana et la spirochæta gallinarum*; la *Stomatite arsenicale*, et enfin l'*Action thérapeutique de l'acide formyl-méta-amino-para-oxy-phénylarsinique*.

Le volume est complété par un répertoire bibliographique qui classe méthodiquement 2.400 fiches concernant les travaux de syphiligraphie parus depuis deux ans en français, anglais et allemand. C'est la première fois, croyons-nous, qu'un pareil travail bibliographique est mis à la disposition des chercheurs auxquels il peut et doit rendre de grands services.

Cet ouvrage, qui porte la marque du clair esprit scientifique de son auteur, a été édité avec un soin tout particulier par l'excellent éditeur qu'est M. Amédée Legrand. Il fera grand honneur à la science française. F. L. S.

Les Cinq sens [Les Curiosités de la médecine] (2), par le docteur CABANÈS.

Voici un nouveau livre de notre ami Cabanès et je suis, ma foi, bien embarrassé pour en rendre compte. Il me faudrait redire une fois de plus que Cabanès est le plus spirituel de nos chroniqueurs, qu'il est le plus heureux des chercheurs, et que ses trouvailles sont savoureuses. Ce seraient des banalités qu'il ne me pardonnerait pas.

Lisez donc les « Cinq sens », je suis assuré que vous y trouverez le même agrément que j'y ai trouvé moi-même.

F. L. S.

(1) In-8 de 331 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, A. Legrand.
(2) In-16 de 308 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Le François, 91, boulevard Saint-Germain.

LES INSOMNIES DES TUBERCULEUX

Par MM. Maurice VILLARET,
L. JUSTIN-BESANÇON et René FAUVERT.

L'insomnie est un phénomène banal chez les tuberculeux pulmonaires, mais qui n'en mérite pas moins de retenir l'attention.

Il y a en effet un intérêt capital à traiter un tel symptôme chez ces malades, et cela pour deux raisons :

D'une part, chacun des troubles fonctionnels de la tuberculose pulmonaire (toux, dyspnée, complications digestives, insomnie), retentit gravement sur l'état général du malade. Supprimer l'une de ces manifestations par un traitement approprié contribue donc à améliorer les résultats d'une cure hygiéno-diététique, climatique, chimio-thérapique en cours.

D'autre part, la suppression d'un trouble influant fâcheusement sur le « moral » du malade apporte une utile contribution à la psychothérapie si nécessaire dans une affection chronique. Le retour du sommeil entraîne le retour de l'appétit, aide à supporter certains traitements pénibles, permet au tuberculeux de profiter pleinement de sa cure de repos.

1. **Statistique.** — Dans notre service de tuberculeux pulmonaires de l'hôpital Beaujon, nous avons fait une statistique portant sur 118 malades ayant souffert de périodes d'insomnies passagères, provoquées par les diverses causes que nous analyserons. Certes, tous n'ont pas présenté un syndrome insomnique tenace et récidivant, mais chez tous ont existé des périodes où le sommeil était insuffisant comme durée ou comme qualité.

Si nous considérons un jour donné deux salles de tuberculeux contenant en tout 49 malades (25 femmes et 24 hommes), nous trouvons que 62 p. 100 d'entre eux sont plus ou moins insomniques. Parmi ceux-ci on compte 52 p. 100 d'hommes, 72 p. 100 de femmes.

En dépouillant l'ensemble de notre statistique, on trouve que, d'après les causes de l'insomnie, les malades se classent de la façon suivante :

POURCENTAGE	CAUSES
42 p. 100...	Toux.
32 p. 100...	Insomnies sans cause directe apparente (1).
12 p. 100...	Etat fébrile avec *sueurs*.
6 p. 100...	Dyspnée.
3 p. 100...	Algies.
2 p. 100...	Céphalée.
2 p. 100...	Insomnies liées à la période terminale de l'évolution.
1 p. 100...	Causes diverses et accidentelles (troubles digestifs, vomissements, diarrhées).

En relevant séparément chez les hommes et chez les femmes les causes d'insomnie, nous avons trouvé les mêmes proportions relatives.

2. **Modalités des insomnies.** — Les insomnies se présentent sous diverses modalités qu'il convient d'analyser pour remonter à leurs causes.

A. Tout d'abord il faut faire préciser aux malades ce qu'ils entendent par « n'avoir pas dormi ». Souvent ils se plaindront d'insomnie pour avoir *tardé* une demi-heure *à s'endormir*, ou pour s'être réveillés accidentellement au cours de la nuit. Un premier type d'insomnie est donc l'impossibilité de s'endormir qu'éprouvent certains malades : soit qu'ils aient l'esprit tourmenté par des pensées obsédantes, une inquiétude tenace, soit qu'au contraire leur esprit erre sans pouvoir se fixer.

B. Une autre forme est constituée par des *réveils fréquents*, provoqués souvent par des quintes de toux, dans l'intervalle desquels le malade se rendort à peine.

C. Parfois l'insomnie prend le type du *réveil à une heure à peu près fixe*, et d'ordinaire tardive : Dans une de nos observations, le malade était régulièrement réveillé par une crise de dyspnée à minuit, heure à laquelle on ouvrait les fenêtres donnant sur la rangée où se trouvait son lit. Ces réveils à heure fixe ont souvent également une origine digestive; certains malades digérant lentement dorment mal; d'autres sont réveillés à heure fixe par une sensation de brûlure gastrique ou des coliques.

D. Dans une dernière variété, il n'y a pas absence complète de sommeil, mais le malade a des *cauchemars continuels*, *de la céphalée nocturne*, *de l'agitation*; il se réveille la tête lourde, l'esprit mal disposé, le corps las.

3. **Les diverses causes de l'insomnie et leur traitement particulier.** — Nous avons entrevu déjà la multiplicité des causes de l'insomnie chez les tuberculeux; nous nous proposons d'exposer dans le présent chapitre, d'une part, les résultats de notre analyse clinique, d'autre part, les résultats des diverses thérapeutiques étiologiques que nous avons expérimentées.

a. Insomnies causées par la toux. — Il résulte de notre statistique que la cause la plus fréquente de l'insomnie chez les tuberculeux est la toux : quintes violentes, répétées, épuisantes, ne laissant aux malades aucun repos. Cette toux nocturne est des plus difficiles à calmer. On use avec un succès divers de produits comme : l'orthoformiate d'éthyle soluble, la combinaison codéine-bromoforme.

Nous nous trouvons bien souvent d'ordonner pour la nuit soit une cuillerée de sirop de morphine dans un julep gommeux, soit une potion comportant une dose massive de codéine. La formule suivante nous donne souvent de bons résultats :

Teinture de racines d'aconit...	1g50 à 2	grammes.
Eau de laurier cerise.........	10	—
Sirop de codéine.............	100	—
Julep gommeux.............	60	—

par cuiller à soupe toutes les quatre heures.

On ne peut d'ailleurs pas prolonger une telle médication car il y a intérêt à ne pas fatiguer chez les tuberculeux le tube digestif, dont on sait la susceptibilité et l'importance qu'il y a à maintenir son intégrité.

Aussi se trouve-t-on amené parfois dans ces cas à l'usage d'un hypnotique vrai; par une action inverse on obtiendra alors parfois la sédation des quintes en provoquant le sommeil.

Comme exemple d'un effet indirect, citons encore le cas d'une de nos malades chez laquelle l'institution du pneumothorax artificiel a eu pour résultat de supprimer des quintes de toux qui avaient résisté

(1) Nous nous réservons d'analyser plus loin les insomnies que nous rangeons dans ce groupe.

à toute médication et qui rendaient le sommeil impossible.

b. INSOMNIES SANS CAUSES DIRECTES APPARENTES. — Nous avons classé une proportion importante d'insomnies (32 p. 100) sous la rubrique « insomnies sans causes directes apparentes ». Il nous a paru, en effet, que la catégorie des insomnies dites « nerveuses » ou « pures » ne devait pas être conservée. On range dans ce cadre, par défaut d'analyse, des insomnies dont les seuls caractères communs sont, d'une part de ne relever d'aucune cause immédiate, le malade ne pouvant pas les rattacher à tel ou tel trouble fonctionnel particulier, d'autre part de réagir également bien aux divers hypnotiques usuels. On assemble ainsi des insomnies essentiellement différentes, que nous allons essayer de regrouper.

Nous distinguerons tout d'abord les insomnies des *malades en poussée évolutive* auxquelles nous adjoindrons celles des tuberculeux qui, sans faire une poussée évolutive caractérisée, n'en présentent pas moins un mauvais état général, avec dénutrition, amaigrissement progressif, hypotension.

Chez de tels sujets, l'insomnie disparaît avec la fin de la poussée : le véritable traitement étiologique est évidemment la cure générale, et le véritable remède, une amélioration de l'état général. Cependant il est indiqué dans ces cas d'aider à cette amélioration en favorisant le sommeil par des hypnotiques que nous examinerons tout à l'heure.

Une seconde variété, est la perte de sommeil qui résulte de l'*état psychique du malade*. Multiples sont les sujets d'inquiétude obsédante chez le tuberculeux : l'évolution de sa maladie, la situation de sa famille en son absence, l'institution prochaine d'un traitement redouté; c'est ainsi qu'une de nos malades, pour qui s'était posé l'éventualité d'un pneumothorax artificiel, perdit le sommeil plusieurs jours de suite. Bref, la cause de cette insomnie est ce mélange d'inquiétude et de tristesse qu'on observe si fréquemment dans nos salles de tuberculeux. Dans ces cas évidemment la psychothérapie joue le principal rôle : l'influence réconfortante du médecin, de l'entourage est prédominante. On sera autorisé de plus à user d'un sédatif nerveux, ou d'un hypnotique léger.

Nous rencontrons ensuite un genre d'insomnie assez fréquent chez les tuberculeux suivant leur cure hospitalière ou sanatoriale; *le manque de sommeil par manque de fatigue*; les malades, restant couchés la majeure partie de la journée, s'assoupissant de temps en temps, ne peuvent plus, le soir venu, arriver à prendre le sommeil; à peine endormis, ils sont réveillés par le moindre bruit. En tout cas, chez des malades non fatigués et restant au lit, l'insomnie amène une somnolence diurne préparant l'insomnie de la nuit suivante. Ce sont donc des sujets à qui il est utile d'imposer de se lever une partie de l'après-midi, et, si le temps le permet, de sortir quelques moments, à la condition, bien entendu, qu'il s'agisse de malades apyrétiques et peu atteints.

Reste enfin la dernière variété, la plus minime (2 p. 100) : les *insomnies nerveuses proprement dites*. Ce sont des malades dont le système nerveux végétatif est plus ou moins troublé, dont le fonctionnement endocrinien n'est pas normal. Il est fréquent de voir chez eux des variations climatériques (chaleur, humidité, etc.) influer aussi bien sur leur courbe thermique que sur leur sommeil. Le type de ces insomnies est reproduit dans l'observation suivante :

M. B.., n° 17 de la salle Sandras, présente au point de vue pulmonaire de légères lésions des sommets. Son état général est floride. Mais il montre les signes d'un nervosisme marqué, il a des crises de palpitation, de l'hypotension artérielle. Il se plaint de ne pouvoir s'endormir.

Nous lui ordonnons une potion avec association cratægus, jusquiame, belladone, et de l'opothérapie surrénale.

Aussitôt le sommeil revient, les palpitations disparaissent. Cette amélioration se maintient après cessation du traitement.

C'est en pareil cas que font merveille les sédatifs nerveux (valériane, bromures), qu'il est souvent utile de donner sous une forme dissimulée.

c. INSOMNIES CAUSÉES PAR LA FIÈVRE, LES SUEURS. — La plus importante cause d'insomnie que nous rencontrons ensuite est l'état fébrile avec transpiration. Les sueurs profuses réveillant les tuberculeux plusieurs fois dans la nuit, ou à heure fixe, sont un des troubles dont les malades se plaignent le plus.

On peut difficilement se proposer, pour y remédier, de diminuer la *courbe de température*. Non qu'il soit impossible d'abattre la fièvre chez les tuberculeux : la métabenzamido-semicarbazide, le camphorate de pyramidon, associés entre eux ou à un sel de quinine y réussissent ordinairement. Mais l'ingestion de ces produits provoque presque immédiatement des troubles digestifs, de l'anorexie. Nous avons déjà vu la nécessité qu'il y avait d'éviter de tels troubles chez nos malades.

On combattra *plus aisément les sueurs profuses*.

Un des produits qui nous réussit le mieux, et qui est par ailleurs inoffensif, est l'extrait (ou l'intrait) de sauge. Il n'y a pas d'inconvénient d'en donner des quantités importantes (par cuillerées à café). Mais il est remarquable que des doses relativement minimes (20 à 30 gouttes) agissent très efficacement. L'agaric blanc ne nous a pas donné grand résultat.

Nous avons eu recours, avec un succès fréquent, au sulfate d'atropine, en granules d'un milligramme ou suivant la formule :

Sulfate neutre d'atropine.......	1 centigr.
Eau distillée..................	1 cent. cube.
Glycérine à 28 degrés..........	3 cent. cubes.
Alcool à 90 degrés.... Q. s. p.	10 cent. cubes.

L gouttes = un milligramme; XX à XXV gouttes deux fois dans la nuit.

On peut encore employer la teinture de belladone qui, à la dose de 10 à 30 gouttes le soir, est d'une efficacité pour ainsi dire constante. Malheureusement, elle s'accompagne rapidement des accidents classiques, auxquels il semble que peut-être les tuberculeux soient particulièrement prédisposés.

d. INSOMNIES DES DYSPNÉIQUES. — La dyspnée nocturne est également une cause non négligeable d'insomnie. Là encore il convient d'analyser les causes pour établir le traitement approprié. On peut se trouver en présence de deux cas bien différents, dont la thérapeutique ne sera pas la même.

Ou bien on a affaire à une tuberculose fibreuse avec parfois quelques signes d'hyposystolie, ou simplement à tension veineuse élevée : on recourra aux tonicardiaques à faible dose, voire à la saignée légère.

Ou bien la dyspnée résultera de l'invasion totale des poumons : on n'aura guère d'autre ressource

que la morphine : aussi bien s'agit-il, dans ce cas, d'une phase terminale de la maladie.

Un exemple montre bien l'intérêt que présente l'analyse de ces phénomènes. Une de nos malades se plaignait d'insomnie par dyspnée et oppression. L'interrogatoire ayant révélé l'existence dans son enfance de crises asthmatiformes, on lui donna de l'iodure de caféine ; la dyspnée cessa, et le sommeil redevint normal.

e. INSOMNIES DUES A DES ALGIES. — Restent les cas d'insomnies par algies : soit points douloureux spéciaux, soit névralgies intercostales, soit douleurs liées à des phénomènes pleurétiques de la base.

On aura recours d'abord aux révulsifs banaux : ventouses, teinture d'iode gaïacolée. Les liniments calmants (jusquiame-chloroforme-laudanum) donnent souvent de bons résultats. On obtiendra parfois la sédation d'une algie tenace en installant pour la nuit un enveloppement humide du thorax. Ensuite interviendront les antinévralgiques, associés à la caféine ; comme il s'agit là d'une médication transitoire, les altérations du tube digestif seront moins à craindre.

f. INSOMNIES DE CAUSES VARIÉES. — De multiples causes peuvent venir encore empêcher le sommeil des tuberculeux pulmonaires.

Nous avons vu quelle était l'importance des *troubles digestifs* chez ces malades et quelle influence ils jouent dans le rythme de leur sommeil. Nous aurons prochainement l'occasion de revenir sur ces troubles digestifs dont la thérapeutique entraîne bien souvent un retour au sommeil normal.

Certains traitements : sanocrysine, pneumothorax artificiel, et même rayons ultra-violets, ont déterminé chez quelques uns de nos malades l'absence de sommeil pendant quelques nuits.

Le début d'une *méningite tuberculeuse* s'accompagne fréquemment, à ce qu'il nous a semblé, d'une insomnie nocturne relative avec somnolence diurne. C'est là un des petits signes qu'on pourrait ranger parmi les symptômes d'alarme de la méningite tuberculeuse de l'adulte. (E. Terris, *Gaz. des hôp.* 1923, n° 27.)

Notons enfin, dans les services hospitaliers, les *graves inconvénients de la salle commune* où des malades toussant sans cesse empêchent d'autres malades de dormir, où des soins donnés la nuit à l'un deux forcent à donner de la lumière qui, sur le sommeil, agit aussi sûrement que le bruit.

PREMIÈRE CONCLUSION. — *Devant une insomnie chez un tuberculeux il convient donc, grâce à une analyse minutieuse, de rechercher avant tout à instituer un traitement étiologique. C'est une faute grave que de donner d'emblée un hypnotique quelconque à un tuberculeux insomnique.* C'est lui fournir sans raison une substance toxique et pouvant altérer un tube digestif toujours fragile. C'est d'autre part, risquer d'accoutumer le malade à abuser inconsidérément d'hypnotiques qu'il ne manquera pas de se procurer par la suite, en dehors et même à l'encontre de l'avis du médecin.

4. Le traitement symptomatique de l'insomnie des tuberculeux : les hypnotiques vrais. — Nous avons vu au cours de notre analyse qu'il y avait cependant des cas où l'on était obligé d'avoir recours aux hypnotiques proprement dits. A quels produits devons-nous nous adresser dans ces cas ? C'est ce que nous avons voulu rechercher.

Rappelons qu'il est, pour régler l'emploi des hypnotiques, des notions générales dont il ne faut pas se départir chez les tuberculeux :

1° Il y a intérêt, chez des insomniques chroniques et récidivants, à varier les produits, afin d'éviter l'accoutumance plus ou moins rapide.

2° Quels que soient les hypnotiques employés, il faut cesser la médication dès que possible, et ne pas laisser les malades continuer d'eux-mêmes son emploi ; on arrêtera en général celle-ci dès que le *rythme* de l'insomnie commencera à être rompu.

3° Parmi les groupes d'hypnotiques, on ne considérera *les alcaloïdes, les dérivés de l'opium*, que comme un pis-aller, un ultime recours. Outre l'effet désastreux souvent produit sur le moral du malade par le recours à la morphine, outre le danger de faire de ces malades des morphinomanes, il est à noter que l'emploi des opiacés s'accompagne d'une accoutumance très rapide, de sorte qu'on est conduit, pour obtenir l'effet désiré, à employer des doses massives, sur les inconvénients desquelles il n'est pas nécessaire d'insister.

4° Enfin on réglera et on modifiera la thérapeutique anti-insomnique d'après les effets secondaires qu'elle produit ; certains médicaments ont une influence fâcheuse sur la fièvre, exagèrent les sueurs ; certains peuvent procurer des vomissements, de la diarrhée ; d'autres, au contraire, calment assez bien la toux, les algies. Ces effets secondaires varient avec les produits et aussi avec les malades. Il est donc nécessaire de suivre l'action anti-insomnique à la faveur de ces notions.

Nous avons fait porter nos observations cliniques surtout sur les dérivés de l'urée, sur les complexes de la série barbiturique.

L'action du *diéthylmalonylurée* et des produits immédiatement dérivés est trop connue pour qu'il soit besoin d'y insister. Le gros inconvénient de ces corps est leur toxicité relative, les accidents qui résultent des abus fréquents dans leur usage.

L'emploi du *butyléthylmalonylurée* a été étudié par MM. Carnot et Tiffeneau (*Paris méd.*, 14 oct. 1922). Ils ont obtenu chez les tuberculeux des résultats appréciables, mais, semble-t-il, inconstants.

L'*allylisopropylmalonylurée*, que nous avons expérimenté à plusieurs reprises, ne nous a pas donné, en général, de résultats satisfaisants. Trop souvent le sommeil obtenu est peuplé de cauchemars, les malades se réveillent la tête lourde, en se plaignant d' « abrutissement ».

Un autre complexe nous a fourni des succès presque constants : il s'agit de *l'isopropylallylbarbiturate d'amidopropine*. Un seul comprimé de ce produit (dosé à 0gr16 de principe actif) provoque ordinairement le sommeil ; rarement on doit donner deux comprimés. Le sommeil obtenu est calme, les malades sont dispos. De l'aveu même des sujets qui ont employé toute la gamme des hypnotiques, c'est celui qui leur procure la plus facile sédation, avec absence complète de troubles secondaires. Ajoutons que son emploi ne s'est jamais accompagné d'aucune manifestation toxique, et que l'accoutumance n'existe pas pendant longtemps d'une façon appréciable.

Une de nos observations montre bien la particulière efficacité de ce produit : La malade est arrivée au stade terminal de son affection : ramollissement complet des deux poumons — cachexie intense —

phénomènes méningés. Elle se plaint constamment de douleurs multiples : céphalées violentes — brûlures intenses intestinales — douleurs musculaires telles qu'on est obligé de l'envelopper d'ouate. Elle est complètement insomnique. Vu son état, on n'hésite pas à lui faire des piqûres de morphine à plusieurs reprises : celle-ci en arrive rapidement à n'avoir plus d'action appréciable, procurant à peine des somnolences d'une demi-heure. Cependant la malade passe des nuits relativement bonnes, dès qu'on lui a fait prendre un, parfois deux comprimés d'isopropylallylbarbiturate d'amidopyrine.

Nous avons aussi employé un produit d'origine allemande, le *bromédiéthylacétylcarbomide* dosé en comprimés de 0gr50. Hypnotique efficace, ce composé semble cependant provoquer assez rapidement de petits accidents d'intolérance : céphalée, lourdeur de tête au réveil. Nous n'en avons pas une expérience suffisante pour poser à son sujet des conclusions fermes.

A côté des corps de la série barbiturique nous avons employé le *chloralose* purifié. Ce produit, présenté en comprimés de 0gr10, nous a donné de bons résultats dans les insomnies de moyenne intensité. Il ne s'est accompagné d'aucune manifestation toxique, ni subjective, ni objective.

Citons enfin l'emploi qu'on peut faire des médicaments de la série aldhéhydique. L'hydrate de chloral, en lavement, évite parfois l'emploi de la morphine. De même, on obtient par la voie rectale de bons résultats, dans les cas d'insomnie douloureuses violentes, avec un lavement de ce type :

Laudanum	xv gouttes.
Antipyrine	1 gramme.
Lait	60 —

Enfin, dans les formes d'insomnies qui accompagnent les évolutions terminales, on est justifié évidemment d'employer la morphine, ou encore les extraits totaux de l'opium, parfois plus actifs. La thérapeutique anti-insomnique se confond alors avec l'euthanasie.

Deuxième conclusion. — *Il est nécesaire de surveiller l'effet secondaire des hypnotiques vrais qu'on prescrit chez les tuberculeux*

L'hypnotique choisi ne doit pas laisser, après le sommeil, une longue phase de somnolence avec anorexie. Il doit, et cela est de la plus haute importance, conserver toute son intégrité au tube digestif. Il ne doit pas provoquer de sueurs profuses.

*
* *

Telles sont les conclusions qu'une étude, portant sur un nombre assez important de malades nous a permis de formuler. Nous pensons que cette étude mérite d'être poursuivie, car la fréquence de l'insomnie chez les tuberculeux pulmonaires et les fâcheuses conséquences qu'elle entraîne nécessitent, chez certains malades, l'intervention presque quotidienne du médecin.

Travaux annuels de l'Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire (7e série), publiés sous la direction de F. Cathelin, avec la collaboration de MM. Boulanger, Grandjean, Brulé, Quenay, Siguret, Yvon, Le Guyon, Beauvy, Détot, Lobligeois et Gauvin. Un beau volume in-8 de 370 pages. — Prix : 50 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ACTUALITÉS

LA GÉNÉSÉRINE

Le principe le mieux connu parmi ceux que renferme la fève de Calabar (physostigma venenosum, légumineuses) était jusqu'à ces dernières années l'ésérine (du nom indigène : éséré) ou physostigmine. Dans les eaux-mères de l'extraction de cet alcaloïde, il ne se trouvait, croyait-on, que des corps mal définis, plus ou moins mélangés d'impuretés et sans valeur thérapeutique.

C'est seulement en 1915 que Polonovski et Nitzberg en isolèrent la génésérine, proche parente de l'ésérine, au point de vue chimique et physiologique, et dont la synthèse put être réalisée quelques années plus tard. Il semble même que ce composé si longtemps inaperçu soit, en réalité, celui qui est le plus abondant dans la fève de Calabar.

Caractères physiques et chimiques. — La génésérine est un *alcaloïde*, nettement défini et répondant à la formule ; $C^{15}H^{21}O^3N^3$ (ésérine : $C^{15}H^{21}O^2N^3$). L'unique atome d'oxygène par où diffèrent ces formules serait fixé (Surmont et Polonovski) sur l'azote basique qui caractérise l'ésérine. De trivalent devenu pentavalent, il confère à la génésérine le caractère d'amine-oxyde, exceptionnel dans les produits d'origine végétale.

Elle cristallise en prismes orthogonaux fondant à 129 degrés. Insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'éther à froid, elle se dissout, au contraire, très facilement dans les autres solvants organiques.

Les solutions alcooliques sont caractérisées optiquement par un pouvoir lévogyre (α D = — 175 degrés); l'ésérine est au contraire dextrogyre.

C'est une base très faible, bleuissant à peine le tournesol et ne donnant de sels ni avec les acides forts ni avec les acides minéraux.

Elle est très facilement dépouillée par des réducteurs même faibles de cet oxygène supplémentaire et se transforme en ésérine.

Le mélange en solution éthérée avec l'acide salicylique laisse par évaporation des cristaux de salicylate de génésérine.

La génésérine, depuis qu'on la connaît mieux, a été trouvée dans la fève de Calabar en quantité au moins égale sinon supérieure à l'ésérine, à tel point qu'on a pu penser qu'elle était le produit fondamental.

En raison de la présence dans la fève de Calabar de diastases oxydantes des hésitations demeurent encore sur le point de savoir si par leur action l'ésérine est transformée *in situ* en génésérine ou si elle n'est au contraire que le premier terme d'une dégradation. Les deux alcaloïdes semblent localisés dans des régions différentes de la fève, la génésérine se cantonnant dans la zone sous-tégumentaire.

Propriétés physiologiques. — La génésérine semble trouver, comme l'ésérine, son emploi dans les *troubles de la fonction sympathique*. Son action diffère cependant de celle de la physostigmine en ce que l'action sur la musculature oculaire semble peu marquée.

Action sur la musculature lisse. — La génésérine exerce sur les fibres musculaires lisses une *action excitante* surtout perceptible au niveau de l'intestin.

Injectée à l'animal elle augmente nettement l'am-

plitude et la puissance des contractions de la musculeuse de l'intestin; elle augmente aussi, et de façon progressive le tonus intestinal. Lorsqu'on atteint des doses toxiques on peut même constater la tétanisation prolongée de la musculature intestinale (Surmont et Polonovski).

Action sur les sécrétions. — La génésérine possède une action *excitosécrétoire* surtout marquée à l'égard des glandes digestives.

Combemale et Polonovski ont constaté, de deux à cinq minutes après l'injection l'augmentation de la sécrétion salivaire; la dose active minima semble chez le chien proche de 1 milligramme par kilog. Cette hypersécrétion provoquée dure vingt minutes environ; elle est proportionnée à la quantité d'alcaloïde injectée.

Une injection d'atropine arrête la sécrétion provoquée ou l'empêche de se produire si l'atropine a été administrée avant la génésérine, et même si cette dernière a été donnée à dose élevée.

Même effet excitosécrétoire sur la sécrétion pancréatique; l'effet se produit au bout de huit à dix minutes et dure cinquante minutes environ. Elle produit un suc directement protéolytique comparable à celui que fournit l'excitation des filets nerveux de la glande et qui est actif sans l'adjonction d'une kinase ou d'un sel de calcium, à l'opposé du suc obtenu par l'action de la sécrétine.

La génésérine agit peut-être aussi sur la sécrétion intestinale.

L'action excitosécrétoire est donc homologue de celle de l'ésérine mais moins énergique.

Action sur l'appareil circulatoire. — La génésérine comme l'ésérine, provoque un *ralentissement du rythme cardiaque*, mais beaucoup plus faible. Cette action persiste mais plus faible encore après section des pneumogastriques. L'alcaloïde agit donc par excitation du mécanisme modérateur surtout en excitant le pneumogastrique, en un point qui demeure encore mal connu, du reste.

Sur la tension artérielle, les effets sont faibles mais semblent s'exercer surtout dans le sens de l'*hypertension*.

L'action de la génésérine est donc parallèle à celle de l'ésérine quoique, d'une façon générale, moins rapide et moins énergique; avec moins d'effets toxiques aussi puisque les modifications cardiaques se produisent sans aucun mélange des symptômes toxiques qui s'ajoutent souvent chez l'homme aux effets cardiaques de l'ésérine.

Le médicament semble agir en renforçant le tonus du système vagal avec une énergie inférieure à celle de l'ésérine mais avec des antagonismes aussi marqués que les siens vis-à-vis du curare et de l'atropine.

Indications. — La génésérine semble agir dans les cas où le pneumogastrique est déficient ou le sympathique hyperexcitable.

Son emploi est indiqué dans les *troubles digestifs d'origine sympathique*.

Dans l'atonie digestive par action sur la musculature; dans l'hypochlorhydrie et dans l'hyperchlorhydrie lorsqu'on relève des symptômes d'origine solaire; dans la constipation atonique lorsque l'atropine a échoué, dans les dyspepsies avec battements épigastriques douloureux (Surmont et Polonovski, Naert). On constate dans ces cas la disparition souvent très précoce de l'élément douloureux et le retour du sommeil.

La génésérine peut aussi amener un soulagement rapide chez des ptosés avec aérophagie provoquant des extrasystoles par distension gastrique. Il en a été de même dans certains cas de dilatation aiguë de l'estomac.

L'indication *principale* de la génésérine, où son action thérapeutique est la plus fidèle, même lorsqu'il s'agit d'un élément surajouté à des lésions organiques, est l'*angoisse des dyspeptiques*. Il s'agit d'une constriction douloureuse avec angoisse respiratoire ou cardiaque, permanente ou temporaire, provoquée par l'alimentation et sensation indéfinissable d'insécurité et de gêne. Le traitement par la génésérine a ici une véritable valeur de test qui permet de différencier les troubles subjectifs d'origine solaire des troubles d'origine organique qui ne sont guère influencés en général.

On a employé également cet alcaloïde contre divers *troubles circulatoires* : tachycardies d'origine sinusale, arythmies complètes rebelles à la quinidine, troubles cardiaques d'origine basedowienne, tachycardie paroxystique essentielle, syncope locale des extrémités. Mais les succès sont moins nombreux. Il en est de même dans certains troubles périphériques : anuries réflexes, dysménorrhées.

En raison de son peu de toxicité et de son aussi complet antagonisme avec l'atropine, on a proposé de remplacer l'ésérine par la génésérine dans les tests concernant les troubles digestifs et circulatoires relevant de perturbations sympathiques.

Contre-indications. — La génésérine est au contraire contre-indiquée et inutile dans les cas d'hypersécrétion gastrique, les sténoses pyloriques, les ptoses viscérales sans crise cœliaque, les états spasmodiques peu douloureux et dans les cas de lésion organique d'un viscère abdominal.

Posologie. Mode d'administration. — Malgré la toxicité relativement faible du médicament et bien que certains cliniciens aient employé des doses notablement plus fortes, il est préférable de ne pas dépasser dans les vingt-quatre heures la dose de *un milligramme administrée en deux ou trois fois* lorsqu'on commence le traitement.

La solution aqueuse au millième contient *pour vingt gouttes un milligramme* du principe actif; on l'emploie le plus souvent en potion :

Salicylate de génésérine (sol. aqueuse au millième)	CC gouttes
Sirop d'écorces d'oranges amères	50 grammes
Eau distillée	250 grammes

Une cuillerée à soupe (contenant un demi-milligramme d'alcaloïde) avant déjeuner et dîner.

On emploie plus souvent la forme de *granules* contenant *un demi-milligramme* de salicylate de génésérine; posologie et mode d'administration sont les mêmes que pour la solution au millième.

Au bout de trois jours, si le malade supporte bien le médicament et si les effets obtenus sont insuffisants, on peut augmenter la dose et administrer soit en potion soit en granules 1 milligramme et demi ou 2 milligrammes dans les vingt-quatre heures; mais toujours par *doses fractionnées*. De plus le malade devra toujours être maintenu sous la surveillance médicale pour éviter tout ennui.

La médication peut être continuée quinze jours environ aux doses ci-dessus; on instituera ensuite une médication d'entretien ne dépassant pas 1 mil-

ligramme et demi en vingt-quatre heures, un jour sur deux pendant une semaine, un jour sur trois ensuite pendant une semaine avant de cesser la médication. L'accoutumance se fait rapidement.

Toxicité. Accidents. — La toxicité de la génésérine semble faible, puisque chez l'animal, une dose de 1 centigramme par kilogramme n'a pas donné d'accidents mortels immédiats et qu'on a pu, chez l'homme, donner jusqu'à 5 milligrammes dans les vingt-quatre heures sans accidents (Minet et Polonovski).

C'est donc un produit beaucoup moins toxique que l'ésérine ce qui explique dans une certaine mesure sa moindre activité. Ses transformations dans l'organisme semblent du reste différer de celles de l'ésérine qui ne figure pas non plus parmi les composés éliminés.

La surveillance du traitement n'en est pas moins indispensable.

La présence de troubles pupillaires ou l'apparition de diarrhée sont un avertissement de diminuer les doses ou de suspendre la médication. Ces accidents semblent exceptionnels aux doses usitées en clinique.

L'intoxication expérimentale est analogue à celle que produit l'ésérine.

Après des signes d'intolérance : douleurs abdominales, nausées et vomissements, vertiges, faiblesse musculaire, courbature, raideur du rachis, apparaissent des spasmes musculaires avec tremblement fibrillaire n'épargnant même pas le diaphragme.

Après ralentissement du cœur et de la respiration la mort survient par asphyxie.

On ne connaît pas de cas d'intoxication par la générésine, mais son traitement consisterait dans le vomissement provoqué ou le lavage de l'estomac avec une solution de tanin ou une solution iodo-iodurée, traitement habituel des intoxications alcaloïdiques.

On pratiquera aussitôt que possible *une injection sous-cutanée d'atropine* (1 milligramme) et l'on pourra administrer de plus 1 gramme de teinture de belladone en plusieurs fois. On pratiquera enfin, s'il est nécessaire, la respiration artificielle en même temps qu'on recourra aux stimulants généraux.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 8 janvier 1926)

M. le professeur Jeanselme prend possession du fauteuil de président; M. Le Noir occupe la vice-présidence.

Méningo-radiculite syphilitique lombo-sacrée avec syndrome de Froin. — M. Hudelo, à propos de la récente communication de MM. Guillain, Lechelle et Péron, relate l'observation d'un homme qui, atteint de syphilis en 1913, présenta en 1917 des douleurs lombaires et des fourmillements dans les membres inférieurs avec un certain degré d'amyotrophie du pied et de la jambe. Un traitement arsenico-mercuriel améliora ces symptômes qui reparurent en s'accentuant en 1920. On constatait alors une parésie des membres inférieurs avec dérobement des jambes, de l'anesthésie à type radiculaire bilatéral, mais tout trouble sphinctérien faisait défaut. La ponction lombaire montra un liquide xanthochromique coagulant immédiatement et donnant un Wassermann négatif qui, six mois après, présentait encore les mêmes caractères, sauf que le Wassermann était devenu positif.

La syphilis est donc capable de réaliser un syndrome de Froin caractéristique, sans participation de tous les nerfs de la queue de cheval,

Caractères et significations des perturbations sympathiques locales associées aux ostéo-arthropathies syringomyéliques et tabétiques. — MM. J. Froment et P. Exaltier (de Lyon) donnent les résultats de l'étude systématique des perturbations sympathiques locales associées aux arthropathies syringomyéliques et tabétiques, résultats exposés dans la thèse d'Exaltier (Lyon 1923-25).

Comment l'hyoscine atténue-t-elle les troubles parkinsoniens? Son action dynamogénique. — MM. J. Froment et P. Delore (de Lyon) montrent les courbes dynamométriques de parkinsoniens traités par des injections de chlorhydrate d'hyoscine. L'action dynamogénique semble, dans la règle, des plus manifestes; elle est surtout accusée lors de la première injection. Procède-t-on à des séries d'injections quotidiennes, la courbe des seuils s'élève progressivement, puis se maintient en plateau.

A propos de 8 cas de phrénicectomie. — MM. E. Sergent, Baumgartner et Fr. Bordet ont eu l'occasion de suivre les effets de la phrénicectomie dans deux cas de tuberculose pulmonaire, dans 4 cas de dilatation des bronches et dans 2 cas de suppuration chronique fétide de la base. Ils insistent sur la bénignité opératoire de ce traitement, sur la lenteur avec laquelle les résultats thérapeutiques peuvent se manifester et sur l'importance du rôle de l'ascension du diaphragme qui, par sa plus ou moins grande rapidité, rend compte du retard plus ou moins grand des processus de guérison.

Les résultats obtenus jusqu'ici semble montrer que cette opération isolée ne peut avoir de valeur curative que dans les lésions de la base, que dans la dilatation des bronches les résultats sont variables et que des échecs sont à craindre lorsqu'il s'agit de lésions très anciennes, accompagnées d'une très abondante expectoration.

Résultats éloignés du pneumothorax artificiel dans un cas de dilatation bronchique. — M. Rist présente un enfant qui, à la suite d'une rougeole compliquée de broncho-pneumonie, fit une dilatation de la bronche apicale droite confirmée par la bronchoscopie et chez lequel il pratiqua, en septembre 1921, un pneumothorax artificiel. Celui-ci mit fin rapidement aux symptômes de la dilatation des bronches. Il put être entretenu pendant un an et demi, mais alors survint en quinze jours une résorption totale du gaz et une symphyse totale pleuro-pulmonaire. Le malade peut gagner sa vie à la campagne, et ne garde qu'une déformation non gênante de son thorax.

Présentation de malades atteints de cancer de l'œsophage et traités par la radiumthérapie. — M. J. Guisez présente six malades atteints de cancer de l'œsophage, chez lesquels le diagnostic posé sous endoscopie a été contrôlé par la biopsie et qui, en dysphagie complète au moment de l'examen, ont repris une déglutition normale depuis les applications locales de radium.

Après avoir soigné plus de 400 cas par la radiumthérapie, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : l'épithélioma œsophagien est très radium-sensible, mais les résultats ne sont durables que si le mal n'a point dépassé les limites de l'œsophage et si l'on peut déterminer assez exactement la hauteur de ce conduit envahi par la tumeur.

Sur une épidémie actuelle paraissant se rattacher à une névraxite. — MM. David et Dekester ont observé, dans un faubourg de Lille, une épidémie d'une certaine importance. Incubation courte. Début brusque par œdème de la face et des paupières, avec forte poussée fébrile. Puis, douleurs musculaires, paraplégie flasque avec abolition des réflexes, contracture du rachis; hypotension marquée avec tachycardie et sueurs profuses. Au déclin, on rencontre souvent des poussées abondantes d'œdème blanc et mou. Les auteurs attribuent cette affection à un neurotrope du genre de celui de l'encéphalite.

Le somnifène dans l'état de mal épileptique. — MM. Rimbaud, Boulet et Chardonneau (de Montpellier) ont observé

récemment 2 cas d'état de mal grave : l'un chez un épileptique essentiel, l'autre chez un épileptique alcoolique. Les crises convulsives avaient été au nombre de 355 en cinq jours chez le premier, pratiquement incomptables chez le second en raison de leur fréquence. Deux injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes de somnifène en vingt-quatre heures chez le premier, une seule chez le second amenèrent immédiatement la suppression des crises.

Septicémie à anaérobies non encore décrits. — MM. Vaucher, Boez, Landzenberg et Mme Kehlstadt rapportent l'observation d'une malade atteinte d'une septicémie due à un bacille anaérobie non encore connu. L'hémoculture en aérobies fut stérile, mais la culture en anaérobies, suivant la technique préconisée par M. Boez décela de nombreuses colonies d'un anaérobie strict, assez voisin du bacillus aero-fœtidus. La malade guérit sans avoir présenté de complications graves.

A propos de l'exploration duodénovésiculaire : la cholécystographie « per os » avec ou sans radiographie duodénale en série. — M. M. Chiray apporte les résultats de ses travaux personnels sur la question. Il emploie de préférence la phénoltétraiodphtaléine, et il se sert exclusivement de la voie digestive pour faire pénétrer le sel radio-opaque dans l'organisme. Il pense que les cholécystographies obtenues dans ces conditions sont aussi bonnes et même meilleures que celles obtenues à la suite des injections intra-veineuses.

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1926)

Syphilis spinale pseudo-tumorale avec xanthochromie ou dissociation albumino-cytologique. Contrôle lipiodolé. — MM. Sicard, Hagueneau et Lichtwitz, à l'occasion des communications de Guillain et Hudelo, apportent des faits cliniques, biologiques et radiographiques sur les modalités pseudo-tumorales de la syphilis spinale. Ils montrent les localisations possibles spino-lombo-sacrées, spino-lombaires ou spino-dorsales, ainsi que des types différents du syndrome humoral rachidien, avec : soit xanthochromie, hyperalbuminose et hypercytose, soit hyperalbuminose et hypercytose, soit dissociation albumino-cytologique sans xanthochromie.

Action de certains excitants neuro-végétatifs et endocriniens sur la contractilité de la vésicule biliaire chez l'homme. — MM. M. Chiray, J. Lebon et M. Callegeri rapportent les expériences qu'ils ont entreprises pour étudier à l'aide de la sonde duodénale l'action de certaines drogues et de certains extraits opothérapiques sur la contractilité du cholécyste chez l'homme. Ils montrent que l'injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de pilocarpine rend la vésicule biliaire plus sensible à l'exaltation duodénale magnésienne produite dans l'épreuve de Meltze-Lyon. L'injection sous-cutanée d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse a également une action considérable sur le cholécyste. Elle peut provoquer une contraction vésiculaire relativement forte et rapide. Ces constatations donnent, au médecin la possibilité d'agir à son gré sur la contraction vésiculaire et lui permettent de traiter facilement la stase vésiculaire atonique qui est si fréquente.

Axiphoïdie et hérédo-syphilis. — MM. Sézary, Vibert et Godel ont recherché dans quelle mesure l'axiphoïdie pouvait être considérée comme un signe d'hérédo-syphilis. Les auteurs concluent que la constatation de cette anomalie pose le problème sans le résoudre et ils pensent avec M. Queyrat qu'elle doit seulement inciter le médecin à rechercher les autres signes de la syphilis héréditaire. Il est possible qu'en provoquant l'anomalie à travers plusieurs générations, la syphilis puisse favoriser l'évolution régressive de cette formation chez l'homme.

Sur un cas de grande hémophilie au cours d'une ictère lithiasique infecté. Transfusions, opération, guérison de l'hémophilie. — MM. P. Emile-Weil et Stieffel rapportent le cas d'une jeune femme atteinte depuis plus de deux mois d'un ictère par obstruction lithiasique cholédocienne, qui présentait avec de la fièvre bilio-septique un état hémorragipare graves.

Cette intéressante observation montre qu'il peut exister à côté de l'hémophilie vraie des hémophilies symptomatiques de lésions hépatiques, dont la suppression amène la guérison sanguine. Le remarquable cas d'hémophilie sporadique chez un syphilitique, guéri par le traitement spécifique, que publia récemment Paisseau rentre dans cette même catégorie de faits.

Elle prouve encore que certains syndromes hémorragiques hépatiques relèvent non de l'ictère grave et de la destruction du fibrinogène, mais de troubles fonctionnels portant sur la sécrétion des ferments coagulants, troubles dont la thérapeutique peut se rendre maîtresse. L'étude du sang, pratiquée de façon systématique, doit rendre dans ces cas le plus grand service aux malades chirurgicaux.

Accidents nerveux, osseux et articulaires chez un ancien syphilitique. Relation des différentes manifestations morbides entre elles. — MM. Bariéty et Kaplan (psésentés par M. A. Lafitte). Les auteurs apportent l'observation d'un malade, ancien syphilitique qui présente :

1° Des troubles nerveux caractérisés par des troubles sensitifs strictement localisés au membre inférieur droit, intéressant les territoires radiculaires des dernières dorsales, des lombaires et des premièree sacrées et rappelant par leurs caractères la dissociation syringomyélique.

Des signes discrets d'irritation pyramidale au niveau du membre inférieur gauche.

2° Une arthropathie chronique du genou droit indolente.

3° Une périostite syphilitique diffuse constatable sur les radiographies.

Paralysie amyotrophique radiculaire partielle du type supérieur lombaire par rhumatisme vertébral chronique. — MM. Raynaud, Lacroix, Boutin et Marill relatent une observation dans laquelle seule la radiographie donna la clé du diagnostic étiologique. Ils rappellent les faits de paralysie amyotrophique cervico-brachiale plus particulièrement mis en lumière par Léri, et en rapprochent leur observation.

Association de la tétanie à la migraine ophtalmique. — M. Parhon et Mlle G. Werner (de Jassy).

Réflexions sur deux cas de dextrocardie. — MM. A. Clerc et R. Lévy présente deux observations qui bien que semblables par l'existence d'une dextrocardie véritable s'opposent par l'ensemble des autres symptômes.

La première concernait une femme de cinquante-six ans morte d'insuffisance cardio-rénale ; chez laquelle la *dextrocardie avec situs inversus* avait été diagnostiquée pour la première fois au moment de l'entrée à l'hôpital : l'autopsie montra l'inversion complète des viscères y compris celle du cæcum et de l'appendice qui siégeaint dans la fosse iliaque gauche.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'un homme bien portant bien qu'emphysimateux, présentant une *dextrocardie pure*, sans transposition des autres organes ; la radioscopie montre outre une scoliose accentuée le soulèvement considérable de l'hémi-diaphragme gauche ayant fait chavirer le cœur à droite.

Manifestations à forme épidémique de cas de pneumonie franche chez les enfants. — MM. P. Armand-Delille et Vanbockshael publient les observations de neuf cas de pneumonie aiguë, dont un certain nombre avec réaction méningée, amenés dans leur service de l'hôpital Hérold dans l'espace de quinze jours, en même temps qu'un cas de méningite à pneumocoque ; ils n'ont pu étudier le pneumocoque que dans un cas, il s'agissait du type n° 1, ils insistent sur le caractère épidémique de ces manifestations et font une enquête pour savoir s'ils ont été observés dans d'autres hôpitaux avec des caractères analogues.

Scoliose alternante avec rachis à ressort par vertèbres cunéiformes « en tiroir ». — MM. Maurice Mayer et Claude Testu présente un malade chez qui on constate une scoliose alternante dite « sciatique ». En fait, il n'y a pas de douleurs sciatiques si ce n'est un point douloureux fessier gauche peu accentué, mais il y a surtout une douleur lombaire et sacro-iliaque. La scoliose est d'ordinaire croisée, le malade la transforme facilement en scoliose homologue ; l'observateur peut aussi la transformer positivement par simple refoulement latéral du tronc. La transformation se fait brusquement, comme par déclanchement, il y a un véritable « *rachis à ressort* ».

La radiographie montre que cette malformation est due à

l'écrasement latéral d'une ou plusieurs vertèbres, qui forment un coin s'enfonçant ou se reculant « *en tiroir* » entre les vertèbres voisines.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1925)

M. THÉVENARD présente une **tumeur rétro-péritonéale** qui présente cette particularité d'être un lympho-sarcome pur, par conséquent de nature nettement maligne. Elle avait desséché le meso-côlon iliaque; ses connexions avec les vaisseaux coliques gauches en rendirent l'exérèse difficile. Guérison opératoire.

Ulcus duodénal. La gastro-entérostomie simple est un traitement insuffisant. — M. Victor PAUCHET.

M. PÉRAIRE présente au nom du docteur Maurice Bloch, un travail qu'il intitule : vers la **désintoxication cancéreuse**. Le principe de cette méthode consiste dans l'inoculation aux malades d'une antitoxine prélevée sur les cellules ayant subi la dégénérescence graisseuse néoplasique et préparée par une macération plus ou moins prolongée de ces cellules. Ce traitement a été inspiré à l'auteur par des observations de guérison spontanées de cancer par dégénérescence graisseuse, exceptionnelles il est vrai, et par d'autres non moins convaincantes de tumeurs sarcomateuses, restées bénignes en raison de la présence *de lipoblastes*.

Résection totale des deux articulations sterno-costo-claviculaires pour arthrite tuberculeuse. — M. DUFOURMENTEL.

Ostéochondrite survenue trois ans après la réduction, dans une hanche atteinte de luxation congénitale. — M. ROEDERER.

Traitement opératoire du pied creux. — M. DUPUY DE FRENELLE.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIE RADIALE

CAUSES SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

FORMES CLINIQUES

1. **Suivant le siège**. — *a.* **Paralysie radiale totale** (lésion très haut située). — Elle est souvent associée à d'autres paralysies. Le triceps est paralysé et le réflexe olécranien aboli ou inversé.

b. **Paralysie dissociée du triceps** (lésion dans la gouttière de torsion), le réflexe olécranien pouvant être conservé.

c. **La lésion siège au-dessous du long supinateur** (fracture de l'humérus, paralysie dite a frigore).

Le triceps n'est pas paralysé, le réflexe olécranien est conservé. Il n'y a pas de corde du long supinateur.

d. **Au-dessous du long supinateur** (fracture de l'épicondyle). — La corde du long supinateur apparaît dans la flexion.

e. **Au-dessous des radiaux.** — La branche postérieure est seule atteinte. Le relèvement et l'abduction de la main sont possibles par l'action des radiaux.

f. **La lésion siège plus bas encore.** — Ce sont des paralysies isolées de groupes musculaires (deuxième radial, extenseurs).

g. **Syndrome de paralysie sensitive.** — Exceptionnel, avec lésion de la branche sensitive.

2° **Suivant la nature de la lésion**. — Il est très

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 6, p. 93.

important de la préciser, au double point de vue du pronostic et du traitement. Il peut s'agir :

1. D'irritation névritique.
2. De compression.
3. De section.

1. **Syndrome d'irritation névritique.** — Il est rare ici, tandis que fréquent pour le médian et le cubital. Il s'observe au cours de fractures ouvertes suppurées, par exemple. Il se caractérise surtout par des douleurs, de l'hyperesthésie et des troubles trophiques. Il faut craindre les adhérences tendineuses, l'induration musculaire, l'arthrite, les séquelles fibreuses.

2. **Syndrome de compression.** — Les troubles sont ici moins accentués et la tonicité musculaire n'est pas complètement disparue. Pas d'atrophie, réaction de dégénérescence incomplète, persistance d'une légère sensibilité musculaire et surtout conservation paradoxale de la contractilité faradique du nerf au-dessous de la compression.

C'est le type de la paralysie des béquillards ou de la paralysie a frigore, et le pronostic en est bon.

3. **Syndrome d'interruption.** — Ici tous les signes sont au maximum. Il s'agit d'une section du nerf ou d'une *compression grave*.

L'atrophie musculaire intense, l'atonie et l'analgésie musculaire, la réaction de dégénérescence complète caractérisent ce syndrome.

De plus : main ballante, inertie des fléchisseurs, allongement des tendons. Mais les troubles sensitifs sont peu accentués.

ÉVOLUTION

L'évolution est essentiellement variable suivant le degré de la lésion.

En cas de section ou de compression grave, la paralysie peut être irrémédiablement persistante. Mais il faut insister sur la possibilité de restaurations tardives, après suture, car le nerf radial est avec le sciatique poplité externe l'un des meilleurs pour la chirurgie nerveuse.

Les formes de moyenne gravité (paralysie a frigore) et les formes légères guérissent en quinze jours à trois mois, sans séquelles.

La **régénération** se fait de haut en bas, et les muscles recouvrent leur fonction dans l'ordre suivant : long supinateur, radiaux, puis extenseurs. En observant régulièrement le malade, on pourra augurer d'une prochaine guérison en voyant réapparaître successivement :

La tonicité, puis la sensibilité musculaire, tandis que bientôt disparaît l'atrophie; les réactions électriques se modifient et enfin la motricité volontaire réapparaît. Ce n'est que tardivement, souvent après plusieurs mois, que la contractilité des muscles réapparaît.

Test de guérison. — Deux principaux :

1. Le malade peut prendre l'*attitude du serment*.
2. Il peut se mettre dans l'attitude du *garde à vous*.

DIAGNOSTIC

I. **Positif.** — Il est facile, grâce à l'attitude caractéristique du membre supérieur, à la topographie de la paralysie aux muscles extenseurs, aux troubles de la motilité volontaire et à la localisation des réactions électriques.

II. **Différentiel.** — *a.* **A cause de l'attitude de la main,** éliminer :

1. La rétraction de l'aponévrose palmaire.

2. La contracture des fléchisseurs.

Mais, dans ces deux affections, la main ne peut être relevée passivement et on sent dans la paume aponévrose ou tendons tendus et fibreux.

3. Les lésions musculaires graves, par blessure, et sans lésions du nerf.

Mais ici, constatation de vastes cicatrices dans la zone lésée. Toutefois, une forme particulière de ces lésions se traduit par la *main figée de Meige* qui pourrait en imposer pour une paralysie radiale. Mais ici, deux signes différentiels :

Dans la main figée, le malade ne peut croiser les mains dans l'attitude de la prière, ni étendre la main lésée sur une table, manœuvres possibles dans la paralysie radiale.

4. La griffe cubitale, lorsqu'elle est incomplète, pourrait être confondue à première vue avec une paralysie radiale incomplète ne frappant que les extenseurs des quatrième et cinquième doigts. Mais le diagnostic est facile et l'on constate aisément que les troubles moteurs sont exactement inverses.

b. **A cause de la paralysie.** — Eliminer :

1. Certaines monoplégies corticales qui peuvent exceptionnellement rappeler la paralysie radiale. Mais l'antécédent d'un début brusque par un ictus, la persistance d'une paralysie faciale, la possibilité de contractures avec exagération des réflexes permettent le diagnostic. De plus, il est de règle que la paralysie déborde le territoire du radial et empiète sur les fléchisseurs.

2. Lésions du plexus brachial. — La paralysie radiale est exceptionnellement isolée.

3. Paralysies de contracture réflexe (Babinski). — Diagnostic faciale. Hypotonie des extenseurs et contracture des fléchisseurs.

4. Mais surtout, penser à éliminer les *paralysies pithiatiques* et les *paralysies des simulateurs* (accidents du travail). Ici :

Pas de signes organiques (atrophie, troubles électriques, etc.).

Fléchisseurs aussi souvent paralysés que les extenseurs.

Allure bizarre, anesthésie anormale, segmentaire.

III. **Etiologique.** — Une question se pose tout d'abord : *traumatisme*? ou *toxi-infection*? Il faut faire une enquête anamnestique soigneuse, examiner méthodiquement le membre paralysé, et si aucune lésion locale (nous les avons citées) ne peut être incriminée, il faut soupçonner la polynévrite et avant tout le *saturnisme*.

Paralysie saturnine. — C'est un accident tardif du saturnisme chronique chez des malades qui présentent un liséré de Burton, des signes d'atteinte rénale et artérielle, des coliques de plomb.

Le début est lent et progressif. L'extension est longtemps conservée à l'index et à l'auriculaire : on dit que le malade « fait les cornes ».

Caractères importants : cette paralysie est toujours *bilatérale* et *symétrique. Le long supinateur est toujours intact.*

Pas de troubles sensitifs, mais des troubles trophiques marqués (tumeur dorsale du carpe).

L'évolution se fait en général vers la guérison lente et suivie, dans bien des cas, de récidives successives.

En tout cas, le malade reste exposé aux autres accidents de l'intoxication.

TRAITEMENT

Il comprend trois indications fondamentales :

1. Supprimer la cause.
2. Rétablir la conductibilité du nerf.
3. Pallier à la paralysie si elle est incurable.

I. **Traitement étiologique.** — Il est essentiellement variable, comme le sont les causes.

Soustraire le malade à l'intoxication dans le saturnisme (la paralysie guérira seule et médicalement).

Libérer le nerf engagé dans un cal. Suturer le nerf sectionné. La suggestion chez les hystériques est le meilleur traitement.

II. **Curateur.** — Pour rétablir la conductibilité du nerf et la contractilité volontaire, user de douches chaudes, massages, frictions.

Dans les formes plus sévères : électrisation.

En tout cas : strychnine à l'intérieur.

III. **Palliatif.** — Le port d'appareils de prothèse s'impose en cas de paralysie définitive. Appareils de traction ou de soutien suivant les cas, la profession du malade et le genre de travail qu'il fait habituellement.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Pratique des sanatoriums, par le docteur L. GUINARD. Un vol. de 4 8 pages, avec 31 illustr. dans le texte et 32 planches hors texte. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Guide professionnel du médecin, par le docteur J. VANVERTS, professeur à l'Université de Lille, président de la Fédération des syndicats médicaux du Nord. In-8 raisin de 180 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, L. Dauresse, 41, rue de Maubeuge.

La Quinine en thérapeutique, par Louis DESTOUCHES (de Paris). Un vol. in-8. — Prix : 5 fr. — Paris, G. Doin.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9 fr. 50.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . **35** *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* **45** *fr.*

Tarif extérieur n° 1, **55** *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT (Sainte-Périne et Hendaye). — Jury : MM. Laroche, Touraine et Guimbellot.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour sept places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et du service libre de prophylaxie mentale, s'ouvrira à Paris le lundi 22 mars 1926.

Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 22 février au 6 mars 1926.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Jean Demoor, de l'Université libre de Bruxelles.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Raoul Bernard, secrétaire de la rédaction de *Bruxelles médical*.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'or est accordée, à titre posthume, à M. Juramie (Emile), interne titulaire en médecine des hôpitaux d'Alger, décédé des suites du typhus exanthématique contracté dans l'exercice de ses fonctions.

MARINE. — Le *Journal officiel* des 25-26 janvier 1926 publie une loi donnant aux élèves de l'Ecole du Service de santé de la marine versés dans le Service de santé de la marine une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, lors de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien de 3e classe de la marine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. — PRIX DÉCERNÉS. — Le PRIX MARJOLIN-DUVAL est décerné à M. le docteur Paul Walther; une mention honorable est décernée à M. le docteur Paul Larget.

Le PRIX DUBREUIL est décerné à M. le docteur Pierre Ingelrans; une mention honorable est décernée à M. le docteur Léon Bazert.

Le PRIX RICORD est décerné à MM. les docteurs Marcel L'Heureux et Pierre Ingelrans.

Le PRIX EDOUARD LABORIE est partagé entre M. le médecin-major Courboulès et M. Paul Gasser.

Le PRIX JULES HENNEQUIN est décerné à M. le docteur Jacques Leveuf; M. le docteur Dumail et M. Jules Dereux obtiennent chacun une mention honorable.

Le PRIX AIMÉ-GUINARD est décerné à M. le docteur P.-A. Huet.

CONGRÈS. — Le XXXIXe Congrès de la Société française d'ophtalmologie, aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 10 mai 1926 et jours suivants. Le rapport sur l' « Examen microscopique des affections de la cornée au moyen de la lampe à fente » sera présenté par le professeur Gallemaerts (de Bruxelles); un atlas de 22 planches originales en couleurs sera annexé à ce rapport; une excursion à laquelle les dames

sont conviées, aura lieu à Port-Royal-des-Champs, le lundi 10 mai 1926.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire-général : Docteur Onfray, 6, avenue de La Motte Picquet, Paris (VIIe).

HOMMAGE AU PROFESSEUR LAGRANGE. — A l'occasion de l'élection, à l'Institut, du professeur Félix Lagrange, au titre de correspondant de l'Académie des Sciences, un comité s'est constitué dans le but de rassembler dans un volume intitulé : « Félix Lagrange et ses élèves » les principaux travaux originaux écrits par le maître actuel de l'Ecole ophtalmologique de Bordeaux ou sous son inspiration directe.

Ce comité est constitué par M. le professeur Aubaret, MM. les docteurs Beauvieux, Calamet, Cosse, Delorme, Ginestous, Lacroix ; M. le professeur agrégé Lacoste ; M. le docteur Max Monod ; M. le professeur agrégé Muratet ; M. le docteur Paul Pesme ; M. le professeur agrégé Teulières et par MM. Gaston Doin et Cie éditeurs et trésoriers.

Les souscripteurs à cet ouvrage scientifique, qui sera luxueusement édité, en recevront un exemplaire numéroté. La souscription est fixée à 100 fr. Elle peut être adressée à MM. Gaston Doin et Cie, 8, place de l'Odéon, à Paris (compte chèques postaux 201-74) ou à M. le professeur agrégé Teulières, 19 cours de Verdun à Bordeaux (compte chèques postaux n° 6770 Bordeaux).

LES MALADES ÉTRANGERS DANS LES HÔPITAUX. — M. Buisset, député, a exposé à M. le ministre du travail que les centres industriels reçoivent un grand nombre d'ouvriers étrangers, que les budgets trop réduits des petites villes ne peuvent suffire pour les assister ou les hospitaliser lorsqu'ils sont malades, surtout quand leur pays n'a pas de traité avec le nôtre, et lui a demandé : 1° quelles mesures le ministre compte prendre pour venir en aide à ces petites villes industrielles ; 2° si les industriels qui les occupent ne peuvent pas leur assurer les soins en cas de maladie. Le ministre a fait la réponse suivante :

« 1° Un crédit de 500.000 fr. est ouvert au budget du ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (loi du 13 juillet 1925, chapitre 110), en vue de lui permettre d'accorder des subventions aux hôpitaux pour soins donnés aux étrangers ne pouvant bénéficier d'un traité d'assistance réciproque ; 2° les industriels peuvent toujours faire admettre à leurs frais leurs ouvriers étrangers dans les établissements publics, hospitalisés comme malades payants. » (*J. O.*, 23 janvier 1925).

LA RÉFORME DES ÉTUDES DENTAIRES. — Nous trouvons dans les journaux politiques, ce qui en marque bien le caractère, la nouvelle suivante :

« La commission instituée en juin dernier au ministère de l'instruction publique en vue d'examiner les réformes à apporter aux études dentaires vient de terminer ses travaux. Elle a demandé notamment la création d'un titre spécial pour l'exercice de la profession de dentiste ou, à son défaut, un diplôme de docteur en chirurgie dentaire, couronnement de cinq années d'études, l'admission, dans les jurys d'examens, des membres du corps enseignant des écoles dentaires et le contrôle sévère du fonctionnement de ces dernières. »

LA LUTTE CONTRE LA SYPHILIS EN ALLEMAGNE. — Le projet de loi sur la lutte contre les maladies vénériennes, qui va être déposé au Reichstag, prévoit des peines pouvant aller jusqu'à trois ans de prison pour les personnes qui, sachant qu'elles sont atteintes de ces affections, continuent néanmoins à avoir des relations sexuelles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Léon Marcq (de Carnières, Belgique), Morelle, professeur de dermatologie à l'Université de Louvain ; René Alombert (de Marseille), ancien interne des hôpitaux de Lyon ; Stourne (de Lyon), ancien interne des hôpitaux de Lyon ; Guiter (de Cannes), ancien interne des hôpitaux de Paris ; Leclercq (de Lille).

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Du 7 février au 28 mars, le docteur J. Chaillous, médecin de la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, fera chaque dimanche, à 10 heures, à cette Clinique, une présentation de malades atteints des affections oculaires que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique. Ces leçons, qui sont gratuites, sont surtout destinées aux médecins praticiens et aux candidats au doctorat.

Entrée de la Clinique, 13, rue Moreau, métro Bastille.

CHRONIQUE

LE V. E. M. DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY AUX STATIONS CLIMATIQUES DE LA COTE D'AZUR (DÉCEMBRE 1925).

Comptant cette année quatre-vingts personnes environ : médecins et étudiants de Nancy, médecins des provinces recouvrées et du Grand Duché de Luxembourg, plusieurs accompagnés de leurs femmes, groupe d'étudiants parisiens, le V. E. M. du professeur Perrin a employé ses vacances de Noël et du Jour de l'An à visiter les stations climatiques de la Riviera française et monégasque. Cannes, Grasse, Nice, Monaco, Menton, Beaulieu, telles furent les villes que présenta à ses hôtes la Société médicale du Littoral méditerranéen au cours d'une superbe randonnée en auto-cars que guida personnellement le docteur Maurice Faure, président de la Société, et que favorisa un soleil constant. Un arrêt à Marseille, avec réception officielle par le docteur Flaissières, sénateur maire, les autorités locales et l'Ecole de médecine, clôtura le voyage. Partout, les médecins du Littoral, et notamment les docteurs Bufnoir, Houssiaux, Bertier, Perrimond, Rivoire, Barbary, Vivant, Camary, Samways, Hérard de Bessé, Sardou, etc., exposèrent aux visiteurs les ressources de leur région et leur en présentèrent les établissements médicaux en indiquant les caractéristiques de chaque station. Partout aussi des réceptions magnifiques dans des palaces somptueux : hôtels de Paris à Monte-Carlo et à Menton, Métropole et Miramar à Nice, Bristol à Beaulieu, de la Poste à Grasse, etc., furent organisées par le gouvernement de la Principauté de Monaco, la Société médicale du Littoral et les syndicats médicaux affiliés, les municipalités, les syndicats d'initiative et des hôteliers, etc. A Monaco, le docteur Richard, ancien compagnon des croisières de S. A. S. le Prince Albert Ier et directeur de l'Institut océanographique, fit les honneurs de celui-ci. L'étude de l'anthropologie préhistorique eut, elle aussi, sa place avec la visite en territoire italien des grottes de Grimaldi que le docteur Faure présenta aux visiteurs. Les membres du V. E. M. N. sont rentrés enchantés de leur voyage, de l'accueil partout reçu, des renseignements techniques et scientifiques rapportés.

L. M.

RENSEIGNEMENTS

SANATORIUM D'OISSEL, à 1 h. 30 de Paris. Poste interne en médecine vacant. Traitement : 400 francs par mois, plus avantages en nature : nourriture, logement, blanchissage.

Références exigées : 12 inscriptions. Pas de diplôme de docteur.

Ecrire ou se présenter à la direction.


CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Sirop Roche
Sirop Roche
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL

REVUE GÉNÉRALE

LA SÉDIMENTATION DES HÉMATIES

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION (1)

Par M. TURRIÈS,
Interne des hôpitaux de Marseille.

V. **La vitesse de sédimentation dans les tumeurs malignes.** — Les tumeurs bénignes restent sans retentissement sur le temps de sédimentation. Par contre les néoplasmes malins entraînent en règle générale une accélération proportionnelle à l'étendue de la tumeur et surtout à son influence sur l'état général : l'accélération de la vitesse de sédimentation augmente avec le degré de cachexie.

Toutes les formes squirrheuses de cancer peuvent évoluer avec une vitesse de sédimentation normale; cela est la règle chaque fois que le cancer reste strictement localisé. Mais ces résultats se modifient quand la propagation et surtout les métastases apparaissent. *La vitesse de sédimentation mesure donc assez bien les tendances destructive et extensive de la tumeur.*

Les opérations radicales entraînent le plus souvent le retour à la normale de la vitesse de sédimentation, mais non constamment. Mais, quand après intervention, on voit au bout de quelques temps réapparaître une nouvelle accélération de la vitesse de sédimentation, il faut craindre une *récidive.*

Tous les cancers, quelle que soit leur localisation, peuvent déterminer ces modifications de la vitesse de sédimentation, on les a trouvées dans les cancers de l'utérus, de l'estomac, de la peau, de la langue, dans le lymphosarcome, etc.

Un point particulier de ces recherches réside dans les services que peut rendre la vitesse de sédimentation dans le diagnostic différentiel du cancer et de l'ulcus de l'estomac : les recherches de Löhr, Kovacs, et surtout de Hoofgaard (2) permettent de dire qu'une sédimentation normale plaide en faveur d'un ulcère, et que les très grosses accélérations s'observent surtout dans le cancer; on ne saurait attribuer aucune importance aux accélérations moyennes qui peuvent se constater chez les ulcéreux.

Ces modifications dans le cancer paraissent dues à des destructions tissulaires donnant naissance à certaines modifications du sang que nous étudierons dans le mécanisme de la réaction.

Donc, ici encore, comme dans la tuberculose, la vitesse de sédimentation mesure avant tout la *puissance évolutive de l'affection;* elle est un signe d'extension et d'évolutivité avant d'être un symptôme diagnostique. Son intérêt pratique reste cependant assez réduit, sauf peut-être en ce qui concerne les récidives.

VI. **La vitesse de sédimentation dans les affections digestives.** — Nous venons de voir à propos des tumeurs malignes que *l'ulcère* et surtout le *cancer* de l'estomac ont une vitesse de sédimentation exagérée. Par contre les *gastropathies fonctionnelles* ont une sédimentation normale. Il peut y avoir là un élément de diagnostic, secondaire en réalité mais intéressant, entre affections organiques et fonctionnelles de l'estomac.

Dans l'ulcus il serait intéressant, ce qui je crois n'a pas encore été fait, de rechercher si la vitesse de sédimentatiou n'augmente pas au cours des poussées évolutives de l'affection, si souvent en rapport avec des poussées infectieuses locales comme on l'a démontré ces dernières années.

Les différents cancers de l'appareil digestif donnent comme tous les autres des temps de chute raccourcis.

Mais c'est principalement dans les *affections du foie* qu'on a étudié la vitesse de sédimentation.

La recherche de cette dernière a été pratiquée comme moyen de recherche de l'*insuffisance protéopexique du foie* par Poppert et Kreindler (1) et par Landsberg (2). Ces auteurs étudiant la vitesse de sédimentation après un repas d'épreuve dénotent dans certains cas une accélération post-prandiale de la vitesse de sédimentation qu'ils rattachent à la perméabilité anormale du foie pour les complexes albuminoïdes de basse dispersion. Ce serait là, pour eux, un moyen commode et plus fidèle que le taux leucocytaire, pour l'exploration de la fonction pexique du foie : seul un foie dont cette fonction serait insuffisante laisserait passer dans le torrent circulatoire les albumines plasmatiques du type fibrinogène, à grosses molécules.

Cette voie de recherche est séduisante. Mais il faut se rappeler que déjà beaucoup d'auteurs dénient à l'étude du nombre des leucocytes toute valeur dans l'étude de l'insuffisance hépatique, parce que c'est là un facteur trop instable et trop souple. Ne peut-on en dire autant de la recherche de la vitesse de sédimentation?

D'ailleurs Balachowsky (3) conteste, justement à notre avis, les conclusions de Poppert et Kreindler. Au moyen de sa technique spéciale (v. techniques) qui permet l'étude répétée de la vitesse de sédimentation en peu de temps, il a pu déceler des variations post-prandiales très brusques qui ne semblent, à cause de leur rapidité même en un sens ou en l'autre, pouvoir guère être attribuées qu'à un réflexe; probablement un réflexe vaso-moteur agissant sur la concentration des hématies. La question reste donc tout au moins en suspens, mais une grande prudence s'impose ici avant d'admettre trop précocement des conclusions systématiques.

Dans les ictères, la vitesse de sédimentation est souvent perturbée, mais de façon variable selon la cause de l'ictère :

Dans les ictères par lésion de la cellule hépatique, on observe une modification assez rare de la vitesse de sédimentation : un ralentissement du temps de chute des hématies. Cela paraît être dû à deux causes : d'une part la diminution du fibrinogène du sang, d'autre part la rétention des sels biliaires, d'où abaissement de la tension superficielle. Nous verrons plus loin le mécanisme selon lequel peuvent agir ces deux causes (4).

Dans les ictères par processus interstitiel, et par néoplasmes, on trouve une vitesse de sédimentation

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 7, p. 101.
(2) Hoofgaard. *Münch. med. Woch.*, 22 fév. 1924.

(1) Poppert et Kreindler. *Presse méd.*, 1924, n° 101.
(2) Landsberg. *Soc. polon. de biol.*, in *C. R. de la Soc. de biol.*, déc. 1923.
(3) Balachowsky. *Presse méd.*, 1925, n° 38.
(4) Cependant les hépatiques n'ont pas toujours des taux de fibrinogène abaissés. (Schindera. Loc. cit.)

accélérée ou normale, malgré la rétention des sels biliaires. Il n'y a cependant pas une étude assez détaillée de ces cas pour qu'on puisse donner une règle. Dans un cas d'ictère chronique par pancréatite chronique, et dans un autre par cancer du pancréas, nous avons trouvé une accélération de la vitesse de sédimentation. De même dans un subictère par cancer du foie à marche rapide, mais l'accélération de la vitesse de sédimentation peut ici être due à la tumeur.

Les ictères hémolytiques, d'après Poppert et Kreindler, ont une vitesse sédimentation accélérée; cette accélération diminuerait pendant les périodes de rémission de la maladie et passerait à son maximum pendant les poussées. D'après Löhr, une vitesse de sédimentation accélérée peut être due à une hémolyse anormalement accrue et à la résorption des produits de destruction globulaire.

Dans les ascites par *cirrhose* la vitesse de sédimentation n'est pas exagérée, ou peu. Dans les ascites par *péritonite tuberculeuse* elle est accélérée, probablement à cause de l'infection bacillaire en cause.

VII. **La vitesse de sédimentation dans les affections du système nerveux.** — Plant a pu constater (1) qu'il existe un raccourcissement du temps de sédimentation dans la paralysie générale, le tabes et l'artério-sclérose; il manque dans l'épilepsie, Büscher (2) a également reconnu la fréquence de ce phénomène dans toutes les manifestations nerveuses tardives de la syphilis. Dans un travail plus récent encore, Paulian, Demètre et Tomovici (3) admettent que spécialement dans le tabes et la paralysie générale, et dans les affections spécifiques du système nerveux, on observe une accélération manifeste de la vitesse de sédimentation comparable à celle qui a été observée, comme nous le verrons plus loin, au cours de la syphilis en évolution.

Les affections nerveuses d'origine syphilitique auraient donc une vitesse de sédimentation accélérée. Il y aurait là une preuve confirmative de l'étiologie de ces affections à rapprocher des autres preuves humorales, type Wassermann ou type Vernes.

Dans la maladie de Parkinson et le parkinsonisme, il y aurait un contraste évident, et ce contraste pourrait servir, d'après les auteurs roumains, comme élément de diagnostic entre ces deux syndromes si rapprochés.

VIII. **La vitesse de sédimentation dans diverses affections.** — **Dans la syphilis.** — Il y a presque toujours une accélération de la vitesse de sédimentation dans la *syphilis secondaire* : Poppert (1920) a trouvé la réaction positive dans 70 p. 100 de ces cas. Il émet même à ce sujet l'opinion d'un diagnostic différentiel avec les exanthènes incertains (?). Avec le traitement, la vitesse de sédimentation revient progressivement à la normale, mais subit de nouvelles accélérations si celui-ci est mal conduit ou insuffisant. Il y aurait un certain parallélisme relatif entre l'évolution de la vitesse de sédimentation et de la réaction de Wassermann. A vrai dire, cela ne sera pas pour nous étonner beaucoup quand nous aurons étudié le mécanisme de la sédimentation.

Dans la *syphilis héréditaire*, on trouve fréquemment une accélération de la vitesse de sédimentation. Il est bon de rappeler à ce sujet que le jeune enfant présente une vitesse de sédimentation moins rapide dans les premiers mois et à l'état normal, que par la suite.

Toutes les *syphilis viscérales* déterminent une accélération de la vitesse de sédimentation, et l'accélération constatée dans les syphilis nerveuses n'est qu'un cas particulier de cette règle.

Au fond, de façon générale, ici comme dans la tuberculose, la vitesse de sédimentation est augmentée surtout dans les *processus en évolution*, et reste normale ou subnormale dans les formes latentes ou stabilisées. A ce point de vue elle est susceptible de rendre quelques services en concordance avec les résultats de l'examen clinique.

Dans les néphrites. — On trouve assez souvent dans les *états hyperazotémiques*, une vitesse de sédimentation augmentée, qui reviendra à un chiffre normal avec la diminution du taux de l'urée sanguine. Nous avons trouvé une vitesse de sédimentation de 20 milligramètres chez un grand urémique, à 2gr50 d'urée, peu avant sa mort; ces chiffres étaient moins élevés peu auparavant. Ce fait nous paraît à rapprocher du résultat positif obtenu également dans l'azotémie par la réaction de Bothelo, réaction de cancer. Dans le cas ci-dessus signalé, la réaction de Bothelo était fortement positive à plusieurs étapes de la maladie. Voilà donc deux caractères humoraux : sédimentation exagérée et Bothelo (1), communs à l'azotémie et au cancer. Dans les *néphrites aiguës*, on a pu également signaler une augmentation de la vitesse de sédimentation.

Dans les cardiopathies. — La vitesse de sédimentation peut être accélérée, mais à peu près exclusivement quand il y a des troubles de la circulation, d'après Reicher (2).

Dans les maladies du sang. — Au cours des *anémies*, la vitesse de sédimentation est très accélérée, à cause de la grandeur des hématies et de leur richesse en hémoglobine. C'est surtout dans l'anémie à type pernicieux que cette accélération est marqué : dans deux cas de ce type, à étiologie inconnue, nous avons respectivement trouvé 20 et 23 millimètres. Il est vrai que dans un de ces cas, le Bordet-Wassermann était partiellement positif.

La chute est ralentie chez les *chlorotiques*. Dans la *leucémie myéloïde*, la vitesse de sédimentation peut être normale; nous avons constaté 12 millimètres dans un cas.

Dans l'érythème, dans la cyanose des cardiaques la vitesse de sédimentation peut être perturbée. Nous ne connaissons pas de documents concernant les syndromes hémorragiques. Cela serait pourtant du plus haut intérêt à cause des modifications subies dans ces affections par la composition physicochimique du plasma, et en particulier par le fibrinogène.

La vitesse de sédimentation a été encore étudiée dans les dermatoses par Delpianol (3), et en psychiatrie par Fiamberti (4). Nous renvoyons le lecteur à ces mémoires, afin de ne pas surcharger notre étude.

(1) PLANT. *Münch. med. Woch.*, mars 1920.
(2) BÜSCHER. *Berl. klin. Woch.*, 4 avril 1921.
(3) PAULIAN, DEMETRE et TOMOVICI. *Paris méd.*, 29 sept. 1923.

(1) Nous avons d'ailleurs, à plusieurs reprises, constaté chez des cancéreux la concordance des résultats fournis par la vitesse de sédimentation et la réaction de Bothelo.
(2) POLSKIE. *Arch. med. Wewn.*, 1913, f. 1.
(3) DELPIANOL. *Minerva med.*, 28 fév. 1925.
(4) FIAMBERTI. Note e *Riv. di psich.*, sept. 1924.

IX. **Causes et mécanismes de la sédimentation des hématies.** — Bien que cette étude soit encore loin d'être poussée à fond, et que nous n'ayons sur la question que des vues parcellaires, il est possible de tirer des travaux publiés, à ce sujet une connaissance schématique du mécanisme de la sédimentation.

Et d'abord *en quoi réside cette sédimentation*? Elle n'est autre chose qu'une agglutination. Il est possible d'observer par des moyens optiques appropriés, que les globules en suspension se réunissent en amas plus ou moins grands qui tombent au fond du tube; plus ces amas sont précoces et compacts, plus la vitesse de sédimentation est rapide. Tous les globules empilés en rouleaux se touchent, et forment dans leur ensemble une espèce d'armature ou charpente qui s'affaisse en se tassant. Balachowsky (1) admet même que cette charpente possède une solidité relative qui lui permet de s'opposer en partie à l'action de la pesanteur qui tend à l'affaisser. Cette solidité de la charpente sanguine serait fonction de la tonicité de ses composants : il y aurait donc une véritable tonicité sanguine à envisager, l'*hémotonie*, qui serait un facteur important de la sédimentation.

Mais, en fait, la sédimentation des hématies est un phénoméne extrêmement complexe, dans le déterminisme duquel des éléments très variables entrent en jeu. Nous allons les analyser.

Pour nettement situer le problème, il faut considérer la sédimentation comme un phénomène analogue à la floculation des suspensions colloïdales, phénomène résultant du manque de stabilité de la suspension : le colloïde sanguin peut être considéré comme une suspension des éléments morphologiques dans le liquide plasmatique. A priori, *la sédimentation des hématies peut donc dépendre : d'une part des propriétés des globules rouges, d'autre part des propriétés du plasma.* Autrement dit, la vitesse de sédimentation se rapproche du phénomène de la chute des corps sphériques dans un liquide, phénomène qui est réglé par la formule de Stokes :

$$\text{Vitesse de chute} = \frac{1}{2} \times g \times \frac{D - \delta}{\eta} \times r^2,$$ dans

laquelle :

g = l'accélération due à la pesanteur,
D = densité des sphères,
δ = densité du milieu,
η = une constante (frottement intérieur),
r = rayon des sphères.

Influence de la composition du plasma. — Le facteur le plus important ici est tenu par les *albumines plasmatiques*. Il y a trois catégories d'albumines dans le plasma : le fibrinogène, les globulines et l'albumine proprement dite. Ces trois variétés sont caractérisées par diverses propriétés physico-chimiques dont nous ne retiendrons que la principale : la grandeur de leur molécule respective. Le fibrinogène a la molécule la plus volumineuse : il est donc l'élément le moins stable, le plus labile. Les globulines ont une grandeur de molécule inférieure à celles du fibrinogène : elles ont donc un degré de dispersion plus marqué, et sont moins labiles. Les albumines présentent les plus petites molécules : elles sont les plus dispersées et les plus stables.

La quantité en proportion constante de ces diverses substances albuminoïdes assure au plasma sa stabilité; toute modification de cette proportion diminuera cette stabilité. Plus précisément : tout accroissement du fibrinogène, et même des globulines, éléments les plus labiles, détermine une tendance à la floculation du plasma. Inversement pour l'accroissement de l'albumine. C'est ainsi que dans la plupart des cas de vitesse de sédimentation accélérée, on peut noter une augmentation de la quantité de fibrinogène ou des globulines. Nous avons, dans l'étude chimique, cité plusieurs fois des vérifications de cet énoncé. Murakani et Takashi Yamaguchi (1), Schindera, Poppert et Kreindler, etc., notent le fait. Cependant Neergaard (loc. cit.) n'a trouvé qu'un parallélisme tout approximatif.

Cette floculation du plasma facilite l'agglutination des hématies. D'autre part la prédominance des albumines à basse dispersion paraît influer sur la charge électrique des globules. Nous y reviendrons plus loin.

En outre des modifications portant sur les albumines plasmatiques, d'autres variations de la composition du plasma peuvent faire changer la vitesse de sédimentation. Kürten (de Halle) admet que la *cholestérine* accélère et que la *lécithine* entrave le temps de sédimentation, ce fait serait surtout marquant dans les suites de couches (2). Cette opinion est cependant combattue par Salomon, de Potter et Valtis (3) qui n'ont trouvé aucune dépendance entre le taux de la cholestérine et la vitesse de sédimentation.

D'après Murakani et Takashi Yamaguchi (loc. cit.), il existerait un certain rapport entre la vitesse de sédimentation et la teneur du sérum sanguin en *calcium* : lorsque la teneur en calcium est faible, la vitesse de sédimentation est plus rapide. Mais ces rapports sont moins étroits qu'avec le taux de fibrinogène.

La *viscosité du plasma* peut influer sur la vitesse de sédimentation : une viscosité trop grande s'oppose mécaniquement à l'agglutination et à la sédimentation. Cependant, pour Fahrens et Löhr, c'est le contraire qui aurait lieu.

Des variations de la vitesse de sédimentation peuvent se produire à la suite de seules modifications de la *tension superficielle*, ou force qui s'exerce à la surface du liquide sanguin. Toute augmentation de la tension superficielle augmente la vitesse de sédimentation en favorisant l'agglutination et la floculation des éléments morphologiques. C'est là une des causes des modifications de la vitesse de sédimentation dans les ictères (voir plus haut).

La présence d'anticorps dans le sérum paraît modifier l'état physico-chimique du sang, et c'est ainsi qu'on expliquerait les changements de la vitesse de sédimentation dans les maladies infectieuses (4).

Enfin, le pH du sang peut aussi jouer son rôle ici, comme l'a rappelé M. Lapicque (5), à propos d'une communication de Peyre. Ce point cependant n'a pas été particulièrement étudié.

« Dans une récente communication (*Soc. Biol.*, 24 oct. 1925) Roger et Binet ont montré que l'un des facteurs susceptibles de hâter ou de retarder la vitesse de sédimentation est la teneur du sang en

(1) Balakowsky. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 juillet 1925.

(1) Murakani et Takoshi Yamaguchi. *Ann. de méd.*, avril 1924.
(2) Kurten (de Halle). *Klin. Woch*, 1er juillet 1924.
(3) Salomon, de Potter et Valtis. *Soc. de biol.*, 23 mai 1925.
(4) Leendertz. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, août 1921.
(5) Lapicque. *Soc. de biol.*, 18 oct. 1924.

acide carbonique. Plus le sang est oxygéné, plus est rapide la sédimentation; elle est ralentie dans l'asphyxie, accélérée dans l'hyperpnée.

Influence des propriétés des hématies. — La propriété des hématies qui joue ici le rôle essentiel est la *charge électrique.* On sait que les globules rouges possèdent une charge électro-négative : en effet les globules placés dans le champ électrique se dirigent vers le pôle positif. Fahrens a pu prouver que dans la sédimentation normale les hématies avaient un protentiel plus élevé que dans les cas de sédimentation exagérée, chez l'homme et chez l'animal. Cela est facile à comprendre : la charge électro-négative des hématies les maintient en suspension par la force réciproque de répulsion qui en résulte. Si cette cette charge diminue, la force de répulsion sera moindre, et il y aura tendance à l'agglutination des globules.

Or, les albumines plasmatiques de basse dispersion (fibrinogène et globuline) possèdent une charge électro-positive. Elles ont donc tendance à se diriger vers la surface des hématies, et à ce niveau elles les déchargent d'une partie de leur potentiel électro-négatif. Cette diminution de potentiel diminue la force de répulsion des globules, d'où, comme nous venons de le dire, agglutination et sédimentation.

La rapidité de la sédimentation résulterait donc de l'absorption à la surface des globules d'albumines à basse dispersion. Cela expliquerait pourquoi l'augmentation dans le sang de ces types d'albumine aboutirait à une accélération de la vitesse de sédimentation.

Bien que la plus importante, la charge électrique n'est pas la seule propriété des hématies qui puisse faire varier la vitesse de sédimentation. Le *nombre des hématies* est un facteur inhibiteur de la vitesse de sédimentation : la diminution de ce nombre accélère la vitesse de chute. On sait que celle-ci est plus rapide dans les anémies qu'à l'état normal. La *dimension des globules* entre aussi en jeu : les grandes hématies sédimentent plus rapidement; c'est par cette particularité qu'on a expliqué la vitesse de sédimentation plus rapide chez la femme que chez l'homme. La *teneur en hémoglobine* en augmentant le poids spécifique des globules a aussi pour conséquence l'accélération de la vitesse de sédimentation : c'est pourquoi celle-ci est ralentie chez les chlorotiques.

Quelle est l'importance respective que l'on peut accorder dans le mécanisme de la sédimentation aux facteurs plasmatiques et aux facteurs globulaires ? — C'est ce qu'il est encore assez difficile de préciser. Au début Fabrens et Linzenmeyer avaient mis seulement en cause les modifications des charges électriques des hématies, et pour eux le plasma ne jouait aucun rôle. Les travaux de Maccabruni et d'autres auteurs vinrent alors montrer que, contrairement à cette opinion, le plasma entrait en jeu dans le déterminisme du phénomène : en effet, les globules d'un homme normal sédimentent plus vite dans le plasma de femme enceinte que dans leur propre plasma; l'addition du sérum de femme grosse au sang en expérience détermine l'accélération de la sédimentation (1); en traitant le plasma par des corps qui absorbent la plupart des albumines plasmatiques, on ralentit la sédimentation, etc. Ces expériences et d'autres encore démontrent le rôle prépondérant de plasma. A l'heure actuelle, il semble que l'on ait tendance à accorder de plus en plus d'importance à ce rôle. Toutefois, il nous paraît qu'il ne faut pas perdre de vue tous les autres éléments de variations de la vitesse de sédimentation étudiés plus haut. Ces variations sont le résultat final de l'enchevêtrement des différents facteurs que nous avons analysés. D'autres encore, inconnus aujourd'hui peuvent bientôt être mis en évidence. On en est donc pour le moment encore à un travail de dépouillement, et la possibilité d'une vue synthétique, ainsi que la classification hiérarchique des éléments déterminants de la vitesse de sédimentation restent l'œuvre de demain.

(1) Vignes et Hermet, *Soc. de biol.*, 21 oct. 1922.

Il est cependant permis de revenir en terminant ce chapitre, sur ce que nous avons écrit à son début : c'est qu'en réalité, la réaction de sédimentation ne fait que nous refléter l'état physico-chimique du sang à un moment donné, et que par là elle s'apparente étrangement aux diverses réactions colloïdales actuellement connues et étudiées : vitesse de sédimentation, épreuve de Daranyi pour la tuberculose, épreuve de Bothelo dans le cancer, réaction de Costa dans la grossesse et divers états pathologiques (1), réaction de Gerloczy, etc. Il n'y a pas jusqu'à la réaction de Wassermann qui, envisagée actuellement comme réaction colloïdale, ne puisse être placée à côté de la réaction de sédimentation; nous avons noté d'ailleurs entre elles un certain parallélisme. Le rapprochement de ces différentes épreuves sur un même terrain permet de comprendre pourquoi elles peuvent être perturbées les unes et les autres par des causes analogues telles que : mélange manuel prolongé, variations de la température, rayons X, rayons ultra-violets, introduction parentérale d'albumines, etc. C'est que toutes ces causes modifient soit la formule protéique soit l'état physique des humeurs.

***

Nous conclurons en disant que :

1° *Au point de vue clinique*, la réaction de sédimentation n'a qu'une importance réduite quant au diagnostic. Elle ne présente aucune spécificité. Cependant, en éliminant les différentes autres causes susceptibles de la modifier, elle peut plaider en faveur d'une affection donnée, qui habituellement, l'accélère. Mais son véritable intérêt réside dans ce fait qu'elle est un *indice d'évolution*, son apparition et son intensité mesurent avec une précision relative la gravité, les complications et le pronostic de la maladie. Cela, surtout dans la tuberculose pulmonaire, et compte tenu, naturellement, des indications fournies par l'examen clinique.

2° *Au point de vue de son mécanisme*, elle paraît refléter l'état physico-chimique du sang et subit, en conséquence, le contre-coup des variations survenant dans la composition du plasma ou les propriétés des hématies : la formule protéique du sang et le protentiel électrique des globules semblent à l'heure actuelle les éléments les plus importants de ces variations, sans que l'on puisse affirmer de façon

(1) Dossena. Parallélisme entre la vitesse de sédimentation et la réaction de Costa à la novocaïne-formaline, *Ann. di ostetr. et gin.*, déc. 1923.

nette la valeur hiérarchique des autres éléments. La réaction de sédimentation paraît s'homologuer avec les diverses réactions colloïdales connues, et ce rapprochement paraît susceptible de nous faire mieux pénétrer l'intimité de son mécanisme, par là-même son intérêt pratique.

BIBLIOGRAPHIE

En outre des références que nous avons citées au cours de notre exposé, et dont certaines contiennent de nombreuses indications, on trouvera la bibliographie à peu près complète de la question dans les travaux suivants :

BALAKOWSKY (Serge). Mécanisme intime de sédimentation. L'hémotonie, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 juillet 1925.
GRIMBERT. *Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 101.
NEERGAARD. *Schweiz. med. Woch.*. 1923, n° 48 (références allemandes).
PAGNIEZ. *Presse méd.*, 1921, p. 405.
PAPANICOLAU (B.) et P. WEILLER (de Montana). La vitesse de sédimentation des globules rouges dans la collapsothérapie, *Paris méd.*, 14 nov. 1925.
POPPERT et KREINDLER. *Ann. de méd.*, janv. 1925.
RACINE (Willy). La réaction de la sédimentation des globules rouges dans la tuberculose pulmonaire. Sa valeur diagnostique et pronostique, *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 juillet 1925, n° 9.
ROGER et BINET. *Soc. de biol.*, 24 oct. 1925.
SALOMON, DE POTTER et VALTIS. *Soc. de biol.*, 23 mai 1925.
SIMONPIETRI. *Th. de Montpellier*, 1924.
ZEHNTER. *La Médecine infantile*, 1924, n° 4.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1926)

De la valeur antigène de l'anatoxine tétanique chez l'homme. — MM. G. RAMON et Ch. ZOELLER ont entrepris des recherches dans le but de savoir si les injections d'anatoxine tétanique étaient inoffensives et déterminaient, chez l'homme comme chez les animaux, une immunité active contre le tétanos. Leurs expériences leur ont montré que l'injection d'anatoxine tétanique chez l'homme, à la dose de 0cm³5, de 1 et de 2 centimètres cubes, est absolument inoffensive et ne provoque ni réaction locale ni réaction générale. Aussi les auteurs ont-ils pu déterminer les meilleures conditions permettant de réaliser *dans la pratique* l'immunisation active de l'homme contre le tétanos. Ils ont constaté que l'anatoxine tétanique peut être ajoutée à un vaccin microbien, tel que celui employé contre les affections typhoïdes (vaccin T. A. B.) sans que la production d'antitoxine soit diminuée dans cette vaccination associée.

Passage du virus de la fièvre aphteuse à travers les membranes en collodion. — MM. C. LEVADITI, S. NICOLAU et L.-A. GALLOWAY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1926)

La sécurité en chemin de fer. — Après une courte discussion à laquelle ont pris part MM. DE LAPERSONNE, Jean LÉPINE, LETULLE, STRAUSS et BALTHAZARD, l'Académie adopte les conclusions de M. Guillain, rapporteur de la Commission.

Le texte que nous avons publié dans le numéro 5 du 16 janvier 1926 de la *Gazette des hôpitaux*, page 74, comporte une seule rectification : l'acuité visuelle ne devra jamais être inférieure à 17/20 d'un côté et à 12/20 pour les deux yeux. Le reste ne comporte aucun changement.

La neuropathologie de l'expression des émotions. — M. Georges DUMAS donne, en les accompagnant de fort belles projections, quelques exemples d'une méthode qui lui a beaucoup servi dans ses recherches sur l'expression. Cette méthode consiste dans la comparaison des expressions normales de l'émotion psychique avec les expressions non psychiques et cependant caractéristiques dont la neuropathologie nous offre maints exemples.

Le signe du phrénique droit dans les appendicites et les séquelles appendiculaires du carrefour subhépatique. — M. Michail O. ILIESCU (de Bucarest) indique un signe constant chez tous les appendiculaires aigus ou latents : la douleur à la compression du nerf phrénique droit au niveau du cou, entre les insertions inférieures du sterno-cléido-mastoïdien.

L'explication de ce signe serait donnée par « l'existence de la lymphangite ascendante subhépatique appendiculaire autour des organes du carrefour subhépatique, laquelle irriterait les terminaisons subhépatiques du phrénique droit ».

Enregistrement des bruits du cœur. — M. LUTEMBACHER, avec la collaboration technique de la Société française des films parlants, fait entendre les bruits normaux et pathologiques du cœur enregistrés à l'aide d'un enregistrement optique sur film. Ils sont reproduits dans toute leur pureté à l'aide d'une cellule de sélénium et un amplificateur, suivant la technique du « film parlant ». Il est indispensable pour l'enseignement de fixer les bruits fugitifs de l'auscultation. Cette collection de bruits de souffle, de roulement, de troubles rythmiques prend sa place à côté des projections, des films cinématographiques.

— Pendant l'absence de M. Achard, secrétaire général, envoyé en mission au Japon, toute la correspondance doit être adressée à M. Souques, secrétaire annuel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1926)

A propos de la phrénicotomie. — M. H. DUFOUR rapporte les observations de deux malades chez lesquels il a fait pratiquer la phrénicotomie. Il conclut que dans les poumons fibreux avec adhérences l'ascension du diaphragme ne réalise qu'une des conditions de réussite de la phrénicotomie, mais le jeu diaphragmatique est également utile pour l'évacuation des poches purulentes au moment des efforts de toux. La paralysie de l'hémidiaphragme ne favorise pas l'exécution, et dans quelques cas les malades sont plus incommodés après l'intervention qu'avant celle-ci.

Infantilisme, anémie et cirrhose graisseuse. — MM. BAUDOIN, CELICE et SELIGMANN présentent un malade atteint d'un triple syndrome pathologique, infantilisme, anémie, cirrhose graisseuse, consécutif à une péritonite tuberculeuse.

Le métabolisme basal normal, l'absence de tout signe hypophysaire éliminant les variétés thyroïdienne et hypophysaire de l'infantilisme, le cas actuel rentre dans le cadre de l'infantilisme primitivement génital, conformément à l'opinion de M. Souques.

Propriété hypertensive du citrate de soude. — M. Maurice RENAUD montre que l'administration quotidienne du citrate de soude à la dose de 8 à 12 grammes, telle qu'elle est préconisée dans les artérites, amène en quelques jours d'une façon régulière une élévation de la tension artérielle de 2 à 5 centimètres qui persiste tant qu'on donne le médicament, mais qui cesse très vite dès qu'on en supprime l'usage. Ces modifications de la tension ne sont pas sans présenter des inconvénients, et il est convenable de les connaître.

Purpura hémorragique terminal dans un cas de leucémie myéloïde. — MM. A. CHAUFFARD, Robert CLÉMENT et N. JONNESCO. Cas de purpura hémorragique avec hémorragies multiples muqueuses et cutanées; temps de saignement : deux heures; thrombocytopénie à 68.000 plaquettes qui, en deux semaines, a amené la mort dans un cas de leucémie myéloïde typique.

Celle-ci avait évolué en deux ans et demi sous forme de trois poussées successives enrayées chaque fois par la radiothérapie splénique.

Faut-il incriminer, à la base de ce syndrome hémorragique, les trente-trois séances de radiothérapie rendues nécessaires par les rechutes leucémiques? ou est-ce un des modes d'évolution de la leucémie myéloïde dont la radiothérapie n'amène jamais qu'une guérison symptomatique? Ce syndrome n'est pas fréquent dans la leucémie myéloïde en dehors de son évolution vers la leucémie aiguë. Dans le cas présent, l'existence de 20 p. 100 de cellules indifférenciées permet de soupçonner une évolution de ce genre sans qu'elle soit assez accentuée pour pouvoir l'affirmer.

Ce fait montre, une fois de plus, la parenté et l'interdépendance des grands syndromes sanguins.

Les formes paroxystiques du syndrome d'Adams-Stokes. — M. E. Donzelot rapporte quatre cas de dissociation auriculo-ventriculaire paroxystique, dont deux de dissociation incomplète et deux de dissociation complète. Après avoir montré l'intérêt pratique de ces faits, l'auteur insiste sur leur valeur théorique. Incompréhensibles, en effet, dans l'hypothèse actuellement admise d'un trouble de conduction, ces formes paroxystiques s'expliquent aisément si l'on admet avec l'auteur, d'une part l'indépendance complète des systolies auriculaire et ventriculaire (dualité automatique du cœur), et, d'autre part, l'existence d'un déficit automatique ventriculaire provoqué par une inhibition d'origine pneumogastrique ou par un spasme vasculaire, ces deux facteurs pouvant agir isolément ou venir se greffer sur des altérations jusqu'alors latentes de l'appareil automatique ventriculaire.

MM. Clerc et Laubry soulignent l'importance des formes paroxystiques du syndrome d'Adams-Stokes.

Abcès de fixation. — M. Comby. L'abcès de fixation par injection hypodermique d'essence de térébenthine fut imaginé par Fochier pour combattre l'infection puerpérale. Il reprit faveur à l'occasion de l'encéphalite épidémique; après les encéphalites, ce furent les méningites, les poliomyélites, la maladie de Parkinson, les pneumonies et broncho-pneumonies, la grippe, les typhus et paratyphus, la fièvre typhoïde, les fièvres cryptogéniques, etc. C'est un mal ajouté à la maladie préconstante qu'il faut abandonner.

Syndrome alterne caractérisé par un hémitremblement du type parkinsonien et un hémirhumatisme déformant. — M. E. May.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1926)

M. Guillain transmet la présidence à M. Léri pour 1926.

Syndrome d'apparence myasthénique dans l'encéphalite. — MM. Guillain, Alajouanine et Marcel Kahn présentent un encéphalitique qui a été atteint successivement de diplopie intermittente, de ptosis, d'algies lombaires, et qui accuse maintenant une fatigabilité rapide sans diminution de la force dynamométrique. Cette asthénie musculaire a affecté successivement les membres inférieurs, puis les membres supérieurs, et enfin les masticateurs. Cependant l'examen électrique, pratiqué par M. Bourguignon, ne révèle pas de réaction myasthénique, mais des réactions analogues à celles des parkinsoniens. Les auteurs ont observé un autre cas du même ordre chez un parkinsonien postencéphalitique.

M. Froment (de Lyon) signale l'effet stimulant de l'hyoscine chez ces malades. Cet effet ne s'observerait pas avec la scopolamine, du moins avec les échantillons de la marque qu'il a utilisée. Une discussion s'engage à ce propos au sujet de l'efficacité respective de l'hyoscine, de la scopolamine et de l'hyosciamine. MM. Guillain, Froment, Babinski, Léri, Sicard, Alquier, Sézary, Foix, Vincent, Trénel y prennent part. La plupart des malades accusent plus de bien-être de l'usage de l'hyoscine, mais celle-ci ne doit être stérilisée que par tyndallisation, car l'hyoscine, portée à 90 degrés, se transforme en hyoscéine inactive.

Ossification de la faux du cerveau. — MM. Guillain et Alajouanine. On constate quelquefois, dans les autopsies, une ossification massive et compacte de toute la faux du cerveau. Mais, généralement, cette anomalie n'a pas d'histoire clinique. Or, les auteurs ont vu, sur la radiographie de face du crâne d'une malade qui se plaignait de vives céphalées depuis plusieurs années, une opacité dense et régulière, allongée verticalement et située sur la ligne médiane audessous de la suture sagittale. Ils supposent qu'il s'agit d'une faux ossifiée, et ils se demandent, malgré l'absence de toute lésion ophtalmoscopique et de toute hypertension du liquide céphalo-rachidien, si une intervention serait indiquée.

MM. Cl. Vincent et Sorrel estiment que la trépanation exploratrice est indiquée et que l'ablation d'une faux ossifiée ne doit pas comporter de difficulté s'il n'y a pas d'adhérences.

M. Roussy pense qu'il s'agirait de calcification d'origine inflammatoire plutôt que d'ossification.

MM. Alajouanine et Foix, d'après les cas anatomiques qu'ils ont observés, établissent une démarcation entre les calcifications d'origine inflammatoire, analogues aux plaques calcaires des méninges rachidiennes, et les ossifications massives qu'ils ont constatées dans la faux du cerveau.

Syndrome pyramido-opto-strié d'origine encéphalitique. — M. Laignel-Lavastine rapporte l'observation d'un homme de soixante-cinq ans, dont la maladie débuta par des crises vaso-motrices qui rappelaient le syndrome de Raynaud. Puis survinrent des mouvements choréiques, des symptômes pyramidaux, des troubles des sensibilités profondes. Les réflexes vaso-moteurs et pilo-moteurs étaient exagérés. Une amélioration survint à la suite d'un traitement de salicylate de soude intraveineux.

Vertèbres opaques. Leur signification diagnostique et pronostique. — MM. Sicard, Haguenau et Lichtwitz envisagent la signification diagnostique et pronostique de la vertèbre radio-opaque.

La vertèbre opaque à configuration extérieure et à rapports extrinsèques normaux peut se rencontrer en dehors des états cancéreux.

Seule la vertèbre opaque déformée, à destruction plus ou moins étendue, tassée ou déformée, est le témoin d'une localisation cancéreuse ou paracancéreuse. Un tel aspect incite à rechercher la lésion cancéreuse primitive lorsque celle-ci se dérobe au premier abord à l'examen clinique.

M. Roussy rappelle qu'il a examiné histologiquement une vertèbre opaque déformée qui ne contenait pas de tissu néoplasique, mais présentait seulement des lésions ostéomalaciques; à vrai dire, la malade était atteinte de cancer de l'utérus.

M. Léri a vu une vertèbre opaque déformée chez une malade qui ne présentait pas de néoplasme décelable cliniquement, mais dont la réaction de Bordet-Wassermann était positive.

Le parkinsonien a-t-il vraiment un tremblement de repos? — M. Froment montre que le tremblement parkinsonien disparaît d'une manière complète lorsque la position (fauteuil colonial) permet le repos absolu de tout l'ensemble du corps. Il ne s'exagère que dans les attitudes qui ne sont pas parfaitement confortables. C'est un phénomène « dystasique ».

L'influence des attitudes du parkinsonien sur le phénomène de la roue dentée et sur la résistance des antagonistes. — M. Froment montre que la roue dentée, la résistance des antagonistes cèdent également dans les attitudes qui assurent vraiment le repos complet. Il applique cette notion aux phénomènes de kinésie paradoxale.

Action dynamogénique de l'hyoscine. — M. Froment montre les courbes dynamométriques de parkinsoniens dont la force musculaire est passée, sous l'influence de l'hyoscine, de 10 à 40 kilogrammes.

Persistance de la sensibilité cutanée et profonde après radicotomie postérieure pour causalgie. — MM. Sicard, Haguenau et Lichtwitz signalent la persistance des sensibilités cutanées et profondes après section des racines posté-

rieures. Cette section a été pratiquée par M. Robineau dans des conditions telles qu'il n'est pas possible de supposer un acte opératoire incomplet.

Dans deux cas, il s'agissait de section unilatérale des racines sacrées pour causalgie tabétique du pied. Dans un troisième cas, on avait sectionné les racines postérieures du plexus brachial gauche pour causalgie traumatique du poignet.

Or les sensibilités objectives au tact, à la piqûre, à la température et les sensibilités profondes n'ont pas été modifiées.

Par ailleurs, les algies ont persisté sans aucune atténuation. On peut donc se demander si la loi de Sherrington est exacte chez tous les sujets. Il est possible que les différentes sensibilités empruntent une voie auxiliaire sus et sous-jacente à leur plexus d'origine. Il est encore possible que l'hyperalgésie sympathique soit susceptible de créer des voies de suppléance; la sensibilité d'apport cérébro-spinale pourrait, dans ces cas spéciaux, emprunter la voie sympathique centripète.

Réflexes pendulaires et hypertoniques. — MM. Ch. Foix et Julien Marie présentent une malade atteinte de sclérose en plaques chez laquelle, malgré un notable degré de contracture des membres inférieurs, on observe un réflexe pendulaire des plus marqués. Seulement l'oscillation du pendule, au lieu de se faire autour de l'axe vertical, se fait autour de l'axe constitué par l'équilibre de la contracture et de la pesanteur. Les auteurs ont constaté plusieurs autres fois ce phénomène dans des cas de sclérose en plaques, de syndrome thalamique, somme toute chaque fois que les symptômes cérébelleux se superposent aux symptômes pyramidaux. Ce phénomène met en lumière : 1° que le réflexe pendulaire n'est pas un signe d'hypotonie; 2° la différence qui sépare les phénomènes d'hypotonie et ceux de passivité; 3° la différence qui sépare la contracture de la rigidité de fixation.

Des courbes électro-myographiques montrent les dissemblances entre le phénomène et un clonus.

M. A. Thomas se demande si le phénomène présenté est assimilable de tout point au véritable réflexe pendulaire.

Un nouveau cas de vérification de nystagmus du voile, symptôme de la calotte pédonculo-protubérantielle. — MM. Foix et Tinel apportent les pièces anatomiques d'un cas de « nystagmus du voile » qui s'était accompagné pendant la vie de phénomènes de parésie périphérique dans le territoire du facial et du moteur oculaire externe. La lésion (petit foyer de ramollissement limité), mise en correspondance avec celle qui a déjà été trouvée dans un cas analogue par l'un des auteurs avec Hillemand et dont les coupes histologiques sont maintenant achevées, établit que le « nystagmus du voile » constitue un symptôme de la calotte pédonculo-protubérantielle.

Palilalie syllabique. Sclérose intracérébrale en foyers disséminés. — MM. Ch. Foix et J.-A. Chavany apportent l'observation anatomo-clinique d'un sujet qui a présenté pendant la vie un syndrome complexe d'état démentiel, d'apraxie idéatoire et d'aphasie de Wernicke, avec palilalie syllabique rappelant un bégaiement. A l'examen anatomique, il n'y a pas de foyer de ramollissement, ni de lésion corticale histologique, mais des îlots disséminés de sclérose d'aspect cicatriciel, situés exclusivement dans la substance blanche, principalement dans le lobe pariétal et dans le lobe temporal. Les auteurs insistent sur l'importance de cette variété de lésion cérébrale, facile à méconnaître macroscopiquement, mais qui, histologiquement, entraîne des destructions considérables, et peut, cliniquement, déterminer des phénomènes importants d'aphasie, d'apraxie, d'hémianopsie, ainsi qu'ils en possèdent des exemples.

Syndromes neuro-psychiques des colites alcalines. — MM. P. Béhague et A. Mathieu de Fossey. Parmi les troubles nerveux et psychiques mis jusqu'ici en bloc sur le compte de l'auto-intoxication intestinale, il y a lieu d'isoler un syndrome spécial lié aux colites qui s'accompagnent de selles alcalines avec putréfaction. Il se caractérise : 1° par des troubles neurologiques : exagération des réflexes tendineux, contractions fasciculaires disséminées, tendances aux spasmes, sensations de douleurs fugaces et profondes, lenteur des mouvements, tremblement; 2° par des troubles psychiques : anxiété, diminution de la mémoire, obnubilation; 3° par des troubles colitiques : selles de putréfaction, de réaction alcaline, avec augmentation de l'ammoniaque. Ces derniers troubles passent souvent inaperçus. Le syndrome neuro-psychique mériterait le nom de « paramyoclonie anxieuse ».

Syndromes de Claude Bernard dans la compression médullaire basse (deux observations). — M. Conos (de Constantinople).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1925)

Diabète insipide par encéphalite infundibulo-tubérienne d'origine syphilitique. — MM. L. Babonneix et J. Lhermitte rapportent l'observation d'une femme atteinte à la fois de neuro-syphilis et de cancer du sein, et qui présenta une polyurie importante et durable. A l'autopsie, intégrité complète de l'hypophyse; lésions méningées et tubériennes consistant, les premières, en une infiltration lympho et plasmocytaire des méninges molles de l'espace opto-pédonculaire, les secondes, en chromatolyse des noyaux propres du tuber. Voilà donc un nouveau cas de polyurie liée à une altération, non de l'hypophyse, mais de cet appareil régulateur de la teneur en eau de l'organisme, dont un des centres principaux est constitué par les noyaux propres du tuber. Comme celui qu'a déjà rapporté M. Lhermitte, il montre que clinique et expérimentation sont d'accord pour déposséder l'hypophyse d'une des fonctions qui lui étaient jadis dévolues, et pour la transférer au tuber.

Identité d'action cardio-vasculaire du principe actif du genêt et de l'adrénaline. — MM. H. Busquet et Ch. Vischniac. Le principe vaso-constricteur du genêt présente, au point de vue cardio-vasculaire, des analogies frappantes avec l'adrénaline. Même action hypertensive, absence de cet effet après administration préalable d'yohimbine, syncope chez l'animal chloroformé analogue à la syncope adrénalinochloroformique. Cette action persiste intégralement chez le chien ayant subi la double surrénalectomie; elle est donc due au principe lui-même et non à la stimulation de la fonction surrénale, comme c'est le cas pour beaucoup de substances vasoconstrictives.

M. Gautrelet. M. Busquet a-t-il étudié l'action de l'extrait de genêt sur le sympathique avec ses deux tests : utérus, intestin?

M. Busquet. Les recherches sont en cours.

La théorie de l'autolyse transmissible et les objections de d'Hérelle. — M. J. Bordet définit dans ses grandes lignes la théorie autolytique et montre que divers faits signalés par d'Hérelle se concilient fort bien avec elle.

De l'action de quelques agents physiques et chimiques sur la floculation des sérums antiméningococciques. — MM. R. Dujarric de la Rivière et Et. Roux. Sous les actions combinées de la chaleur et de quelques antiseptiques (formol et sulfate d'ortho-oxyquinoléine) il se produit une modification profonde de l'état physique des sérums antiméningococciques. Cette modification se produit notamment par le fait que ces sérums ne floculent plus en présence de l'antigène méningococcique et qu'ils ont entièrement récupéré le pouvoir défloculant énergique que tout sérum possède normalement. Seul le sérum est modifié et la floculation continue à se produire quand les antiseptiques sont ajoutés *à l'antigène*. Certains antiseptiques ne détruisent pas le pouvoir floculant des sérums, c'est le cas du permanganate employé en solution faible mais à un taux encore supérieur à celui par exemple que les américains emploient pour préserver les eaux du développement des algues.

Syphilis et tuberculose. — MM. A. Vernes, R. Bricq et A. Gazer. Le sérum syphilitique présente, au moment de l'apparition du chancre, une modification différente de celle qu'il présentera aux stades ultérieurs. Cette modification

donne la possibité d'une réaction sérologique caractéristique de la période d'apparition du chancre. L'étude de la courbe des résultats obtenus prévient d'ailleurs toute confusion avec la séro-réaction propre à la tuberculose.

A ceux qui utiliseront le procédé de dire s'ils y trouveront, à leur tour, l'intérêt et la commodité que nous y avons trouvés nous-mêmes.

Election. — M. BLANCHETIÈRE est nommé membre titulaire.

— Société de biologie de Marseille (séance du 24 novembre 1925) :

Recherches sur l'évolution des cellules pigmentaires dans les cancers mammaires envahissant l'épiderme. — M. Marcel CAUDIÈRE. Dans certains épithéliomas du sein envahissant l'épiderme on trouve des cellules pigmentaires rameuses, à type de cellules de Langerhans, qui, immigrées dans les formations néoplasiques, vivent en symbiose avec les cellules cancéreuses, conservent les caractères de mélanoblastes et élaborent du pigment, ainsi que le montre l'étude de ces éléments à l'aide des méthodes d'imprégnation à l'argent, et de la dopa-réaction de Bruno Bloch.

Exploration des artères coronaires du cœur par l'injection lipiodolée. — M. ROUSLACROIX. Les remarquables travaux de Brocq et Mouchet sur l'étude anatomique des artères coronaires du cœur par la radiographie plane et stéréoscopique, ne paraissent pas avoir introduit dans la pratique une méthode simple et usuelle d'exploration de ces artères. Les auteurs précités se plaignent eux-mêmes des inconvénients que peuvent présenter les masses homogènes d'injection utilisées, trop épaisses ou trop fluides selon les circonstances.

Nous avons pensé avoir recours aux remarquables propriétés d'opacité aux rayons X que présente l'huile iodée dite lipiodol (40 p. 100 d'iode). Ainsi qu'on peut le voir sur les clichés que je vous présente, le lipiodol pénètre sans traumatisme, jusque dans les plus fines ramifications des artères coronaires et donne des images radiographiques d'une netteté parfaite. Il convient de pousser l'injection lentement; 2 centimètres cubes suffisent pour le territoire de chacune des deux artères principales du cœur; une ligature, posée sur la canule est serrée fortement après l'injection. L'huile ne diffuse pas et la radiographie peut être faite vingt-quatre ou quarante-huit heures après, dans diverses positions du cœur sur la plaque. Ampoule Coolidge pose : huit secondes. Il m'a semblé que cette technique très simple d'exploration — actuellement à l'étude dans mon service de l'hôpital Salvator — pouvait servir à élucider la pathogénie des troubles fonctionnels ou organiques du cœur où l'on soupçonne des lésions coronariennes (notamment certaines arythmies et l'angine de poitrine).

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1925)

Lipiodiagnostic d'une thrombose artérielle. — MM. BAILLAT et P. MÉRIEL insistent, à propos d'un cas de gangrène sénile opérée, sur la discordance fréquente des résultats fournis par l'oscillométrie et par l'injection intraartérielle du lipiodol. Cette dernière mérite de devenir la méthode de choix, en raison de son innocuité et de sa précision.

L'action hémostatique du pneumothorax artificiel. — MM. Jean TAPIE et JAUBERT, dans un cas de phtisie galopante à forme hémoptoïque, ont obtenu après une seule insufflation intra-pleurale l'arrêt immédiat d'une hémoptysie qui résistait à toutes les thérapeutiques utilisées en pareil cas. Le pneumothorax, régulièrement entretenu, a paru dans la suite enrayer l'évolution de cette tuberculose broncho-pneumonique.

Les auteurs discutent le mécanisme assez complexe de cette action hémostatique du pneumothorax auquel on doit recourir dans les tuberculoses broncho-pneumoniques à évolution hémoptoïque et dans les hémorragies graves de la tuberculose fibro-caséeuse chronique.

Du radiodiagnostic de l'appendicite. — M. GOURSOLAS estime que l'examen radioscopique peut fournir un appoint sérieux au chirurgien en lui donnant : 1° des renseignements anatomiques sur l'aspect, la forme, la situation de l'appendice, du cæcum et du côlon; 2° des symptômes fonctionnels précis : siège de la douleur, spasme colique, degré de mobi-

lité de l'appendice ; 3e des signes complémentaires : stase iléale réflexe, diminution de l'amplitude de l'hémidiaphragme droit.

Aucun de ces symptômes n'est pathognomonique ; mais le groupement de certains d'entre eux a une réelle valeur diagnostique.

Hémoptysies répétées au cours d'une hépatite amibienne méconnue. — M. LAPORTE présente un malade considéré pendant longtemps comme un tuberculeux ; les hémoptysies étaient en réalité la conséquence d'un abcès dysentérique du foie propagé à la plèvre. Amélioration immédiate après une série d'injections de chlorhydrate d'émétine.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

OPTICIEN

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Il arrive fréquemment que des personnes dont la vue est faible vont directement chez l'opticien qui, procédant à un examen des yeux, traite véritablement une maladie des yeux par l'emploi de verres appropriés. L'opticien qui agit ainsi commet le délit d'exercice illégal de la médecine ; ainsi en a décidé la Cour de cassation dans un arrêt de la Chambre criminelle du 4 décembre 1925. Dans l'espèce qui fait l'objet de notre étude, le Syndicat général des oculistes français s'était porté partie civile.

Voici les faits : pour faire remplacer les verres d'un lorgnon, A... s'est présenté chez l'opticien O... qui a procédé à l'examen très détaillé des yeux de ce client dans une chambre noire, par la méthode dite skioscopie. Les verres vendus n'ayant pas donné satisfaction, l'acheteur est revenu chez O... qui lui a fait subir un second examen skioscopique approfondi et lui a remis de nouveaux verres dont A... n'a pu se servir utilement ; il a été constaté au cours des débats que O... avait toujours recours à la skioscopie pour déterminer les verres qui convenaient à des clients.

Pour savoir si A... était atteint d'une maladie des yeux, il avait été procédé à un examen médical ; et de cet examen médical il est résulté que A... était atteint d'un vice de réfraction, constituant une véritable infirmité congénitale, se compliquant d'un trouble fonctionnel de l'accommodation et nécessitant des vérifications et des prescriptions médicales toutes spéciales.

« Attendu, dit la Cour de cassation, que pour reconnaître aux faits ainsi constatés les caractères du délit prévu par l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, le juge du fait déclare : que la défectuosité congénitale de la vue est une maladie, au sens de ladite loi, puisqu'elle nécessite un examen pathologique, un diagnostic et un examen médical ; qu'O... qui a vu et examiné deux fois A..., a pris part ainsi, par une direction suivie, au traitement de la maladie qu'il prétendait atténuer ou guérir par l'emploi de verres appropriés ; que les termes exprès de l'article 16 précité n'excluent de la qualification légale du délit aucun mode de traitement, dès lors qu'il est habituel ou suivi ;

Attendu qu'en prononçant, en cet état, contre O... les peines portées par la loi, la Cour d'appel a fait une exacte application des textes visés au moyen, que la prohibition d'exercer la médecine ou la chirurgie sans être pourvu de diplôme est générale et absolue ».

La Cour suprême a, en conséquence, rejeté le pourvoi qui avait été formé contre l'arrêt de la Cour qui avait prononcé une sanction pénale.

On sait que l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 décide qu'exerce illégalement la médecine : toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions spécifiées aux articles 6, 29 et 32 de la loi, prend part, *habituellement ou par une direction suivie*, au traitement des malades ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée. La loi du 30 novembre 1892 fait donc de l'exercice illégal de la médecine non un délit simple, mais *un délit d'habitude*, résultant de la réitération d'actes, qui, considérés isolément, n'ont pas assez de gravité pour mériter une peine, mais qui, répétés, deviennent punissables. Dès lors, ne commet pas le délit celui qui émet éventuellement un avis ; celui qui visite les malades et donne un conseil, sans prendre la responsabilité du traitement prescrit ; de même le bandagiste qui prend sur les clients des mesures en vue de vendre et d'appliquer des appareils herniaires qu'il fabrique ou fait fabriquer, ne commet pas le délit d'exercice illégal de la médecine, s'il ne se livre pas habituellement au traitement des maladies et ne pratique aucune opération chirurgicale (Cass., 14 janv. 1915, D. 1919-1-60). Comme le législateur de 1892 n'a pas déterminé le nombre de faits qui constituent le délit d'habitude, il appartient au juge du fait de déterminer souverainement si les opérations ou traitements pratiqués sont habituels ou non ; le temps pendant lequel ces opérations ou traitements ont lieu doit être pris en considération.

Evidemment, il est nécessaire, en principe, qu'au moins deux faits consécutifs d'exercice de la médecine aient été relevés contre le prévenu ; c'est ce que constate l'arrêt que nous avons rapporté ci-dessus. Il constate au surplus qu'il s'agissait d'une véritable maladie, puisqu'elle avait nécessité un examen pathologique, un diagnostic et un traitement médical. Il y avait bien exercice illégal de la médecine ; mais il nous paraît certain qu'il n'y aurait pas délit dans le cas où l'opticien ferait lire à une distance plus ou moins rapprochée des lettres ou des mots plus ou moins grands : les trois conditions dont parle l'arrêt ne se trouveraient pas réunies.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Que l'insuffisance du myocarde soit à peine esquissée cliniquement ou déjà nettement accusée, l'amélioration de la contractibilité du muscle cardiaque rétablira le rythme régulier et fera disparaître les accidents pénibles secondaires aux extrasystoles. En conséquence, conseiller un repos plus ou moins rigoureux — surveiller le régime alimentaire — et prescrire des diurétiques cardiaques, en alternant théobromine, strophantus, mais surtout, et de préférence, l'extrait total d'adonis vernalis ou Diurène. Ne pas oublier la stimulation hépatique et la dérivation intestinale par l'aloès ou les lavements purgatifs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 1er AU 6 FÉVRIER 1926)

THESES

Mardi 2 février. — Jury : MM. Brindeau, président ; Bezançon, Brumpt et Claude. — M. VIET-VILLENEUVE. Etude sur le pneumothorax dans la tuberculose pulmonaire du nourrisson. — M. CHÉROUVRIER (A.). Essais de quelques modes de thérapeutique chez les indigènes de Tunisie. — M. DEROME (M.). Etude sur la pratique obstétricale. — M. LUIGGI (A.). Mobilité de la tête fœtale chez les primipares à la fin de la grossesse. — M. COQUELIN. Troubles mentaux de la femme et fonction sexuelle.

Jeudi 4 février. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président ; Terrien, Moussu et Bourdelle. — M. GUÉRIN. Contrôle de la valeur des vaccins. — M. TRAIN. Des cataractes chez le chien.

Vendredi 5 février. — Jury : MM. Balthazard, président ; Couvelaire, Duvoir et Ecalle. — M. MAURELLET. Les dangers des sucettes chez le nourrisson.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

N° 10. — MERCREDI 3 FÉVRIER 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 3 FÉVRIER 1926. — N° 10.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . **35** *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* **45** *fr.*

Tarif extérieur n° 1, **55** *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat (Sainte-Périne et Hendaye). — Le jury est provisoirement composé de MM. Touraine, qui accepte ; Duvoir, Guimbellot, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Le Conseil de la Faculté, dans sa dernière séance, vient de présenter au choix du ministre :

Pour la chaire vacante de physiologie : M. Rathery.

Pour la chaire vacante de bactériologie : M. André Lemierre.

Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations aux nouveaux professeurs. Ces félicitations s'adressent particulièrement vives et affectueuses à notre éminent collaborateur André Lemierre.

— Lyon. — M. Leullier, agrégé, est nommé professeur de pharmacie (chaire vacante). (*J. O.*, 31 janv. 1926.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — Un concours s'ouvrira, le 13 octobre 1926, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant de physique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Régions libérées. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Dautresse (de Caroin).

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Masclanis, président du Conseil général du Gard ; Boutiron, conseiller général de la Charente-Inférieure.

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Saramito, à Sospel.

OFFICE NATIONAL DES MUTILÉS ET RÉFORMÉS DE LA GUERRE. — M. le médecin inspecteur Audibert, inspecteur général du Service de santé des colonies, a été nommé membre de l'Office national des mutilés et réformés de la guerre, en remplacement de M. l'intendant général Tassel, passé au cadre de réserve.

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE EN AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE. — Le *Journal officiel* du 31 janvier 1926 publie un décret réglementant l'exercice de la pharmacie en Afrique occidentale française.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE. — Le VIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie se tiendra à Rome cette année, du 7 au 10 avril, sous la présidence du professeur Giordano (de Venise), et le haut patronage de S. M. le roi d'Italie. Il réunira l'élite des chirurgiens de 30 nations. Dès à présent plus de 500 adhésions sont acquises. Des rapports d'une grande portée scientifique seront présentés par MM. Beuttner (Genève), Donaldson et Fosdike (Londres), Pestalozza (Rome), Recasens (Madrid), Regaud (Paris), Dominici (Rome), Petridis (Alexandrie), Adson (Rochester), Bastianelli (Rome), Brun (Lucerne), de Martel (Paris), Lozano (Saragosse), Percy Sargent (Londres), Cortès-Llado (Séville), Henschen (Saint-Gall), Leotta (Bari), Papayoannou (Ghezireh), Patel (Lyon) et Leriche (Strasbourg) sur la *Curiethérapie du cancer utérin*, l'*Abcès du foie*, la *Thérapeutique des tumeurs cérébrales*, la *Chirurgie de la rate*, et les *Résultats éloignés de l'épilepsie jacksonienne*.

Seuls les membres de la Société peuvent prendre une part active aux discussions pour lesquelles plus de 85 membres se sont déjà inscrits. Toutefois, les séances étant publiques, des médecins parrainés par deux membres de la Société peuvent participer au Congrès, aux fêtes et aux voyages organisés à

son occasion. Les congressistes se retrouveront à Milan le 30 mars; des réceptions sont organisées en leur honneur par les Universités et les Municipalités de Milan, Venise, Bologne, Padoue, Florence, dans la semaine de Pâques.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur L. Mayer, secrétaire général, 72, rue de la Loi (Bruxelles). Les bureaux de l'Agence Th. Cook et Son, dans tous les pays, sont en possession de toutes les indications concernant le voyage (prix des différents itinéraires, des hôtels, etc,).

Rappelons que deux voyages sont spécialement organisés pour les congressistes. Un voyage au Sahara, par Naples, Palerme, Tunis, Kairouan, Tozeur, Biskra, Alger, Marseille [prix 5.700 fr. (français) pour les congressistes au lieu de 9.000 fr.] et une croisière en Orient : Naples, le Pirée, Constantinople, Smyrne, Rhodes, Chypre, Beyrouth, Jaffa, Alexandrie et Marseille, à bord du *Lotus*, des Messageries maritimes, durée : vingt-quatre jours, prix : 4.000 fr. (belges) en 1re classe; 2.625 fr. en 2e classe.

S'adresser à l'Office belge de navigation, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique.* — Un cours de perfectionnement sera fait à la Salpêtrière par MM. Ch. Foix, agrégé; Th. Alajouanine, L. Girot, P. Mathieu, J. Périsson, chefs de clinique; P. Léchelle, chef de laboratoire; Bourguignon, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière; H. Lagrange, ophtalmologiste de la Clinique; Truffert, oto-rhino-laryngologiste de la Clinique.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de quinze leçons : la première série commencera le mardi 2 février 1926, à 15 heures, à l'amphithéâtre de la Clinique Charcot, et continuera tous les jours, à la même heure; la deuxième série commencera le mardi 2 mars, à 15 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 150 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Louis Mégevand, professeur de médecine légale à l'Université de Genève. Le professeur Mégevand a joué en Suisse un rôle comparable à celui joué chez nous par Brouardel, dont il fut d'ailleurs l'élève. On lui doit notamment le Code de déontologie médicale qui régit les médecins génévois; — de MM. les docteurs Tripet (de Paris), beau-père du professeur Barré (de Strasbourg), auquel nous adressons nos bien vives condoléances; Faisant, député de Saône-et-Loire; Moussous, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Bordeaux; — et de M. Joseph Cortial, directeur des Etablissements Cortial, à Paris.

CHRONIQUE

L'ÉTUDE DES INDIVIDUS ANORMAUX AUX ÉTATS-UNIS

L'étude des individus anormaux vient de faire aux Etats-Unis l'objet d'un projet de bill approuvé par les principales organisations médicales, légales et religieuses des Etats-Unis, ainsi que par le Congrès international d'anthropologie criminelle en Europe.

Deux fois favorablement accueilli par les commissions judiciaires des deux chambres du Congrès américain, il n'a pas été transformé en loi en raison des délais apportés à sa discussion.

Le docteur Arthur Mac Donald, son auteur, devant l'aggravation des maux que la loi pourrait combattre, estime qu'il est urgent, pour le gouvernement américain, de prendre une décision conforme au projet dont voici les principales dispositions.

« Il sera fondé un Institut chargé d'étudier les individus anormaux, tant par des travaux de laboratoire que par la réunion de données les concernant.

1. Le directeur dudit laboratoire sera nommé par le président; son traitement annuel sera de 7.500 dollars.

2. Le directeur sera aidé d'un anthropologiste, un criminaliste, un psychologue, un aliéniste, un neurologiste et un statisticien (ce dernier devra être un mathématicien); chacun d'eux recevra un traitement annuel de 5.000 dollars; un traducteur à 2.500 dollars par an; six sténographes et dactylographes recevant chacun 2.000 dollars par an; trois employés à 1.800 dollars et trois garçons de bureau à 900 dollars.

3. Le directeur et les spécialistes pourront communiquer avec les gouvernements et municipalités d'Amérique et de l'étranger.

4. Un crédit de 50.000 dollars sera mis par le Trésor à la disposition de l'établissement pour son outillage, ses frais d'impression, les frais de voyage de ses membres, etc.

5. Ne pourront être nommés membres de l'établissement que les personnes compétentes, et elles ne pourront être révoquées que pour raison sérieuse.

6. L'objet final de toutes les recherches entreprises sera la prévention et la diminution des maux sociaux au moyen des connaissances obtenues par l'étude scientifique de leurs causes. »

L'exposé des motifs qui accompagnent le projet de bill démontre avec beaucoup de force l'utilité d'une étude d'ensemble sur les individus anormaux. Notons que pour les Etats-Unis seulement les individus anormaux coûtent un milliard de dollars par an; les criminels seuls coûtent peut-être autant, ainsi les incendiaires (rarement pris) causent plusieurs millions de dégâts et font de nombreuses victimes. Il y a, d'autre part, environ 10.000 meurtres par an et un plus grand nombre d'attaques et autres méfaits. Peut-on dire la valeur du temps, des vies et du travail perdus, et les dépenses occasionnées par chacun de ces crimes? Peut-on évaluer les dépenses qui en résultent en verrous, barres, coffres-forts, signaux d'alarme, etc? Mais, et c'est chose pire, peut-on mesurer les souffrances morales causées dans les familles par les individus anormaux?

A tous ces titres le projet de bill du docteur Arthur Mc Donald doit être étudié avec le plus grand intérêt par tous les Etats civilisés.

Armand JURAMIE

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro l'hommage posthume décerné par le gouvernement à notre jeune confrère Armand Juramie, décédé à l'ambulance d'El Kettar (Alger) le 12 janvier.

Nous recevons aujourd'hui de ses camarades quelques détails sur la mort de cette nouvelle victime du devoir professionnel.

« A peine âgé de 23 ans, reçu externe au concours d'octobre 1924; admis au concours de l'internat en novembre dernier, Juramie avait choisi, pour premier stage, l'ambulance des contagieux. C'est en soignant une indigène atteinte de typhus qu'il contracta la maladie qui devait l'emporter en quelques jours. La médaille d'or des épidémies vient de lui être décernée; le gouverneur général vient de demander pour lui la croix de chevalier de la Légion d'honneur. »

RECHERCHES CLINIQUES ET ANATOMIQUES

SUR

UN CAS D'OBÉSITÉ MONSTRUEUSE

Par MM. H. GRENET, R. LEVENT et L. PELLISSIER.

Nous rapportons ici l'histoire d'une jeune femme qui atteignait au moment de sa mort le poids de 211 kilogrammes. Nous l'avions présentée de son vivant à la Société médicale des hôpitaux (1). Il nous a paru intéressant de reproduire son observation clinique, en y ajoutant l'examen anatomique. Cet examen est malheureusement incomplet : la famille s'était d'abord opposée à l'autopsie; puis, sur nos instances, elle y a consenti, mais avec la réserve formelle qu'on ne toucherait aucunement à la tête, aussi nous a-t-il été impossible de prélever l'hypophyse. Cette lacune est d'autant plus regrettable que nous avons trouvé sur d'autres glandes des altérations importantes, qui s'opposent aux résultats presque négatifs des épreuves fonctionnelles pratiquées pendant la vie.

Mme L..., trente-sept ans, entre à l'hôpital Laënnec, salle E. Dupré, le 21 octobre 1924. Elle se plaint de ne pouvoir plus ni marcher, ni respirer ; et la cause de ces troubles réside, de toute évidence, dans une obésité qui a commencé à se développer il y a une quinzaine d'années, et qui s'est rapidement accrue les derniers mois qui ont précédé son admission.

Le poids de la malade atteint à son entrée 201kg450.

L'obésité de cette femme apparaît vraiment monstrueuse. Son énormité lui interdit presque tout mouvement; elle marche à petits pas, traînant sa masse; pour s'allonger dans son lit, se redresser sur son séant, se retourner sur le côté, il lui faut des efforts répétés et l'aide d'une infirmière.

La face frappe d'abord, non pas tant par sa surcharge graisseuse (bien que très élargie elle est relativement respectée) que par sa cyanose et les varicosités qui la couvrent; les yeux sont injectés. La malade est haletante.

Les bras sont énormes, proportionnellement presque aussi gros que les cuisses; mais le paquet adipeux s'arrête au niveau du coude, un véritable étranglement séparant les bras des avant-bras qui sont respectés, à peine infiltrés.

Les cuisses, formidables, sont étalées, et, comme les bras, limitées en bas par un collet; car la jambe est assez peu touchée.

Les mains et les pieds ont conservé un aspect normal qui contraste avec la difformité des autres parties du corps.

Il existe à la nuque une grosse tuméfaction graisseuse.

L'abdomen laisse retomber sur la racine des cuisses un véritable tablier adipeux.

Mais les seins sont, certes, les plus impressionnants. On ne peut les soulever qu'à deux mains. Leur poids gêne la malade dans ses mouvements et ils sont constamment le siège de douleurs sourdes.

Cette femme a une taille de 1m67. Voici quelques mesures :

Périmètre abdominal :

Au-dessous des seins à hauteur de la taille.	1m66
A l'ombilic	1m80
Au niveau des fesses	1m85

Périmètre thoracique sous les aisselles 1m47

Les téguments ont un aspect presque normal. Nous signalerons l'intertrigo aux plis de flexion et notamment au-dessous des seins, des cicatrices brunâtres et pigmentées, assez étendues, à la face interne des jambes qui ont été le siège d'ulcères de type variqueux. A l'abdomen, se voient quelques vergetures; il existe un léger œdème se poursuivant sous les flancs; un véritable capitonnage réunit les plans superficiels à la profondeur. Mais la peau reste assez souple; les phanères sont normaux; peut-être existe-t-il une légère alopécie de la queue du sourcil; il n'y a en tout cas aucun aspect myxœdémateux.

En résumé, il s'agit d'une obésité monstrueuse prédominant au tronc et à la racine des membres, et respectant relativement la face et presque complètement les extrémités.

L'examen viscéral est rendu très difficile par l'énorme surcharge graisseuse. Les bruits du cœur sont sourds, lointains, rapides, mais réguliers. Le pouls bat à 90. La pression artérielle (Pachon avec double brassard de Gallavardin) est : maxima, 17,5; minima, 11 ; indice oscillométrique, 1.

A l'auscultation des poumons on entend quelques râles muqueux aux deux bases.

L'appareil digestif paraît indemne; l'appétit est vif et la malade, qui se prive de manger, souffre de la faim.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Les réflexes tendineux sont normaux, de même que les réflexes pupillaires. L'examen de l'œil (fond de l'œil, muscles extrinsèques et intrinsèques) ne montre rien d'anormal.

Il n'y a aucun trouble psychique, mais nous notons une asthénie très marquée avec somnolence continuelle. Enfin, il existe une légère tendance aux hémorragies (quelques épistaxis, saignement prolongé après une plaie du doigt).

Comment s'est développée cette obésité? La malade nous dit avoir toujours été un peu forte et bonne mangeuse. Elle était cuisinière et usait de ses fonctions pour son profit personnel : viande en abondance, pâtes, entremets, gâteaux, pain.

En 1908, elle a mis au monde un fils; et depuis son accouchement, suivi d'un retour de couches normal, les règles sont devenues irrégulières, rares et capricieuses ; elles ne surviennent que quatre fois par an environ et encore sont-elles fort peu abondantes à l'ordinaire, si l'on fait exception pour une ménorragie survenue le 15 août 1924. Or, c'est à partir de l'accouchement et de l'apparition des troubles menstruels que la malade a commencé à engraisser régulièrement, engraissement qui s'est accentué dans ces dernières années. Il y a un an et demi elle pesait déjà 170 kilogrammes.

A part ces troubles génitaux, on ne relève chez elle aucune maladie antérieure. Les antécédents héréditaires et familiaux ne donnent aucun renseignement important : mère bien portante, père alcoolique. La malade a une sœur en bonne santé, une autre atteinte de mal de Pott; il n'existe pas d'obèses dans sa famille. Elle a un fils de seize ans qui a pu être examiné et ne présente ni tare, ni trouble dystrophique.

Un certain nombre d'examens ont été pratiqués chez cette malade.

Réaction de Wassermann négative dans le sang.

(Pas d'examen du liquide céphalo-rachidien ; ponction lombaire impossible faute d'aiguille assez longue.)

Dosage de l'urée sanguine : 0g25 par litre de sérum.

Examen hématologique :

Hématies	3.720.000
Leucocytes	10.100

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	87 p. 100
Grands et moyens mononucléaires	12 p. 100
Eosinophiles	1 p. 100

A noter quelques hématies naines, une hématie nucléée.

Radiographie cranienne (docteur Maingot). — *Selle turcique absolument normale*, de dimensions antéro-postérieures conservées, avec une lame quadrilatère intacte.

Tests glandulaires. — 1° *Epreuve de Gœtsch* (1er novembre 1924) avec ingestion préalable de 200 grammes de glucose.

Avant l'épreuve : pouls, 100; réflexe oculo-cardiaque positif (pouls, 88) ; pression artérielle, 16,5-10; indice oscillométrique, 1 ; pas de sucre dans les urines.

Injection intramusculaire de 1 milligramme d'adrénaline.

Après dix minutes : pouls, 88; réflexe oculo-cardiaque absent (pouls, 88) ; pression artérielle, 17-10,5; indice oscillométrique, 1 1/4.

(1) H. Grenet et L. Pellissier. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 déc. 1924.

Après vingt minutes : pouls, 88 ; réflexe oculo-cardiaque absent (pouls, 88) ; pression artérielle, 17,5-11.

Après trente minutes : pouls, 88 ; réflexe oculo-cardiaque absent (pouls, 88) ; pression artérielle, 17,5-11 ; indice oscillométrique, 1.

Urines : pas de sucre.

Après deux heures : pouls, 88 ; réflexe oculo-cardiaque absent (pouls, 88) ; pression artérielle, 17,5-11 ; indice oscillométrique, 1 1/4.

Urines : pas de sucre.

Pendant toute la durée de l'épreuve ni réaction locale, ni phénomènes subjectifs.

2° *Test hypophysaire* (12 novembre 1924) avec ingestion de 200 grammes de glucose une heure avant l'épreuve.

Avant l'épreuve : pouls, 96 ; pression artérielle, 19-13,5 ; indice oscillométrique, 2,5 ; réflexe oculo-cardiaque positif (pouls, 84).

Injection de 2 centimètres cubes de posthypophyse Choay (correspondant à un lobe).

Après dix minutes : sensation de froid, diminution de la cyanose habituelle de la face ; pouls, 84 ; pression artérielle, 20-17 ; indice oscillométrique, 1 1/2 ; réflexe oculo-cardiaque absent (pouls, 84).

Après vingt minutes : pouls, 80 ; pression artérielle, 19,5-16,5 ; indice oscillométrique, 1 1/2 ; réflexe oculo-cardiaque absent (pouls, 80).

Après trente minutes : pouls, 80 ; pression artérielle, 17-13 ; indice oscillométrique, 3/4 ; réflexe oculo-cardiaque positif (pouls, 76).

Après quarante minutes : pouls, 80 ; pression artérielle, 20,5-16,5 ; indice oscillométrique, 2 ; réflexe oculo-cardiaque inversé (pouls, 120).

Glycosurie constatée trente, quarante minutes et une heure après l'injection.

3° *Epreuve à l'extrait thyroïdien de Parisot et Richard* (20 novembre 1924).

Avant l'injection : pouls, 90 ; pression artérielle, 18,5-14,5 ; indice oscillométrique, 1.

Injection de 1 gramme d'extrait désalbuminé.

Après dix minutes : pouls, 88 ; pression artérielle, 18,5-14,5 ; indice oscillométrique, 1.

Après vingt minutes : pouls, 84 ; pression artérielle, 18-14.

Après trente minutes : pouls, 88 ; pression artérielle, 18-13.

Après cinquante minutes : pouls, 82 ; pression artérielle, 18-14.

Après une heure cinq minutes : pouls, 84 ; pression artérielle, 18-13.

Mesure du métabolisme basal (faite par M. Suau le 24 octobre 1924). — Le métabolisme basal est augmenté de 18 p. 100.

Il résulte de ces épreuves que le fonctionnement endocrinien est sensiblement normal. Il semble même que le fonctionnement thyroïdien soit un peu exagéré avec métabolisme basal légèrement augmenté.

Depuis que la malade est entrée dans le service son état s'est quelque peu modifié. Sous l'influence du régime strict, de la purgation, elle a perdu 550 grammes dans la première semaine, mais elle a fait des écarts de régime, s'emparant des restes de ses voisines ; elle a absorbé du glucose en vue des épreuves endocriniennes et le poids s'est de nouveau élevé à 202ᵏᵍ500, puis 204ᵏᵍ500.

Certains signes importants sont, d'autre part, apparus : des *douleurs spontanées*, avec paroxysmes intolérables, d'abord dans la jambe droite, puis, le 17 novembre, dans le sein droit qui donnait une sensation de tiraillement, de poids énorme. Le sein droit, beaucoup plus gros et beaucoup plus lourd que le gauche, était d'ailleurs empâté, un peu rouge dans son ensemble et cela sans aucune érosion ; aucune trace de lymphangite. Quelques douleurs ont été aussi ressenties dans l'abdomen. Nulle part elles n'étaient très augmentées par la pression. Puis elles ont diminué, et, après trois semaines environ, ne présentaient plus guère de paroxysmes.

Des masses adipeuses nouvelles se sont développées dans le sein droit. Une masse d'abord molle, puis dure et douloureuse, a doublé le volume déjà monstrueux de ce sein. Un autre lipome s'est formé sous le menton, assez limité, mou, gênant un peu les mouvements d'hyperflexion et d'hyperextension de la tête, indolore à la pression, douloureux au moment des mouvements. L'apparition de cette masse graisseuse a quelque peu modifié l'aspect de la malade, déformant le cou qui était respecté jusque-là.

La malade est soumise à un régime strict, qu'elle observe après les infractions du début : 1 litre de lait par jour, un potage maigre, une salade crue. On pratique un traitement opothérapique surtout ovarien (extrait ovarien Choay : 0ᵍ20 en ingestion, 0ᵍ10 en injection sous-cutanée chaque jour, extrait thyroïdien 0ᵍ20 en injection sous-cutanée chaque jour).

Le poids subit certaines variations en plus et en moins, mais le résultat n'est guère favorable ; le poids atteint, le 10 décembre, 207 kilogrammes.

Les signes fonctionnels évoluent parallèlement ; la cyanose s'accentue ; la gêne des mouvements s'accroît ; la malade se lève de moins en moins et finit par ne plus même s'asseoir beaucoup dans son lit. Elle passe la plus grande partie des journées à dormir et son sommeil est entrecoupé d'épisodes délirants. Le sein droit a diminué de volume et de consistance ; en revanche, le gauche continue d'augmenter de volume, gênant beaucoup la malade.

A partir du 21 décembre la malade devient très asphyxique et se cyanose fortement quand on la fait asseoir pour l'ausculter.

Mort le 23 décembre par asphyxie, malgré l'administration de toniques généraux et de tonicardiaques.

Autopsie *le 24 décembre 1924.* — *Poids.* — 211 kilogr.

Paroi. — Couche adipeuse mesurant :

Région sus-ombilicale............ 0ᵐ07
Région sous-ombilicale........... 0ᵐ17

Foie. — Volumineux : 2ᵏᵍ900.

Congestion très accentuée.

A la coupe : aspect de foie gras et de foie muscade.

Vésicule bourrée de calculs : quatre gros, plusieurs petits.

Rate. — 0ᵏᵍ500. Apparence et consistance normales.

Reins. — Droit, volumineux : 270 grammes.

Couleur rouge.

A la coupe : congestion globale, diminution légère de l'épaisseur du cortex.

A la face antérieure du rein droit, adhérant à la capsule fibreuse mais non au rein, petite masse, de la taille d'une grosse reine-claude, sorte de poche kystique remplie d'un liquide transparent, jaunâtre, albumineux.

Rein gauche semblable au droit.

Utérus. — Volumineux, dur à la coupe ; aspect fibromateux.

Ovaires. — De taille un peu inférieure à la normale ; durs, recouverts uniformément d'uue sorte de membrane blanchâtre d'apparence fibreuse.

Poumons. — Rien aux sommets. Congestion très marquée de tout le poumon droit et de la base du poumon gauche.

Cœur. — Mou, volumineux. La paroi du ventricule gauche qui paraît dilaté n'est pas augmentée d'épaisseur. Couleur du muscle un peu plus pâle que normalement. Valvules intactes.

Corps thyroïde. — Aspect et consistance normaux. Apparence normale à la coupe.

Examen histologique. — *Foie.* — Congestion ; capillaires sanguins dilatés sans hémorragie. Dégénérescence graisseuse des cellules, surtout marquée dans certains lobules où le parenchyme hépatique est à tel point bourré de granulations graisseuses que le protoplasma n'occupe plus qu'une très minime partie du champ cellulaire. Dans le protoplasma de quelques cellules, on voit des granulatious pigmentaires ; d'autres cellules, qui sont les plus atteintes, ne sont plus représentées que par un placard graisseux contenant un débris où il est impossible de reconnaître ce qui revient au protoplasma et au noyau. Au terme des transformations, il ne reste plus qu'un petit nombre de granulations pigmentaires.

Par places, partant des espaces portes, plages de tissu scléreux, assez riche en noyaux, comprenant artères et canaux biliaires. Ces derniers paraissent avoir le plus souffert. Ces plages fibreuses commencent à se ramifier entre les lobules ; elles s'épanouissent, par places, en petits îlots autour de



FIG. 1.

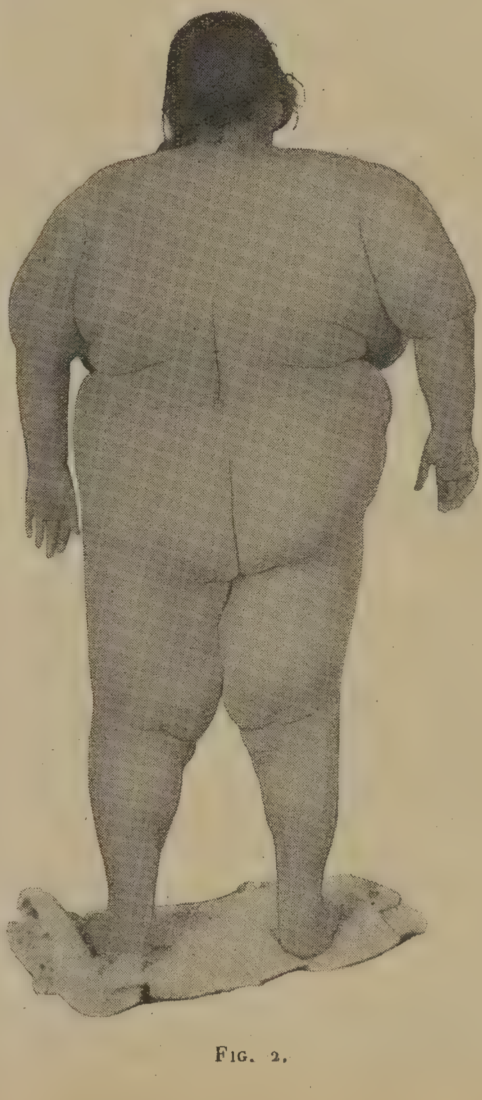


FIG. 2.

ramifications vasculaires. En certains points de la région sous-capsulaire, îlots de dégénérescence graisseuse. Ailleurs, bandes de sclérose particulièrement nettes.

Reins. — En très mauvais état. Les glomérules seuls semblent à peu près conservés, ainsi que certains tubes de petit calibre qui leur sont immédiatement accolés. Et encore ces tubes ne sont-ils relativement indemnes que dans certaines zones (vraisemblablement tubes contournés). A leur niveau les noyaux sont demeurés colorables et reconnaissables bien que le protoplasma, où l'on ne peut plus reconnaître de structure, tende à se détacher de sa basale.

Partout ailleurs, protoplasma trouble sans noyau colorable, plus ou moins desquamé dans l'intérieur des tubes (peut-être lésion post mortem).

Dilatation généralisée du système vasculaire sanguin.



FIG. 3.

Ovaires. — Apparence analogue des coupes des deux ovaires. Stroma ovarien dense, normalement constitué, contenant de très nombreux corps jaunes d'ancienne date, et paraissant normalement vascularisé.

L'épithélium de revêtement de l'ovaire semble presque partout disparu; on note l'*extrême rareté des formations folliculaires*, quel qu'en soit le stade de développement.

Corps thyroïde. — M. Coulaud, dont on connaît la compétence sur ce sujet, a bien voulu examiner nos préparations. Voici son interprétation :

Corps thyroïde profondément altéré.

De façon générale, rares sont les follicules dans lesquels on retrouve les disques colloïdes normaux; dans un grand

nombre de cas, la matière colloïde est semée de cellules thyroïdiennes; au pourtour de ces cellules, existent des vacuoles dans la matière colloïde qui n'existe donc plus qu'en très petite quantité. Dans d'autres points, les cellules thyroïdiennes forment plusieurs assises et la matière colloïde se présente sous forme d'un petit disque homogène qui centre le follicule thyroïdien. En d'autres points, enfin, ce petit disque colloïde a disparu et les cellules occupent toute la cavité du follicule.

Si l'on peut en certains points incriminer une desquamation des cellules thyroïdiennes, dans la majorité des cas l'assise des cellules glandulaires normales persiste, et il semble bien qu'il s'agisse d'une prolifération intra-folliculaire.

Ces modifications histologiques du tissu thyroïdien furent confirmées par M. le professeur R. Collin (de Nancy) à qui les coupes furent soumises. M. Collin ajoutait :

« Il y a lieu, en outre, de noter que, dans certains points des coupes, on trouve un véritable *retour à l'état embryonnaire* du tissu thyroïdien, se traduisant par :

Présence de petits amas diffus de cellules thyroïdiennes jeunes, groupés également parfois en petits cordons pleins; présence sur d'autres points de vésicules petites, jeunes, vides ou ne renfermant qu'une goutte de colloïde.

Très notable hyperhémie périfolliculaire. Les capillaires sanguins, gorgés de sang, font saillie à l'intérieur de certaines vésicules dont ils refoulent la paroi et le contenu.

Le tissu conjonctif périfolliculaire semble aussi plus développé que normalement. »

Il concluait, faisant la part des modifications post mortem inévitables, qu'il restait « assez de faits nets pour qu'on puisse parler d'un dysfonctionnement thyroïdien avec tendance au rajeunissement de la glande ».

Hypophyse. — L'examen de cet organe n'a pu être fait, même macroscopiquement, les parents s'étant absolument opposés à tout examen de la cavité cranienne.

Cette observation appelle quelques remarques.

Faut-il parler ici d'obésité banale ou de maladie de Dercum ? L'adipose de notre malade pourrait être qualifiée de segmentaire, puisque les extrémités des membres étaient relativement peu atteintes, et qu'un sillon assez net séparait les bras et les cuisses, énormes, des avant-bras et des jambes, plus minces. Les douleurs ne sont apparues que tardivement et n'étaient pas très exagérées par la pression. L'asthénie semblait en rapport avec l'impotence fonctionnelle. Les troubles psychiques ont fait complètement défaut. En réalité, comme le remarque le professeur Achard, « l'obésité ordinaire réalise souvent une adipose qui respecte les extrémités et qui s'accompagne de quelques sensations douloureuses » ; on a d'ailleurs décrit une forme non douloureuse de la maladie de Dercum; il semble que les frontières de ce syndrome soient assez mal délimitées; M. Achard n'est pas bien convaincu qu'il mérite d'être isolé, et ne voit pas, dans les descriptions qui en ont été données, les éléments d'une définition précise qui le distingue des autres obésités (1). En outre, si, avec M. Léri (2), l'on distrait de la maladie de Dercum toutes les soi-disants formes nodulaires qui ne sont que des lipomatoses localisées, si l'on admet que les douleurs ne constituent pas du tout un élément constant de l'adipose dite douloureuse, si l'on garde, comme seul caractère essentiel du syndrome de Dercum, l'intégrité des extrémités des membres (intégrité qui se retrouve plus ou moins complète chez la plupart des obèses), on reconnaîtra combien est fragile la barrière qui isole ce type clinique. Chez notre malade, qui, avec son adipose monstrueuse, ne présentait ni douleurs nettes à la pression des masses musculaires, ni troubles psychiques, nous ne pouvons pas parler d'autre chose que d'obésité diffuse.

(1) ACHARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juin 1922 (discussion d'une observation de MM. PASTEUR-VALLERY-RADOT et M.-A. DOLLFUS); — *Soc. méd. des hôpit.*, 4 mai 1923 (discussion d'une observation de MM. LAIGNEL-LAVASTINE et R. LARGEAU).

(2) A. LÉRI. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 déc. 1924 (discussion de notre cas).

L'examen anatomique a été incomplet, et l'hypophyse n'a pu être examinée, par suite des circonstances que nous avons relatées. Fait d'autant plus regrettable que, suivant M. Coulaud, les aspects histologiques de la thyroïde offrent une ressemblance frappante avec ceux que l'on observe chez l'animal soumis à l'ingestion ou aux injections de produits hypophysaires. Or, jamais notre malade n'avait suivi de traitement hypophysaire ; et la faible quantité d'extrait glandulaire injecté pour les épreuves fonctionnelles ne saurait entrer en ligne de compte.

D'autre part, les lésions que nous constatons sur la thyroïde peuvent, suivant la remarque que nous a faite le professeur Collin, être rapprochées de celles qu'a réalisées expérimentalement M. Courrier (de Strasbourg) en donnant pendant un an du corps thyroïde à de jeunes chiens (1); cet auteur conclut au ralentissement de la fonction glandulaire et admet la possibilité de mettre une glande au repos par opothérapie homonyme.

Les altérations de l'ovaire sont manifestes. Elles s'accordent avec nos constatations cliniques, puisque la malade a commencé d'engraisser après une ménopause prématurée. Nous avions conclu que l'obésité était en rapport à la fois avec une alimentation trop abondante et avec un trouble de la fonction ovarienne.

Dans un article récent, le professeur Marcel Labbé insiste sur la complexité habituelle de la pathogénie de l'obésité (2). Parmi les glandes endocrines, la thyroïde seule aurait un rôle certain. Quant à l'hypophyse et aux glandes génitales, leur action serait bien discutable ; et il conviendrait de rendre à l'alimentation son importance, qui est prépondérante. Entre les altérations glandulaires et l'obésité, il y aurait plus souvent association que rapport de causalité réelle.

Cette influence de l'alimentation, nous la trouvons chez notre malade. Quant aux lésions endocriniennes qui peuvent être en même temps incriminées, il est malaisé de les préciser. La clinique et l'anatomie pathologique mettent en évidence les troubles ovariens. D'autre part, l'histologie montre des altérations thyroïdiennes profondes que ni la clinique ni les tests glandulaires ne révélaient avec précision. Lors de la présentation de la malade, nous avions cru pouvoir mettre à peu près hors de cause la thyroïde : il n'en est plus de même aujourd'hui; et nous pensons que ses lésions ont joué un rôle dans l'évolution des troubles. Reste à savoir si elles étaient primitives ou secondaires. Cette question ne peut être tranchée, surtout en l'absence d'examen de l'hypophyse.

Quoi qu'il en soit, l'étude de ce cas nous permet de formuler les conclusions suivantes : obésité monstrueuse relevant à la fois d'un régime alimentaire longtemps défectueux et d'une insuffisance glandulaire complexe. De l'évolution clinique on peut avec vraisemblance, mais sans certitude, infé-

(1) COURRIER. *Soc. de biol.*, 21 nov. 1924 ; — *Congrès de l'Assoc. des anatomistes*, Turin 1925.

(2) Marcel LABBÉ. *Revue de pathologie comparée*, 5 janv. 1925.

rer la priorité des troubles ovariens. Des troubles thyroïdiens s'y seraient ajoutés; il est possible qu'ils aient été en rapport avec une altération hypophysaire; mais, sur ce point, toute précision fait défaut.

Nous devons constater, d'autre part, l'imperfection de nos procédés d'analyse clinique, même avec l'aide des tests glandulaires, pour l'étude complète des fonctions endocriniennes.

ACTUALITÉS

DE QUELQUES AFFECTIONS POUVANT SIMULER LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Tout ce qui concerne la tuberculose présente un grand intérêt pratique; on ne perd jamais son temps en lisant les travaux publiés sur ce sujet. Voici par exemple la thèse de M. Lewit (1) qui étudie les affections pouvant simuler la tuberculose pulmonaire; elle ne nous apporte pas de révélations sensationnelles, elle ne nous entraîne pas dans le domaine de la haute biologie; elle se contente d'être très clinique, et, par cela même, n'en vaut que mieux pour aider à résoudre des cas parfois difficiles.

Méconnaître la nature tuberculeuse d'une affection pulmonaire aiguë ou chronique, considérer comme tuberculeuse une affection qui ne l'est pas, voilà deux erreurs dont on pourrait difficilement dire laquelle est la plus préjudiciable et à l'avenir du malade et à la bonne réputation du médecin. Avant donc de faire un diagnostic, il importe de pratiquer un examen très complet, de réfléchir un peu longuement, un diagnostic porté trop hâtivement pouvant être lourd de conséquences. Combien de malades ont été, pendant la guerre, considérés à tort comme des tuberculeux pulmonaires, réformés, voire plus tard pensionnés! Le professeur Sergent, M. Rist ont insisté sur ces faits. Il n'est peut être pas inutile d'y revenir encore.

M. Lewit expose d'abord et surtout les cas dans lesquels une affection rhino-pharyngée peut simuler la tuberculose pulmonaire. C'est Martin du Magny qui a bien montré les relations pathogéniques entre les affections des fosses nasales et celles de la poitrine; dans un mémoire adressé en 1900 à l'Académie de médecine, il étudie ce qu'il appelle les maladies pulmonaires d'origine supérieure, c'est-à-dire les phlegmasies broncho-pulmonaires, conséquence d'un écoulement purulent du nez, des sinus, du pharynx; l'ensemencement direct de cet écoulement crée la maladie pulmonaire, dont le microbe pathogène reproduit celui de la suppuration nasale; d'après Martin du Magny, l'envahissement pulmonaire se fait ordinairement pendant le sommeil et du côté où le malade a l'habitude de se coucher. Le syndrome pulmonaire ainsi provoqué est extrêmement variable allant de la bronchite asthmatiforme jusqu'à la congestion pulmonaire, à la bronchopneumonie; il évolue par poussées subaiguës ou sous une forme chronique. Reprenant l'étude de ces faits dans le service du professeur Canuyt, M. Lewit a constaté que les affections oto-rhino-laryngologiques susceptibles de provoquer une symptomatologie analogue à celle d'un début de tuberculose pulmonaire étaient toutes les affections obstruantes et infectantes, ces deux variétés souvent associées, l'infection étant la conséquence presque fatale de l'obstruction. C'est ainsi que les malformations de la cloison, les polypes du nez, les corps étrangers, la rhinite hypertrophique ou atrophique, les sinusites déterminent fréquemment une infection descendante des voies aériennes.

(1) F. Lewit. Contribution à l'étude des affections pouvant simuler la tuberculose pulmonaire, *Th. de Strasbourg*, 1925.

Cette infection se traduit par un ensemble de symptômes et de signes qui ressemblent parfois à ceux de la tuberculose; le malade tousse et crache il peut même cracher un peu de sang; il est fatigué, amaigri, a des sueurs nocturnes et de petites élévations de température. A l'examen des poumons, on trouve, à un sommet, une diminution de la sonorité, un murmure vésiculaire affaibli avec inspiration rude et expiration prolongée, des râles ronflants et humides. Mais on remarquera que ces signes physiques apparaissent dans une région spéciale; cette région est comprise entre deux lignes verticales dont l'interne suit la ligne épineuse de la colonne vertébrale et l'externe se trouve à 6 centimètres de la première empiétant sur le bord interne de l'omoplate; la limite supérieure est à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'angle supéro-interne de l'omoplate et la limite inférieure au niveau de la VIe vertèbre dorsale; dans cette zone, le maximum de signes stéthoscopiques est constatable à la partie supéro-interne en face de l'angle de l'omoplate; ce point correspond à l'orifice de la bronche supérieure intra-pulmonaire (syndrome de l'angle, décrit par Martin du Magny). En explorant le rhino-pharynx, on trouvera une quelconque des affections que nous avons indiquées; rhinoscopie antérieure, rhinoscopie postérieure, toucher naso-pharyngien, examen des sinus devront donc être pratiqués méthodiquement; le professeur Canuyt insiste sur une excellente méthode permettant de dépister facilement l'existence d'une suppuration nasale ou sinusienne; c'est l'épreuve des trois mouchoirs : on dit au malade de prendre trois mouchoirs blancs et propres; avec le premier, il se mouchera du côté droit, avec le deuxième du côté gauche, dans le troisième il recueillera les crachats, produits du râclement ou du reniflement; le malade rapportera au médecin le lendemain les trois mouchoirs; d'après le mouchoir sali, on saura s'il y a sinusite, suppuration nasale à droite ou à gauche. Ajoutons qu'il faudra faire une radioscopie et un examen bactériologique des crachats; la radioscopie montrera, dans un certain nombre de cas, une diminution de transparence des sommets et surtout du sommet droit, mais ces sommets s'illuminent à la toux; à l'examen bactériologique des crachats, on ne trouve pas de bacilles de Koch; on verra une flore microbienne semblable à celle des fosses nasales (1).

(1) Les cas d'affection broncho-pulmonaire conditionnée par une lésion des voies aériennes supérieures sont vraiment fréquents. En voici, entre autres, trois que j'ai observés récemment : 1° Un garçon de douze ans a, depuis deux ou trois ans, des crises d'asthme, et des bronchites répétées; c'est aussi un adénoïdien; amélioration très considérable à la suite de l'ablation des végétations adénoïdes; 2° un homme d'une cinquantaine d'années présente le syndrome bronchite chronique et emphysème; il a, de plus, des polypes du nez; ceux-ci enlevés, l'emphysème persiste mais très atténué et les poussées bronchitiques s'espacent; 3° une femme tousse et crache depuis plusieurs mois, a maigri, est toujours fatiguée; au poumon droit, respiration obscure au sommet, râles de bronchite; il semblerait bien qu'elle est tuberculeuse mais elle a une hypertrophie des cornets; traitement par un rhino-laryngologiste; quelques semaines plus tard, l'état général est redevenu excellent, le poumon respire très bien.

M. Lewit consacre ensuite un chapitre à l'étude des hémoptysies non tuberculeuses (1). Il y a d'abord tout un groupe de fausses hémoptysies dans lesquelles la source de l'hémorragie est ailleurs qu'au poumon : les stomatorragies, si elles sont un peu intenses, et surtout si elles surviennent la nuit, peuvent s'accompagner de toux, le sang s'étant écoulé d'abord en arrière et ayant irrité le pharynx ; c'est un examen des gencives, de la face interne de la bouche, surtout au voisinage des grosses molaires, qui fera reconnaître l'origine de l'hémorragie ; Jaquerod signale que des malades ont été envoyés à Leysin pour de fausses hémoptysies d'origine buccale. D'autres fausses hémoptysies viennent des fosses nasales, du rhino-pharynx ; les varices de la base de la langue donnent parfois des hémorragies très abondantes. Puis ce sont les hémorragies de provenance laryngée et trachéale (laryngite hémorragique, tumeur du larynx, catarrhe trachéal) Rappelons enfin que des lésions pulmonaires autres que les lésions tuberculeuses peuvent déterminer des hémoptysies, par exemple les kystes hydatiques, les cancers du poumon, la dilatation des bronches ; on voit aussi des sujets hypertendus cracher du sang, comme d'autres ont des épistaxis. Tout ceci n'est pas pour faire oublier la grande valeur de l'hémoptysie comme symptôme de la tuberculose pulmonaire ; il faut être prudent et reservé avant d'affirmer qu'une hémoptysie n'est pas tuberculeuse (Canuyt).

Il est encore bien d'autres affections qui peuvent simuler la tuberculose pulmonaire. M. Lewit relate une observations de Vaucher, deux observations de Sergent et quatre observations personnelles dans lequelles des malades avaient été considérés comme atteints de tuberculose pulmonaire alors qu'il s'agissait de goître exophtalmique ; l'amaigrissement, les sueurs, l'instabilité thermique, la tachycardie, l'essoufflement, la fatigue sont symptômes communs à la maladie de Basedow et à la tuberculose ; les basedowiens ont parfois une petite toux sèche, quinteuse qui oriente encore, à tort, vers le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Dans un autre chapitre. Lewit rappelle les travaux de Faisans sur l'appendicite chronique simulant la tuberculose pulmonaire ; et il signale enfin les affections thoraciques non tuberculeuses pouvant être confondues avec la tuberculose pulmonaire (dilatation des bronches, syphilis du poumon (2), kyste hydatique, séquelles tardives des plaies de poitrine).

Connaissant tous ces faits, nous examinerons donc nos malades avec le plus grand soin pour savoir s'ils sont ou non tuberculeux ; nous passerons en revue l'appareil respiratoire depuis les fosses nasales jusqu'au poumon ; nous explorerons les autres appareils ; nous compléterons l'examen clinique par la radiologie et l'analyse des crachats ; parfois même une mise en observation de quelques semaines sera nécessaire pour étudier la température, la courbe de poids, pour faire de nouvelles analyses des crachats et ainsi seront évitées les erreurs résultant d'un examen insuffisant.

M. BRELET.

(1) Dufourmentel a, lui aussi, bien étudié récemment les hémoptysies non pulmonaires. (*Bulletin medical*, 28 fév. 1925.)

(2) J'ai vu l'année dernière un beau cas de syphilis pulmonaire ; un malade était entré à l'hospice Saint-Jacques, venant du service des tuberculeux ; je le considérais aussi comme un tuberculeux cavitaire, mais on ne trouvait pas de bacilles dans ses crachats faisant des recherches sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie des scléroses viscérales, je pris du sang à ce malade et on pratiqua la réaction de Wassermann ; celle-ci fut très fortement positive. Un traitement par le bismuth détermina une amélioration notable ; mais le malade contracta une congestion pulmonaire grippale et succomba ; nous trouvâmes à l'autopsie une caverne au sommet gauche, de la sclérose des deux poumons avec adhérences pleurales très serrées. (*Th.* de MILOVANOVITCH, Paris 1925.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1925)

Séro-diagnostic de la syphilis expérimentale du lapin. — MM. S. MUTERMILCH et S. NICOLAU. Il est généralement admis que ni la réaction de Bordet-Wassermann, ni celle de Sachs-Georgi ne peuvent être appliquées au séro-diagnostic de la syphilis expérimentale du lapin, étant donné que les sérums des animaux normaux fournissent souvent une réaction positive. Par contre, la réaction d'opacification de Meinicke, qui semble être appelée à rendre des services appréciables dans la maladie humaine, offre également une spécificité remarquable chez le lapin. En effet, les auteurs ont obtenu avec cette méthode 27 résultats négatifs sur 27 sérums de lapins normaux et 15 réactions positives chez 15 lapins porteurs de belles lésions syphilitiques riches en tréponèmes. La réaction de Meinicke est très précoce, étant donné qu'elle peut fournir un résultat positif avant l'apparition des lésions (vers le dix-neuvième jour). Des lapins, inoculés et traités, soit préventivement, soit curativement, avec des préparations bismuthiques, voient leur séro-réaction devenir négative en même temps que les lésions disparaissent.

Enfin, le sérum de lapins porteurs de lésions préputiales riches en *spirochæta cuniculi* (spirochétose spontanée) fournit toujours une réaction négative (22 résultats négatifs sur 22 examens). Il résulte de ces recherches que la réaction d'opacification de Meinicke se prête admirablement bien à l'étude des divers problèmes tels que : des effets de la chimiothérapie, de la guérison spontanée du lapin, de l'hérédité de la syphilis expérimentale, etc.

L'action pharmacodynamique du camphre sur le cœur et sur le muscle. — M. L. BOUISSET. Sur le cœur de batracien, l'invigoration est immédiate et considérable, le rythme, ralenti, fait qui est dû à la prolongation de la systole. Même action cardio-tonique sur le cœur de lapin. Sur le nerf, l'action curarisante est nette. Quant au muscle, ses contractions deviennent beaucoup plus amples.

L'examen œsophagoscopique dans les cirrhoses veineuses du foie avec ascite (cirrhoses atrophique et hypertrophique). — MM. le professeur GILBERT, Paul BLUM, L. DUFOURMENTEL et J.-B. CHRYSSIKOS. L'observation d'un cas de rupture de varices œsophagiennes provoquant une hémorragie mortelle a incité les auteurs à faire un examen systématique de l'état vasculaire de la muqueuse œsophagienne chez les cirrhotiques.

Cet examen décèle précocement une congestion et une augmentation de la circulation veineuse.

L'aspect de l'œsophage est normal jusqu'à 15 centimètres environ de la bouche œsophagienne, puis la circulation veineuse devient intense jusqu'à l'orifice diaphragmatique.

Cette circulation veineuse se présente sous plusieurs types, dont deux principaux :

Dans un premier type la muqueuse est lisse, plate, rouge, parfois violette. On distingue à sa surface un lacis de petits vaisseaux disposés en réseau dense ou en arborisations plus ou moins étendues au milieu de veines élargies et turgescentes échelonnées.

Dans un second type, la muqueuse est infiltrée, épaisse. Sa surface est plissée. On ne distingue pas de réseau veineux, mais on aperçoit des veines variqueuses qui forment comme des bourrelets. On a de plus l'impression d'une mollesse spéciale de la muqueuse.

On constate aussi souvent du spasme de l'œsophage et des fissures de la muqueuse.

La pratique de l'œsophagoscopie a été très bien tolérée dans tous les cas.

Présentation d'ouvrage. — M. NETTER présente le livre de MM. BOQUET et NICOLLE intitulé : *Éléments de microbiologie générale et d'immunologie.*

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1925)

Lésions microscopiques déterminées par les rayons X dans l'embryon de poulet. — MM. Cl. REGAUD, A. LACASSAGNE et J. JOVIN. Les rayons X, à dose léthale, déterminent dans l'embryon de poulet la succession des modifications cellulaires suivantes :

1° Suppression des mitoses, qui est complète quinze minutes après l'irradiation ;

2° Suspension complète et durable (de quinze minutes à deux heures après l'irradiation) de la division cellulaire ;

3° Dégénérescence de toutes les cellules même frappées pendant qu'elles étaient plus ou moins loin de la période de division.

Il ressort de ces expériences que, dans l'embryon de poulet comme dans d'autres objets étudiés à ce point de vue depuis longtemps, la caryocinèse est un moment de moindre résistance de la cellule aux radiations, malgré qu'ici la grande sensibilité de l'ensemble des cellules rendent peu apparent un faible écart des radiosensibilités.

M. Al. CANTACUZÈNE a étudié l'**action, sur les protozoaires, du chlorhydrate de quinine et de la quinoïdine.** Des doses fortes les tuent; des doses moins fortes les laissent vivre indéfiniment. La quinoïdine semble moins toxique que la quinine; leurs actions s'ajoutent; elles ne possèdent pas d'action excitatrice l'une pour l'autre.

Le passage dans le sang des acides aminés contenus dans les exsudats. — MM. LOEPER, DECOURT et LESURE étudient comparativement l'aminoacidose locale des exsudats et l'aminoacidémie.

Le parallélisme semble assez constant pour prouver le passage dans le sang des aminoacides contenus dans l'exsudat. Exception doit être faite cependant pour certaines pleurésies purulentes dont la paroi pleurale doit être peu perméable.

L'aminoacidémie s'accroît souvent à la période terminale de la maladie, précisément quand la résorption de l'exsudat s'effectue.

Mme LAPICQUE et Mlle VEIL ont étudié chez les hirudinées et chez les annélides la **chronaxie du nerf et du muscle et les vitesses de conduction** dans chacun de ces éléments, et retrouvé l'accord entre le nerf et le muscle observé chez d'autres animaux. Les vitesses, dans le nerf, sont proportionnelles aux chronaxies; dans le muscle, elles sont plus lentes.

Influence du réchauffement sur le pouvoir hémolytique du plasma et du sérum des hémoglobinuriques. — MM. P.-Emile WEIL et R. STIEFFEL étudient l'influence d'un bain de bras chaud sur les propriétés hémolytiques du plasma et du sérum dans deux cas d'hémoglobinurie.

Cette épreuve montre l'influence heureuse de la chaleur : soit que le plasma ou le sérum hémolysés avant l'épreuve soient normaux après, soit qu'on observe seulement une diminution de l'intensité du pouvoir hémolytique par les réactions d'étude (Ehrlich, Donath et Landsteiner) pratiquées sur le sang recueilli après le bain chaud.

MM. Marcel LABBÉ et P.-L. VIOLLE recherchent si l'**absorption d'une forte quantité d'eau détermine une hyperglycémie** comme l'ont noté chez le chien MM. Sabakowski et Gœrtz. De leurs expériences, il résulte que la recherche du taux de la glycémie faite de demi-heure en demi-heure pendant deux heures et demie à trois heures ne permet à aucun moment d'estimer qu'il y a eu hyperglycémie.

Précisions techniques sur le réflexe oculo-cardiaque. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Robert LARGEAU montrent l'utilité d'une technique rigoureuse dans la recherche et l'enregistrement graphique du réflexe oculo-cardiaque. Ils soulignent les variations considérables et souvent contradictoires de ce réflexe selon les différentes méthodes employées et qui pourraient faire dénier à ce réflexe, si important en pathologie sympathique, toute valeur séméiologique. Les auteurs rejettent l'emploi des différents oculo-compresseurs, n'employant que la pulpe des deux pouces. La compression, d'emblée maxima, ne doit pas être prolongée au delà d'une vingtaine de secondes. Mais le pouls doit être observé pendant près d'une minute après la fin de la compression ; des réactions variables, tantôt dans le sens de l'accélération, tantôt dans celui du ralentissement, tantôt dans l'apparition d'une arythmie irrégulière, pouvant être observées. L'enregistrement graphique, au moyen de l'oscillomètre de Pachon et de sa capsule oscillographique, en mettant en évidence les moindres modifications du pouls, montre la constance relative des résultats obtenus par une technique rigoureuse.

— Société de biologie de Lyon (séance du 21 décembre 1925) :

Caractères anatomiques et cliniques de la tuberculose expérimentale du cobaye provoquée par l'inoculation des formes filtrantes du bacille tuberculeux. — MM. F. ARLOING, A. DUFOURT et MALARTRE ont obtenu, après inoculation de filtrats de produits tuberculeux humains, 14 résultats positifs sur 30 expériences différentes et décrivent chez le cobaye deux formes anatomo-cliniques de tuberculisation consécutives à l'infection par le virus filtrant bacillaire.

L'une, la plus rare (2 cas seulement sur 14), ne diffère en rien de la tuberculisation nodulaire classique.

L'autre, la plus fréquente, se manifeste par la cachexie lente des cobayes aboutissant en plusieurs mois à la mort. L'autopsie ne révèle ni chancre d'inoculation, ni adénopathie similaire, ni lésions nodulaires des ganglions ou des viscères. Mais les frottis des ganglions montrent de nombreux bacilles de Koch. Dans un seul cas, la rate renfermait également des bacilles.

Variations de la défense antitoxique générale et hépatique à l'égard de la strychnine au cours de l'anaphylaxie digestive chronique du cobaye. — MM. F. ARLOING, L. LANGERON et B. SPASSITCH font connaître que, parallèlement aux variations de la résistance anti-anaphylactique générale, se produisent dans l'anaphylaxie digestive chronique des changements de la résistance antitoxique générale et de la fonction antitoxique du foie en particulier à l'égard de l'intoxication strychnique.

La résistance à l'empoisonnement strychnique est d'abord augmentée dans les premières semaines de l'anaphylaxie digestive chronique; elle diminue, au contraire, au delà du quarantième jour.

On peut artificiellement faire fléchir cette résistance par des moyens agissant sur le foie (huile phosphorée, huile de croton, sérums hépato-toxiques, extraits de foie, etc.). Ils abaissent la dose mortelle de strychnine à 2 milligrammes par voie entérale au lieu de 5 milligrammes environ par 100 grammes d'animal, montrant ainsi le rôle antitoxique prédominant du foie sur celui de la muqueuse intestinale.

Résistance des antagonistes et roue dentée parkinsoniennes. Etude myographique de leurs variations en fonction de l'attitude statique. — MM. J. FROMENT, H. GARDÈRE et Mme C. VINCENT-LOISON présentent des tracés myographiques de la résistance opposée, chez des parkinsoniens, par les extenseurs de la main à des mouvements passifs de flexion du poignet, et ceci dans des attitudes statiques variées.

Les tracés mettent hors de doute le fait suivant : Résistance des antagonistes et roue dentée varient en fonction de la statique. Tandis que ces phénomènes sont au maximum en attitude debout ou assise non étayée, ils tendent à s'effacer en position étendue et confortablement étayée, surtout si le parkinsonien est au chaud et au calme.

Résistance des antagonistes et roue dentée parkinsonienne. Etude électromyographique de leurs variations en fonction de l'attitude statique. — MM. J. FROMENT, H. GARDÈRE et P. WEIL présentent des tracés électromyographiques pris dans les conditions suivantes : Des électrodes ont été placés aux deux extrémités des extenseurs de la main d'un parkinsonien. Des mouvements passifs et alternatifs de flexion et d'extension du poignet ont été imprimés, et ceci successi-

vement en attitude couchée confortablement étayée ; en attitude assise non étayée, puis de nouveau en attitude couchée.

La concordance des tracés électriques et mécaniques est frappante. L'un comme l'autre montrent que la résistance des antagonistes chez le parkinsonien sont fonction de l'attitude statique.

Action dynamogénique de l'hyoscine. Courbes dynamométriques de parkinsoniens en traitement. — MM. FROMENT, DELORE et JUILLARD présentent des courbes montrant l'effet dynamogénique d'un demi-milligramme d'hyoscine, action bien plus marquée que celle résultant de l'injection de 4 milligrammes de strychnine. Si les injections sont répétées tous les jours la force musculaire, enregistrée chaque matin avant l'injection, s'accroît quotidiennement d'abord, puis atteint un palier. C'est à la suite de l'injection initiale que l'effet dynamogénique est le plus accusé.

— Société de biologie de Marseille (séance du 22 décembre 1925) :

La régulation des facteurs de la ventilation pulmonaire. — M. Maurice PERIOT. Par étude de la respiration en milieu clos, on peut dissocier l'amplitude et la fréquence respiratoire et l'on constate que, pour des taux de CO^2 inférieurs à 4 p. 100, la ventilation est surtout assurée par des variations d'amplitude ; au-dessus de 4 p. 100, la fréquence s'accélère considérablement et entre en jeu alors que l'amplitude tend à être maxima.

Sur l'absence d'un critérium histologique de malignité pour certaines tumeurs primitives du système osseux. — M. ROUSLACROIX. Il s'agit d'abord des tumeurs semi-malignes telles que le chondrome ou fibro-chondrome de la hanche dont rien ne traduit histologiquement le pouvoir de destruction et d'extension locale ainsi que l'aptitude à récidiver « in situ ». Le même critérium manque également lorsqu'on veut déceler la transformation cancéreuse d'une tumeur osseuse jusque-là de nature bénigne. La période la plus critique, en ce qui concerne l'enchondrome par exemple, est celle du remaniement secondaire de la tumeur lorsqu'elle atteint un certain volume. Il n'existe aucun caractère cytologique permettant de distinguer au début l'évolution d'un processus sarcomateux de la périchondrite raréfiante et de l'ostéite de remaniement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA SITUATION DENTAIRE

Telle qu'elle résulte des considérations que nous avons développées dans des notes précédentes, cette situation a des conséquences déplorables, et au point de vue scientifique, et au point de vue des relations avec les milieux médicaux, et au point de vue des malades eux-mêmes.

Le point de vue scientifique, c'est l'évidence même, ne saurait être envisagé de façon sérieuse par des praticiens dépourvus d'études secondaires. Leur affaire, c'est la technique, le métier ; ils continuent ainsi la tradition de leurs devanciers du siècle dernier.

Il en est résulté, pour cette spécialité, un arrêt d'évolution scientifique et médicale, qui lui vaut, sur les autres, un retard d'une centaine d'années.

Aussi, pour elle, n'est-ce point simplement un exercice normal qu'il faut envisager, mais convient-il d'y ajouter un effort supplémentaire pour rattraper le temps perdu. S'il est donc nécessaire d'être instruit pour l'exercice d'une quelconque des autres spécialités médicales, logiquement, il est indispensable de l'être encore bien davantage pour celle-ci, puisque tout est à reprendre à peu près à la base.

Mais la gravité de la situation ne se borne pas à ce seul point.

Les autres spécialités ont été infiniment plus favorisées : au moment ou elles commençaient à évoluer de façon indépendante, elles avaient déjà derrière elles tout un passé de travaux et de recherches ; c'étaient des médecins qui les avaient exercées, sous une forme restreinte peut-être, mais les problèmes qu'elles soulevaient, ces médecins les avaient étudiés, s'y étaient intéressés. Aussi ne s'agissait-il pour elles, à ce moment, que d'une mise au point plus précise, et les voyait-on progresser avec la plus grande rapidité.

Pour l'art dentaire, rien de semblable. Non seulement il n'avait jamais été pratiqué, même d'une façon restreinte, par des médecins, non seulement ceux-ci n'avaient pu s'intéresser à des pratiques qui leur paraissaient dénuées de toute idée comme de tout intérêt scientifique, mais encore il s'était trouvé accaparé par des empiriques qui avaient faussé complètement sa pratique.

Ceci dura plus d'un siècle : l'erreur et l'équivoque se précisèrent, devinrent une doctrine. Le corps médical persista bien entendu dans son dédain. Bien peu nombreux, jusqu'à ces dernières années, furent ceux d'entre eux qui lui consacrèrent quelques réflexions.

Aussi, à la difficulté de rattraper le temps perdu, s'ajoute celle de remonter un courant d'idées fausses qui ont peu à peu acquis droit de cité et contribué à faire dévier cette spécialité de sa voie normale.

Il faut donc convenir que la tâche est rude pour les médecins qui veulent se spécialiser dans cette branche, aborder les problèmes qui se posent à son sujet, ceux qui se rapportent aux liaisons avec les autres organes, qui veulent, en somme, sortir de l'empirisme pour faire de la véritable médecine. Il est bien certain que des résultats importants dans cette voie ne pourront être obtenus, que lorsque leur nombre sera considérablement accru, donc lorsque tous ceux qui l'exerceront seront des docteurs en médecine.

Alors seulement cette spécialité remplira un rôle véritablement utile et l'on peut bien dire qu'elle n'aura que des rapports éloignés avec ce qui se pratiquait autrefois et même ce qui se pratique encore actuellement sous son nom.

A. HERPIN.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES ACCIDENTS SÉRIQUES

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS

L'injection d'un sérum à l'homme, par voie parentérale et dans un but thérapeutique, peut provoquer un ensemble de réactions désignées sous le nom d'accidents sériques.

L'extension grandissante de la sérothérapie en a multiplié la fréquence et souligné l'intérêt. *Trois notions* essentielles dominent la question :

1° **Polymorphisme clinique** des accidents sériques suivant la nature du sérum, le mode de préparation, la voie d'introduction.

2° **Le caractère bénin, fugace** de ces accidents qui ne sauraient à aucun prix être mis en parallèle avec les bienfaits de la sérothérapie préventive ou curative.

3° **L'importance du traitement** qui, actuellement, saura les éviter ou en atténuer les manifestations graves.

La fréquence de ces accidents est de 15 p. 100 en moyenne.

HISTORIQUE

Les accidents sériques sont de connaissance récente. En 1894, au Congrès de Budapest, Roux, Martin et Chaillous en dégagent l'individualité. Puis, Arloing et Courmont, Béclère, Dubreuilh, Charles Richet et Portier en France, von Pirquet et Schick en Allemagne, Arthus en précisent les caractères expérimentaux et cliniques.

Widal et son école montrent la coexistence d'un choc vasculo-sanguin et bientôt la notion de crise colloïdoclasique donne une unité pathogénique à ces phénomènes cliniquement si variés.

CLINIQUE

Nombreux et protéiformes sont les accidents sériques.

Nous étudierons successivement :

1. Les accidents *précoces* de première injection.
2. Les accidents *tardifs* de première injection : *Maladie du sérum* proprement dite.
3. Les accidents de *réinjection*.

4. Les accidents bien particuliers de la sérothérapie *intrarachidienne* et intraveineuse.

Cette schématisation a pour avantage de montrer, chronologiquement, les accidents qu'il faut craindre au fur et à mesure que s'éloigne la date de l'injection.

Elle montre la différence entre accidents *précoces* et *tardifs*.

Elle met en évidence la multiplicité des aspects cliniques.

I. Accidents précoces de première injection. — *a.* **Accidents locaux.** — Il s'agit d'un simple érythème réactionnel local, au lieu même de la piqûre. Il apparaît deux ou trois heures après l'injection et se précise dans les cinq premiers jours. C'est une tache rouge plus foncée au centre, à extension progressive, avec parfois un œdème léger. Tous ces phénomènes s'évanouissent en quelques jours et restent parfaitement bénins.

b. **Accidents généraux.** — Ils sont exceptionnels après injection sous-cutanée, presque toujours observés après *injection intraveineuse* et se présentent sous deux aspects :

1° Choc immédiat. — C'est le tableau dramatique du grand choc hémoclasique que nous décrirons plus loin. Tout à fait rares sont les cas de mort subite après une première injection, chez un enfant sain.

2° Choc hémoclasique retardé (choc peptonique de Brodin). — Il est comparable à celui observé après injection intraveineuse d'or colloïdal ou de peptone, dans un but thérapeutique. Le sérum pouvant être utilisé dans le même but, avec prudence.

Il apparaît une demi-heure à trois heures après l'injection (intraveineuse). Le malade brusquement se met à frissonner. Il est angoissé, baigné de sueurs, dyspnéique. Les nausées, la céphalée, la fièvre à 39°5-40 degrés sont fréquentes.

Tous ces troubles régressent pour disparaître vers la *quinzième heure*.

II. Accidents tardifs de première injection. Maladie du sérum. — Ce sont les plus fréquents, ceux dont l'ensemble forme la maladie sérique (serumkrankheit de von Pirquet et Schick).

Elle a été étudiée tout d'abord après injections de sérum antidiphtérique, et bien décrite par Marfan, Weill-Hallé, Hutinel, Netter, etc.

A. **Symptômes.** — La maladie sérique est constituée par un ensemble de symptômes qui peuvent apparaître successivement et séparément, ou se grouper diversement.

Il s'agit, le plns souvent, d'un sujet jeune ayant reçu une première injection de sérum.

1° **Période d'incubation.** — Sept à onze jours. Silencieuse.

2° **Début.** — Inopiné et brutal, il se manifeste par l'apparition inattendue d'un des signes suivants.

3° **Etat.** — Trois ordres de signes principaux :

a. Accidents cutanés;
b. Troubles de l'état général;
c. Arthralgies.

Des signes accessoires au premier rang desquels l'*adénopathie* et l'*albuminurie*. Tous ces symptômes diversement groupés suivant les cas.

1° Accidents cutanés. — C'est l'accident sérique le plus fréquent. Il est comme la signature même de la maladie du sérum.

a. *Erythème.* — L'érythème débute le plus souvent au point de la piqûre et va se généraliser. Il revêt des aspects multiples.

Le plus souvent : urticaire très prurigineuse avec parfois œdème des régions à tissu cellulaire lâche (paupières, prépuce) et œdème facial avec visage bouffi.

Ou bien : Erythème en cocarde (avec deux lisérés concentriques).

Erythème marginé aberrant (Marfan).

Plus rarement : Erythème polymorphe avec mélange d'éléments papuleux et vésiculeux.

Les érythèmes morbilliformes et scarlatiniformes sont plus rares. Ce dernier s'observerait pour Marfan dans la diphtérie grave avec infection associée et serait dû, soit à une infection streptococcique (Roux, Marfan), soit à une scarlatine atypique.

L'érythème purpurique est exceptionnel.

b. *Enanthème.* — Il existe dans les formes intenses. Lèvres turgescentes, muqueuse bucco-pharyngée enflée, œdème du larynx ayant pu faire croire à une reprise de diphtérie et pratiquer à tort le tubage.

c. *Œdèmes.* — Les œdèmes existent dans les formes sérieuses et peuvent aggraver le pronostic (œdème de la glotte).

2° Symptômes généraux. — Ils sont constants et précèdent ou accompagnent éruptions et arthralgies.

La *température* monte à 39-40 degrés. Le pouls la suit.

L'hypotension, portant sur la maxima et la minima, est constante (Binet et Jousset).

La formule sanguine est modifiée (leucocytose puis leucopénie avec inversion de la formule leucocytaire).

La pâleur, l'asthénie, la céphalée sont fréquentes.

L'adynamie ou le délire se voient dans les formes graves.

3° Les arthralgies. — Très fréquentes, surtout chez l'adulte, elles sont tardives.

Elles atteignent surtout les articulations habituellement découvertes (Jousset) : vertèbres cervicales, temporo-maxillaire, membre supérieur, mais ne sont pas rares aux membres inférieurs.

Dans la règle : douleur vive, gonflement léger.

Rarement : gonflement intense et rougeur.

Parfois : *myalgies* avec contractures réflexes qui, au cours de la sérothérapie antitétanique, ont pu faire croire à l'apparition du tétanos (pseudo-tétanos, trismus sérique).

4° Adénopathies. — Elles débutent dans le territoire de l'injection et peuvent se généraliser. Vallery-Radot a signalé la possibilité de cet accident à l'état isolé.

5° Albuminurie. — Elle est extrêmement fréquente, légère, transitoire. Coexistant souvent avec les arthralgies et dans des urines rares, foncées, avec un syndrome urinaire rappelant celui observé dans la goutte.

6° Beaucoup plus rarement. — On peut observer les accidents suivants :

1. Polynévrites postsérothérapiques (25 observations, Pollet), et en particulier les paralysies dissociées du plexus brachial (Lhermitte) et la polynévrite sensitive des quatre membres (Sézary et Dessaint).
2. Diarrhée.
3. Orchite.

B. **Evolution.** — Habituellement très favorable, elle est caractérisée avant tout par l'éphémérité des manifestations qui évoluent, soit *parallèlement*, soit *consécutivement* à intervalles de douze à quarante-huit heures.

Dans la règle : guérison complète en trois à huit jours.

Mais, il faut insister sur la fréquence des *rechutes* qui peuvent constituer deux, trois poussées d'accidents parfois plus graves que les premiers.

En tous cas, *dans la règle, guérison complète.*

C. **Formes cliniques.** — Il est rare que tous les accidents coexistent. Pratiquement :

1° *Formes frustes monosymptomatiques.* — Les plus fréquentes. Multiples aspects constituant des formes fébriles, arthralgiques, éruptives, celles-ci pouvant revêtir toutes les variétés décrites.

2° *Formes graves.* — Elles seraient plus fréquentes en Allemagne. Tous les signes sont au maximum et il faut insister sur la fréquence ici de l'œdème des muqueuses avec crises asthmatiformes, troubles cardio-vasculaires (hypotension marquée, arythmie, état lipothymique).

Dans la règle : *guérison*, mais convalescence traînante avec amaigrissement et état dépressif.

Exceptionnellement : sorte de cachexie chronique (Ramond, Flandrin) avec accidents nerveux à tendance chronique (Sicard).

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — M. le docteur Dujarier est nommé directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, en remplacement de M. le professeur Sébileau.

— PRIX DE L'INTERNAT. — (*Médaille d'or.*) *Médecine.* — *Epreuve orale.* — Séance du 1er février. — Question donnée : « Diagnostic des dysphagies œsophagiennes. »

MM. Bertrand-Fontaine, 18; Péron et Pollet, 19; Thévenard, 17.

Jugement des mémoires. — MM. Bertrand-Fontaine, Péron, Pollet et Thévenard, 30.

Epreuve écrite. — Séance du 3 février. — Questions données : « Structure et physiologie des artères. — Gangrène sénile. »

MM. Péron, 29; Pollet, 30; Bertrand-Fontaine, 28.

1° Médaille d'or : M. Pollet, 79.

2° Médaille d'argent : M. Péron, 78.

3° Accessit : M. Bertrand-Fontaine, 76.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Après concours M. le docteur Joseph Berthier a été nommé médecin-adjoint des hôpitaux de Marseille.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation de médecine.*

Quatrième division. — Chirurgie et obstétrique. Section A : chirurgie.

PARIS. — MM. Frey, 16 + 15 = 31; Oberlin, 15 + 15 = 30.

GRENOBLE. — M. Bonniot, 16 + 17 = 33.

LYON. — MM. Creyssel, 18 + 17 = 35; Guilleminet, 16 + 16 = 32; Pollosson, 16 + 15 = 31; Ricard, 15 + 15 = 30; de Rougemont, 17 + 17 = 34.

MONTPELLIER. — M. Mourgue, 15 + 16 = 31.

STRASBOURG. — MM. Terracol, 16 + 16 = 32; Weiss, 17 + 17 = 34.

TOULOUSE. — M. Boularan, 14 + 16 = 30.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Mathieu-Pierre Weil (de Paris).

GUERRE. — M. le médecin inspecteur des troupes coloniales Rigollet est nommé membre du Comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur des troupes coloniales Bonneau, placé dans la section de réserve.

COMMISSION D'HYGIÈNE DU SÉNAT. — M. le docteur Chauveau vient d'être réélu président de la Commission d'hygiène.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'École d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 15 février 1926, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Plaies de guerre de la vessie et de l'uretère pelvien », par M. Pasteau.

COMMISSION DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES. — Sont nommés membres de la Commission :

M. le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs.

M. Toraude, directeur du laboratoire Billaut.

HOMMAGE AU PROFESSEUR JONNESCO. — Le 21 février aura lieu à Bucarest une cérémonie organisée par les élèves et amis du professeur Th. Jonnesco, doyen de la Faculté de médecine, pour fêter la 30e année de son enseignement.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (Madrid). — Un prix de 5.000 pesetas sera décerné au meilleur travail publié ou inédit écrit de 1922 à 1926, ces deux années comprises, sur une étude analytique-critique de déontologie médicale, envisagée soit dans son ensemble, soit dans l'une ou plusieurs des parties qui la composent. Ce concours est étendu à la France.

Les travaux devront être envoyés à l'Académie avant le 1er octobre 1926.

Les prix seront décernés au cours de la séance inaugurale de 1927.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — La place de directeur du bureau municipal d'hygiène de Fougères (Ille-et-Vilaine) est déclarée vacante. Traitement : 14.400 francs par an.

Adresser les demandes à la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques (6e bureau), au ministère. (*J. O.*, 2 fév. 1926.)

JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES. — EXPOSITION D'HYGIÈNE ET DES INDUSTRIES SE RATTACHANT A LA MÉDECINE, A LA CHIRURGIE ET A LA PHARMACIE. — A l'occasion du Congrès médical qui se tiendra à Tunis pendant les vacances de Pâques 1926 ; il sera ouvert une Exposition d'hygiène et des industries se rattachant à la médecine, à la chirurgie et à la pharmacie.

Cette Exposition se tiendra dans le local même du Congrès, donnant ainsi à ses adhérents l'assurance d'une publicité effective puisque les stands seront, en quelque sorte, sous les yeux des congressistes pendant la durée des séances.

Le Congrès lui-même est assuré d'un grand succès car, en raison des réductions consenties par les compagnies de transport et des fêtes à caractère original dont il sera l'occasion, il présente aux médecins de France, d'Italie, d'Algérie, etc., des avantages exceptionnels et les adhésions arrivent nombreuses.

Les maisons de spécialités pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie, de matériel médical, etc., trouveront tous renseignements utiles sur l'Exposition auprès de M. Grandsire, commissaire général, hôpital Sadiki, à Tunis, ou de M. Maujoint, délégué à Paris, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine.

XIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — Le XIe Congrès de médecine légale des pays de langue française aura lieu à Paris en mai 1926.

Le bureau est ainsi constitué : président, M. Antheaume, secrétaire général de la Société de médecine légale de France ; vice-présidents, le professeur Sorel (de Toulouse) et M. Duvoir, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; secrétaire général, M. le professeur Etienne Martin (de Lyon) ; secrétaire général adjoint, M. Piédelièvre, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

Questions mises à l'ordre du jour :

1° *Médecine légale*. — Le dosage de l'alcool dans le sang et le diagnostic de l'ivresse, M. Vielledent (de Lille) ;

2° *Criminologie*. — Le témoignage des psychopathes, M. Rogues de Fursac (de Paris) ;

3° *Pathologie traumatique*. — Les arthrites traumatiques (en dehors de la tuberculose), M. Dervieux (de Paris),

CONGRÈS DES ALIÉNISTES. — La XXXe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Genève et à Lausanne, au début du mois d'août 1926.

Elle coïncidera avec la célébration du centenaire de la mort de Pinel et sera présidée par un de ses descendants (M. Semelaigne).

Président : M. René Semelaigne (de Paris) ; professeur Long, (de Genève). Vice-président : professeur Raviart, (de Lille). Secrétaire général : M. Repond, (de Malevoz-Monthey, Valais).

Questions mises à l'ordre du jour :

1° *Rapport de psychiâtrie* : La schizophrénie. Rapporteurs : professeur Bleuler, (de Zurich) ; professeur H. Claude (de Paris).

2° *Rapport de neurologie* : Le signe de Babinski. Causes, mécanisme et signification. Rapporteur : M. Tournay (de Paris).

3° *Rapport d'assistance* : La thérapeutique des maladies mentales par le travail. Rapporteurs : professeur Ch. Ladame, (de Genève), M. Demay (de Clermont).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Camillo Golgi (de Pavie), doyen des associés étrangers de l'Académie de médecine, dont les admirables travaux d'histologie, de pathologie générale, ainsi que ses études sur la malaria, sont connus dans le monde entier ; — et de M. le docteur Henri Vadon, chirurgien en chef honoraire des hospices d'Aix-en-Provence.

CONFÉRENCES SUR LA PSYCHANALYSE (Asile clinique, 1, rue Cabanis). — Les conférences sur la psychanalyse auront lieu au service de la Clinique, à 10 h. 30. Le dimanche 7 février, le docteur R. de Saussure parlera de la « Technique psychanalytique », et le dimanche 14, le docteur Laforgue traitera de l' « Interprétation psychanalytique des névroses ».

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITE CHRONIQUE HYDROPIGÈNE

Repos prolongé au lit.

Régime hydro-lacté pendant quinze jours, puis lacto-végétarien et déchloruré.

Prescrire un mois de suite la *Théosalvose scillitique*, à la dose de deux cachets de 0g50 par jour, puis continuer la médication cinq jours sur dix.

Deux fois par semaine, laxatif léger (sulfate de soude, une cuillerée à café à jeun, ou décoction de bourdaine, 3 à 4 grammes au coucher).

Ferrugineux, Vanadarsine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 8 AU 13 FÉVRIER 1926)

THESES

Lundi 8 février. — Jury : MM. Roger, président ; Gosset, Couvelaire et M. Labbé. — M. GOZLAN. Dosage de la trypsine dans le suc duodénal. — M. FROSSARD. Troubles légers du sevrage. — M. BARBAZZA. Etude de l'antipéristaltisme duodénal. — M. WELCKER (A.). Réserve alcaline dans l'acidose diabétique.

Mardi 9 février. — Jury : MM. Widal, président ; Jeanselme, Rouvière et Rathery. — Mme BERTRAND (Th.). Etude anatomique des pneumopathies. — M. GRUNBERG (A.). Pelade endocrino-sympathique et son traitement. — M. GASSER (P.). Etude anatomique sur les phalanges du gros orteil.

Jury : MM. Duval, président ; Guillain, Lecène et Claude. — M. WELTI. Une cause peu connue d'échec après la gastro-entérostomie. — M. BERNARD (A.). Sur un cas de grossesse péritonéale. — M. PAUMELLE. Le rôle de la radiothérapie dans le traitement des tumeurs médullaires. — M. PÉRON. Etude des syndromes des nerfs de la queue de cheval.

REVUE GÉNÉRALE

LES DIVERTICULES DU DUODÉNUM

Par M. Maurice BARIÉTY,
Interne des hôpitaux de Paris.

Historique. — Les diverticules du duodénum sont d'étude relativement récente : les progrès de l'exploration radiographique et de la technique chirurgicale l'ont grandement facilitée.

Longtemps en effet ces diverticules ne furent que des trouvailles d'autopsie sans histoire clinique reconnue (tels les faits de Chomel (1720) et de Morgagni (1761). En 1813, Fleischmann expose 3 cas de diverticules duodénaux. Plus près de nous, des cas furent rapportés par Habershen (1857), Rokitansky (1861), Klebs (1869), Roth (1872), Herscheland (1880), Seippel (1895), Letulle (1898), René Marie (1899). Mais la *latence clinique* de ces malformations exigeait les renseignements de l'écran fluorescent qui a si profondément modifié toute la pathologie duodénale. Ce ne fut guère que vers 1912 à la suite des travaux de Cole, Case, Carman et Miller, George et Leonard, Ake Akerlund, etc., que les diverticules purent être systématiquement étudiés.

Pour ne citer ici que quelques noms, Greder leur consacra sa thèse inaugurale (Paris 1921). Puis leur étude s'enrichit des observations de Keller; R. Bonneau; Delherm et Morel-Kahn; Le Noir, Gilson et Bariéty; Robineau et Gally; Carnot et Péron, etc., tandis qu'à l'étranger Forssel et Key, Moore, Andrews, Downes, Ohnell, Holzweissig, etc., poursuivaient des travaux analogues. Tout récemment Garnier (Paris 1925) passe sa thèse sur les diverticules des troisième et quatrième portions. Enfin les diverticules sont à l'ordre du jour de la Société de chirurgie, à la suite des communications de Roux-Berger et de Lecène (28 octobre-4 novembre 1925).

Définition. — Avant toute étude des diverticules duodénaux, il importe d'abord d'en bien préciser la définition.

Nous entendrons sous ce nom *des formations anormales et fixes constituées par une évagination localisée des tuniques intestinales.*

C'est dire que nous n'envisagerons que les *diverticules vrais*, abstraction faite des images diverticulaires, spasmodiques ou permanentes, que l'on peut observer par exemple au cours d'ulcères duodénaux.

Notre sujet ainsi limité, nous l'étudierons en trois chapitres :

1° Un CHAPITRE CLINIQUE où nous montrerons que ces diverticules n'ont que des *signes d'emprunt* et que seul un *examen radiologique* minutieux permet de les affirmer.

2° Un CHAPITRE ANATOMO-PATHOLOGIQUE où nous verrons comment ces diverticules se présentent au cours d'une opération et sur la table d'autopsie, et où nous nous efforcerons de tirer quelques *conséquences étiologiques et pathogéniques.*

3° Un CHAPITRE THÉRAPEUTIQUE où nous préciserons les indications respectives de la médecine et de la chirurgie, avec leurs résultats.

I. ÉTUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE

Les diverticules du duodénum n'ont *aucune symptomatologie propre en dehors des signes radiologiques.*

Tantôt ils restent COMPLÈTEMENT LATENTS et ne sont découverts qu'au hasard d'un examen sous écran ou sur la table d'autopsie.

Tantôt, s'ils s'expriment cliniquement, ils le doivent le plus souvent aux *concomitances physiopathologiques* et au *retentissement* qu'ils provoquent sur les organes de voisinage. Encore n'y a-t-il là rien de personnel dans leur symptomatologie.

C'est dire le *polymorphisme des signes* pour lesquels les malades viennent consulter.

1° Type dyspeptique. — Parfois le sujet se présente comme un dyspeptique. Il accuse au creux épigastrique une pesanteur, survenant après le repas, pouvant durer plusieurs heures ou se terminer par des éructations. Dans certains cas, à cet état dyspeptique se surajoutent les manifestations psychiques assez spéciales à ces malades (Bauer, Ritchie et Whorter). La restriction de l'alimentation consécutive à cette idée fixe peut les amener à une véritable inanition.

2° Type simulant l'ulcus. — Un autre type fréquent simule l'ulcus gastrique ou duodénal. Ces malades souffrent en effet. Leur douleur siège soit à la région épigastrique, soit à droite de l'ombilic, soit même à la région dorsale inférieure (cas de Case).

Leur horaire est variable : tantôt nettement influencé par les repas, tantôt sans rapports avec eux.

De même leur intensité est différente d'un cas à l'autre : particulièrement intense dans un cas de Harvier, véritable crise solaire, la douleur dans d'autres circonstances est moins violente (cas de Case, de Forsell et Key). Parfois même c'est une simple sensation dé brûlure (cas de Robineau et Gally).

Cette douleur peut irradier dans le dos (cas de Carnot, Péron et Garnier) mais souvent elle reste localisée à la région péri-ombilicale (Harvier).

Enfin l'évolution de la douleur présente elle aussi des variantes. Si certains auteurs (Case) l'ont observée constante et continue, d'autres (Harvier) l'ont vue revenir par poussées paroxystiques séparées par un intervalle variable (plusieurs années, quelques mois), tout comme dans les cas les plus typiques d'ulcère digestif.

D'ailleurs la symptomatologie ulcéreuse peut encore être plus explicite. Parfois la douleur ressemble à la « faim douloureuse » (Harvier). Elle est légèrement amendée par l'alimentation (Carnot).

Des *vomissements* alimentaires ou bilieux viennent quelquefois s'y surajouter. Il est exceptionnel que l'on observe des hématémèses et du melæna (cas de Robineau et Gally). Ces faits doivent être rapportés soit à une inflammation du diverticule, soit à une concomitance d'ulcus.

Cependant le chimisme gastrique est variable et l'exploration physique reste d'ordinaire négative.

3° Forme simulant une affection du foie ou des voies biliaires. — Dans d'autres circonstances ce n'est plus un gastrique, mais un biliaire qui vient consulter; il accuse dans l'hypochondre droit des douleurs vagues, qui, par moment, sont susceptibles de revêtir le type assez net des *douleurs vésiculaires* avec leurs irradiations particulières. Ce tableau est complété par une *constipation* souvent opiniâtre et des *poussées d'ictère* qui durent quelques jours pour rétrocéder peu à peu. MM. Le Noir, Gilson et Bariéty ont, l'an dernier, rapporté un bel

exemple de cette forme à la Société de gastro-entérologie.

4° **Forme simulant une affection pancréatique.** — Nous verrons plus loin l'importance et la fréquence des rapports entre le diverticule et le pancréas (Greder, Delherm et Morel Kahn, Hans Holzweissig). On ne saurait donc s'étonner d'observer une symptomatologie pancréatique.

Rarement il s'agit d'une scène à grand éclat simulant une pancréatite aiguë. Dans la règle, on est en présence d'un malade qui *maigrit* et se cachectise rapidement. Il se plaint d'une *douleur diffuse* dans la région péri-ombilicale. L'examen complet fait constater des *troubles dans la digestion des graisses*. Bref, il s'agit d'un syndrome pancréatique atténué.

5° **Formes plus rares intestinales ou péritonéales.** — Il est des faits plus rares où le diverticule se traduit par des vomissements incessants et précoces, par des signes de cachexie rapide, par une diarrhée abondante, — le tout en imposant suivant les cas pour une entérite, pour une intoxication duodénale secondaire à une sténose par bride péritonéale ou pédicule mésentérique.

6° **Formes compliquées.** — Enfin le diverticule peut provoquer des complications qui viennent alors en modifier l'aspect clinique.

La *diverticulite* est rare, de même que l'*abcédation*. Exceptionnelles aussi sont la *perforation* et la *péritonite* qui en serait la conséquence.

Récemment Huddy (*Lancet*, août 1923) rapporte un cas de *diverticulite gangréneuse*.

La *torsion du pédicule d'implantation* est peut-être responsable de grandes crises douloureuses avec syndrome péritonéal.

Nous citerons à titre de curiosité le cas de Robineau et Gally où des hémorragies répétées provoquèrent un état d'*anémie* intense (950.000 hématies, hémoglobine 25 p. 100, présence d'hématies nucléées).

Diagnostic clinique. — On voit les nombreuses erreurs de diagnostic que risquent d'entraîner les diverticules duodénaux. Il est donc cliniquement impossible de les affirmer en l'absence d'un examen radioscopique, qui vient en certifier l'existence, et en préciser le siège et le volume.

Diagnostic radiologique. — C'est depuis 1912 que les examens radiologiques systématiques sont venus montrer qu'en pathologie digestive il fallait penser à ces malformations (pour rares qu'elles soient cependant). Encore, cette exploration sous écran nécessite-t-elle certaines précautions et une certaine prudence dans l'interprétation des images.

Les malades devront être *soigneusement préparés* : ils seront à jeun depuis la veille et n'auront absorbé aucun laxatif les jours précédents. Par contre, pour éviter le spasme, il sera bon de leur faire prendre de la belladone ou de l'atropine.

La technique de l'examen radioscopique sera minutieusement réglée. Nous la reproduisons ici d'après Case :

« Le malade debout devant l'écran, avale le tiers d'un verre d'eau dans laquelle on a délayé une cuillerée à café bien pleine de sulfate de baryum. On observe avec soin la région pylorique pour se rendre compte de ce qui se passera dès que le mélange opaque l'atteindra; la mixture passe ordinairement immédiatement dans le duodénum, de sorte que, dès le début de l'examen, le duodénum est visible. Ce simple mélange est suivi du repas au baryum proprement dit qui se compose de 30 grammes de sulfate de baryum dans un verre de noix maltées chaudes ou de lait malté chaud et de 30 grammes de ce même sel dans un verre de petit lait froid.

Une courte observation du sujet est faite dans la station verticale; puis, on le place sur la table, horizontalement en le faisant coucher sur le côté droit; cette position permet au diverticule de se remplir plus facilement, surtout dans la région pylorique, grâce à l'action de la pesanteur.

Alors, l'observation véritable commence : on demande au malade d'inspirer profondément et de rester en inspiration pendant qu'il se tourne rapidement sur le dos; au même moment, l'observateur exerce une pression au niveau de la jonction duodéno-jéjunale comprimant, avec la main, le duodénum contre la colonne vertébrale de façon à bien incarcérer son contenu. En même temps il chasse de l'autre main le contenu stomacal vers le pylore.

Par cette méthode, le duodénum est facilement rempli du pylore à la jonction duodéno-jéjunale et son contenu est rendu plus visible.

Les ondes péristaltiques et anti-péristaltiques dues à l'obstruction créée, éprouvent l'élasticité du duodénum et mettent ses déformations plus en relief ».

Cet examen sera *répété*, tantôt quelques minutes après, tantôt au bout de dix à douze heures; nous insistons ici sur la nécessité d'examiner le malade *debout* (face et profil) et *couché*. Il va sans dire qu'au préalable un examen à jeun sera toujours de rigueur.

L'ombre du diverticule a trois caractères (Bonneau). Elle est *insensible à la palpation* (parfois cependant elle peut être légèrement douloureuse). Elle est *mobile* sous le doigt. Enfin et surtout elle est *persistante*. Et sa permanence au cours de plusieurs examens successifs sera un des meilleurs arguments en faveur de son organicité. Une fois Case a pu retrouver l'image sept jours après l'ingestion de bouillie opaque. En moyenne cependant le sac met onze heures à se vider.

Cette exploration sous écran permet en outre d'apprécier :

a. Le *siège* du diverticule (le plus souvent c'est comme nous le verrons la partie interne ou postéro-interne de la deuxième portion du duodénum, bien qu'il existe des diverticules des trois autres portions.

b. Son *volume*, très variable, allant de celui d'un dé à coudre à celui d'une véritable poche.

c. Son *remplissage*.

d. Sa *communication* plus ou moins facile avec l'intestin.

Parfois, l'image opaque qui occupe la partie déclive de l'évagination est surmontée d'une tache claire.

Il va sans dire qu'on ne se contentera pas d'une impression radioscopique et que l'on recourra toujours aux radiographies en série, qui rendront les plus signalés services en multipliant les images et en permettant d'apprécier leurs modifications.

Nous devons pourtant signaler des causes d'erreur : au premier rang l'*ampoule de Vater*, dont le remplissage par la bouillie opaque donne des aspects en tous points comparables à ceux d'un diverticule. De même on sera en garde contre l'*image diverticu-*

laire d'un ulcère gastrique ou duodénal, un *calcul biliaire ou rénal*, une concrétion fécale, des *ganglions calcifiés*, etc.

Il ne semble pas que, jusqu'à présent, le *tubage duodénal* avec la sonde d'Einhorn ait grandement servi au diagnostic des diverticules duodénaux. Il y a là cependant un mode d'exploration que l'avenir, peut-être, montrera fécond.

Evolution. — L'évolution des diverticules duodénaux est essentiellement *lente et chronique* (en dehors de complications d'ailleurs exceptionnelles). Tantôt ils donnent lieu aux différents incidents que nous avons décrits et qui réalisent autant de formes cliniques. Tantôt ils restent silencieux et sont admirablement tolérés. Nous citons à titre documentaire la statistique de Davis (1913) indiquant les causes de mort dans 61 cas de diverticules duodénaux trouvés à l'autopsie :

Causes inconnues	33 cas
Vieillesse	17 —
Affections cardiaques	4 —
Néphrite chronique	1 —
Tuberculose pulmonaire	1 —
Cancer	1 —
Occlusion intestinale	1 —
Fracture du crâne	1 —
Hémorragie cérébrale	1 —
Dégénérescence amyloïdes des viscères	1 —

II. ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

1° Siège. — a. Un premier point se dégage de l'étude anatomique des diverticules duodénaux : la fréquence de leur *siège à la partie interne ou postéro-interne de la deuxième portion du duodénum*, principalement au *voisinage de l'ampoule de Vater*.

Toutes les statistiques concordent sur ce point :

Sur 44 cas, Buschi donne la proportion suivante :

Première portion du duodénum	6 cas
Diverticules sur les première et deuxième portions	2 —
Deuxième portion	33 —
Troisième et quatrième portions	3 —

Sur 15 cas, Baldwin trouve :

Première portion du duodénum	2 cas
Deuxième portion du duodénum	7 —
Troisième et quatrième portions du duodénum	6 —

Case, sur ses 85 cas indique :

Première portion du duodénum	17 cas
Deuxième portion du duodénum	49 —
Troisième et quatrième portions du duodénum	19 —

Sur 29 cas, Cole et Roberts indiquent :

1 cas sur la première portion.
2 cas douteux sur la première ou deuxième portion.
23 cas sur la deuxième portion.
2 cas sur la troisième portion.
1 cas sur la quatrième portion.

Ainsi donc, pour Buschi, les diverticules de la deuxième portion ont été trouvés dans la proportion de 75 p. 100, pour Baldwin de 46 p. 100, pour Case, de 57 p. 100, pour Cole et Roberts de 79 p. 100.

De même sur 46 cas rapportés dans la thèse de Greder, 3 seulement concernaient des diverticules des troisième et quatrième portions.

Nous retrouvons la même fréquence signalée dans l'article de MM. Delherm et Morel Kahn. Elle ressort aussi de l'important travail de Hans Holzweissig fondé sur 27 observations personnelles.

Plus rares sont les faits où le diverticule, au lieu d'occuper la face postérieure ou le bord interne, occupe le bord externe de la deuxième portion du duodénum. MM. Le Noir, Gilson et Bariéty en ont cependant rapporté un exemple (Société de gastro-entérologie, 11 fév. 1924).

Si leur siège d'élection est la deuxième portion duodénale, les diverticules peuvent néanmoins s'observer ailleurs :

b. *Sur la première portion*, au voisinage du pylore, auquel cas l'évagination se produit parfois entre les feuillets péritonéaux du petit épiploon ou du ligament gastro-colique.

c. *Sur la troisième et quatrième portion.* (Cf. *Thèse* de Garnier, Paris 1925). « Ils ont alors une situation aussi variable que leur direction ».

2° Nombre. — Ordinairement uniques ces diverticules peuvent se présenter parfois sous l'aspect de poches multiples.

3° Forme. — La forme des diverticules est variable : tantôt simple évagination de la paroi intestinale, tantôt demi-sphérique, tantôt ovoïde, tantôt sacciforme.

4° Dimensions. — Les dimensions sont des plus différentes suivant les cas : 15 millimètres sur 1 centimètre dans le cas de Gandy ; 4cm5 sur 7cm5 dans le cas d'Akerlund ; 5cm5 sur 4cm5 dans le cas de Carnot, Péron et Garnier.

Leur orifice d'entrée est parfois très étroit. Dans d'autres cas il admet le doigt ou même s'ouvre plus largement encore sur la lumière intestinale.

5° Inspection macroscopique. — A l'inspection les parois du diverticule apparaissent tantôt minces et transparentes. Tantôt au contraire elles rappellent l'aspect du duodénum normal. Dans un certain nombre de cas on voit un vaisseau sanguin aborder le fond du sac.

6° Examen microscopique. — A l'examen histologique on voit une *séreuse* peu modifiée d'ordinaire (réserve faite d'adhérences et de processus inflammatoires sur lesquels nous reviendrons).

La *muqueuse* par contre est atrophiée, sans villosités. Les glandes de Brunner disparaissent, et les glandes de Lieberkühn se raréfient.

La *musculeuse* doit être étudiée en deux endroits :

Au niveau de l'orifice, on retrouve intégralement la texture du duodénum, parfois légèrement amincie.

Au niveau du sac diverticulaire on peut, suivant le degré d'altération de la musculeuse, distinguer trois types :

a. La musculeuse est complètement absente. Ce sont là les diverticules incomplets, correspondant aux hernies tunicaires de Cruveilhier, aux hernies muqueuses de Rokitanski.

b. La musculeuse est simplement amincie ;

c. La musculeuse est dissociée, « grillagée », et disparaît par places.

Signalons que, dans certains cas, on a pu trouver inclus des îlots pancréatiques aberrants.

7° Lésions de voisinage ou lésions associées. — *a.* Lésions inflammatoires. — On observe parfois des lésions inflammatoires plus ou moins prononcées : tantôt simple voile membraneux, tantôt adhérences

beaucoup plus intimes avec les organes de voisinage. Cette *périduodénite* peut d'ailleurs s'accompagner de péricholécystite (Raymond Bonneau).

b. Rapports avec le pancréas. — Un point à mettre en lumière est l'importance des rapports que le diverticule peut contracter avec le pancréas. La chose ne saurait étonner si l'on se rappelle la fréquence des diverticules situés au bord interne ou à la face postérieure du deuxième duodénum. Rétropéritonéaux, ils viennent souvent adhérer au pancréas. L'intimité de ces rapports rend compte de la symptomatologie pancréatique souvent notée. Elle explique comme nous le verrons plus loin, certaines difficultés de la technique opératoire.

c. Coexistence d'ulcus. — Dans nombre d'observations on signale la coexistence d'ulcus duodénal ou pylorique. Chaton, chez trois ulcéreux pyloriques, trouve, à quelque distance, des diverticules, au milieu d'une paroi duodénale saine. W. M. Jones trouve à l'opération un ulcère induré au bord supérieur du premier duodénum, et, sur le bord inférieur, un diverticule ne paraissant pas dû à un ulcère ancien. D. P. Penhallow note un ulcère cicatrisé juxta-pylorique, et au-dessous, un diverticule de la partie antéro-inférieure de D. I. Perry, Shan, Moynihan, Linsmayer et Wilkie confirment cette association et la regardent comme fréquente.

d. Coexistence de lithiase biliaire. — Sans remonter jusqu'à Chomel qui trouva vingt-deux calculs dans son cas princeps, d'autres auteurs signalent la coexistence de lithiase biliaire et de diverticule (Holzweissig).

Essai pathogénique. — Ces données anatomiques peuvent-elles nous expliquer la pathogénie des diverticules ?

Il semble qu'à leur lumière on doive distinguer deux variétés :

Les diverticules congénitaux ;
Les diverticules acquis.

1° Les diverticules congénitaux se présentent comme des malformations qui sont le reliquat d'un trouble apporté au développement embryonnaire. La chose ne saurait étonner si l'on se rappelle que le pancréas naît par une véritable évagination de la muqueuse duodénale.

D'autres malformations congénitales peuvent d'ailleurs accompagner ces diverticules (Lewis, Thing, Letulle, Falconer et Tandler).

2° Les diverticules acquis ne reconnaissent pas une pathogénie univoque :

a. Tantôt il s'agit d'un *diverticule par traction* dû à des tiraillements effectués, en un point de l'intestin, par des adhérences (périduodénite, péricholécystite). Paul Navaro et A. Galindez se rangent à une théorie inflammatoire d'après deux cas opérés. Keith et Roth invoquent l'atrophie d'un pancréas adhérent.

b. Tantôt il s'agit d'un *diverticule par pulsion*, d'une hernie pariétale secondaire à une pression intraduodénale venant s'exercer sur une paroi affaiblie (Ritchie et Jack, Carman). La cause augmentant la pression intra-duodénale est d'ailleurs variable et souvent mal connue. Pour Jack la pression est provoquée par une obstruction intestinale partielle.

Peut-être convient-il parfois de faire jouer un rôle au pédicule mésentérique sur lequel M. Pierre Duval a récemment attiré l'attention. Keith insiste sur l'entéroptose et la coudure de l'angle duodéno-jéjunal.

Mais, de toute façon, il faut signaler l'importance d'une prédisposition anatomique :

a. *Déficience tissulaire locale,* acquise ou congénitale. Pour Linsmayer les formations pancréatiques affaibliraient les parois duodénales et rendraient ultérieurement le diverticule possible sous une influence quelconque (âge, atonie intestinale, augmentation de la pression intraduodénale).

b. *Disposition des vaisseaux.* Nous avons vu qu'une artériole abordait souvent le fond du diverticule : l'évagination se produirait en un point de moindre résistance, quand ce vaisseau aborde le duodénum non plus obliquement comme à l'état normal, mais perpendiculairement.

Toutes ces raisons rendraient compte de la fréquence des diverticules à la partie interne de la deuxième portion duodénale, hile vasculaire de l'organe et point germinatif du pancréas.

Etiologie. — Quoi qu'il en soit, leur étiologie reste souvent obscure, et nous nous contenterons de citer quelques statistiques de fréquence.

a. **Fréquence.** — En 1911, Buschi ne recueillait que cinquante-quatre observations dans toute la littérature. Baldwin, Fischer, Buschi et Wilkie totalisaient une centaine de cas.

Baldwin sur 105 autopsies, rapporte quatorze fois des diverticules duodénaux : soit 13,3 p. 100.

Linsmayer (1914) sur 1.367 autopsies, trouve quarante-cinq fois des diverticules du duodénum : soit 3,2 p. 100.

Rosenthal (1908) sur 100 autopsies, trouve trois fois des diverticules du duodénum : soit 3 p. 100.

Case (1920) rapporte que sur 6.487 examens aux rayons X, il a trouvé de façon évidente quatre-vingt-cinq fois des diverticules du duodénum : soit 1,2 p. 100.

Keller (1922) sur 108 examens aux rayons X a trouvé quatre fois des diverticules du duodénum : soit 3,7 p. 100.

Haudek (W. *Klin. Woch*, nº 33, 1924) trouve des diverticules chez 3 p. 100 des adultes.

b. **Sexe.** — Garnier, dans sa thèse, indique une proportion de 56 p. 100 chez la *femme* et 44 p. 100 chez l'homme.

Case avait trouvé 3 femmes pour 2 hommes.

c. **Age.** — En tout cas c'est *l'âge adulte* qui semble le plus atteint Andrews (1921) donne pour une série de 39 cas :

De quarante à cinquante ans : 3 cas ;
De cinquante à soixante ans : 5 cas ;
De soixante à soixante-dix ans : 13 cas ;
De soixante-dix à quatre-vingts ans : 14 cas ;
De quatre-vingts à quatre-vingt-sept ans : 4 cas.

D'après Buschi, 80 p. 100 des intéressés ont plus de cinquante ans et la moyenne des 85 cas de Case est de cinquante-six ans.

Cependant Secher a décrit des diverticules duodénaux chez des enfants en bas âge et Simmonds en a vu dans la première enfance au voisinage du pylore.

III. TRAITEMENT

Le traitement peut être médical ou chirurgical.

A. **Traitement médical.** — Dans les cas simples, quand le diverticule ne provoquera que des troubles

minimes ou espacés, on recourra d'abord au traitement médical.

Celui-ci comprendra deux ordres de prescriptions :

a. Une *médication symptomatique* (belladone, bismuth) dirigée contre les troubles fonctionnels et les modifications de la motilité duodénale.

b. Des *indications diététiques*. Il importe en effet d'assurer un transit alimentaire normal et d'éviter la stase diverticulaire. Le régime sera végétarien de préférence. De petites doses de sulfate de soude ou de chlorure de magnésie assureront la régularité des selles. Enfin quatre à six heures après le repas on conseillera au malade de prendre telles positions propres à favoriser l'évacuation du diverticule. Ces attitudes seront précisées d'après les renseignements de la radiographie et de la radioscopie.

Dans nombre de cas ce simple traitement médical sera suffisant (Ohnell).

Mais dans les cas invétérés ou aigus, trop douloureux ou à trop grosse poche, l'intervention chirurgicale sera indiquée.

B. **Traitement chirurgical.** — La technique à suivre, les difficultés rencontrées sont extrêmement variables suivant les cas.

a. **Il s'agit d'un diverticule simple.** (Type congénital),

S'il s'agit d'un diverticule simple (type congénital). il est rationnel de le traiter par une opération semblable à l'appendicectomie : ligature du pédicule, exérèse, enfouissement du moignon.

b. **Il s'agit d'un diverticule coexistant avec un ulcus.** — Si le diverticule coexiste avec un ulcus deux cas peuvent se présenter :

1. Le diverticule est-il volumineux ? On se comporte comme précédemment.

2. Le diverticule est-il peu prononcé ? Il suffit de l'enfouir.

Mais, dans l'un et l'autre cas, l'opération sera complétée par une gastro-entérostomie postérieure verticale transmésocolique.

c. **Diverticules compliqués ou adhérents.** — On peut d'ailleurs être conduit à modifier la technique d'après les complications ou les adhérences.

Nous insisterons tout spécialement sur les *adhérences pancréatiques*, à la suite desquelles s'observent parfois des hémorragies extrêmement difficiles à arrêter.

C'est dire que dans certains cas l'abstention de toute manœuvre sur le diverticule est une nécessité, (adhérences au pancréas ou aux vaisseaux mésentériques).

Résultats. — Dans les cas ordinaires l'exérèse est suivie d'une guérison rapide des symptômes accusés par le malade.

RÉSUMÉ

Tels sont les diverticules du duodénum. De leur étude nous retiendrons les points suivants :

1° Leur *latence clinique* ou leur *symptomatologie fruste et d'emprunt* ;

2° La nécessité absolue d'un *examen radioscopique* pour les affirmer ;

3° Leur fréquence à la *partie interne ou postéro-interne de la deuxième portion duodénale* ;

4° Les *indications chirurgicales* qu'ils peuvent poser.

BIBLIOGRAPHIE

Sans prétendre donner ici une bibliographie complète, nous signalerons, d'abord deux thèses récentes :

GREDER. Etude sur les diverticules du duodénum, *Th. de Paris*, 1921. Contient un exposé très complet de la question et des travaux étrangers jusqu'en 1921.

GARNIER. Les diverticules des IIIe et IVe portions du duodénum, *Th. de Paris*, 1925. Renferme une observation inédite de Harvier.

Parmi les articles ou travaux d'ensemble, il nous semble particulièrement intéressant de consulter :

BONNEAU (R.). Les diverticules du duodénum, *Presse méd.*, 1923, p. 817.

COLE and ROBERTS. Diverticules du duodénum, leur aspect clinique et radiologique, *Surg., gyn. and obst.*, Chicago, oct. 1920, vol. XXXI.

HOLZWEISSIG (H.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Duodenal divertikel, *Mitt. aus der Grenz. der Med. und Chir.*, Iéna 1922-1923, t. XXXIV, p. 527-553.

HAUDEK. *Wiener klin. Woch.*, 1924, n° 33.

LE NOIR et BARIÉTY. Les diverticules du duodénum, *La Médecine*, juillet 1924, p. 758.

Enfin, nous citerons encore les articles ou observations suivantes :

AKERLUND. Rœntgenologiska duodenal observationer, *Hygeia*, 1919, vol. LXXXI, p. 449.

ANDERSON (J. H.). Abnormalities of the duodenum, *Brit. Journ. surg.*, Bristol 1922-1923, t. X, p. 316.

ANDREWS (E. W.). Duodenal diverticula, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1921, t. LXXVII, p. 1309-1311.

BALDWIN. Duodenal diverticula in Man, *Anat. Rec.*, 1911, t. V, p. 121.

BAUER. Ueber das Duodenal Divertikel, *Wiener klin. Woch.*, 1912, vol. XXV, p. 879.

BELL (H.). Diverticula of the duodenum, *Anat. Rec.*, Phil. 1921, t. XXI, p. 229-237.

BUSCHI. Beitrag zur Untersuchung der Duodenaldivertikel, *Virch. Arch. f. path. Anat.*, 1911, vol. CXXVI, p. 121.

DELHERM et MOREL-KAHN. Etude radiologique et aperçu clinique sur les anomalies de position et de forme du duodénum, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1923, t. XIII, p. 458.

CARNOT et PERON. *Soc. méd. des hôpit.*, 31 juillet 1924.

CASE (J. T.). Rœntgen observations of the duodenum with special reference to lesions beyond the first portion, *Amer. Journ. of Rœntg.*, 1916, vol. III, p. 314-326 ; — Diverticula of the intestinal tract, *Id.*, p. 23 ; — Diverticula of small intestine, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 27 nov. 1920, vol. LXXV.

CHATON. Trois observations de diverticule de la Ire portion, *Soc. anat.*, 1922.

CHOMEL. *Histoire de l'Académie royale*, Paris 1710.

DAVIS. Diverticule of the duodenum, *Trans. Chicago path. Soc.*, fév. 1913, t. IX.

DOWNES. Duodenal Diverticulum, *Ann. Surg.*, Philadelphie 1922, t. LXXVI, p. 43.

FORSELL et KEY. Ein Divertikel des Pars descendens, *Nord. med. Arch.*, 1915, vol. XLVIII, n° 2.

FRANÇOIS. *Cercle med. d'Anvers*, 7 nov. 1924.

GANDY. *Bull. de la Soc. anat.*, 1900, p. 691.

GRANT (J.). Duodenal diverticula, *Journ. anat.*, London 1922-1923, t. LVII, p. 357-359.

GUTIERREZ. Diverticulos duodenales (tres casos), *Semana med.*, Buenos-Aires 1922, t. XXIX, p. 309.

HUDDY. Un cas de diverticulite gangréneuse, *Lancet*, août 1923, t. XXIII, p. 79.

JACHS. Ueber Duodenal divertikel, *Diss. Kiel*, 1899.

JONES. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 3 juin 1922, n° 22, t. LXXVIII.

KELLER. Quatre cas de diverticules du duodénum, *Bull. et mém. de la Soc. de radiol. méd. de France*, 1922, t. X, p. 180.

LECÈNE. *Soc. de chir.*, 28 oct.-4 nov. 1925.

LE NOIR, GILSON et BARIÉTY. *Soc. de gastro-entérologie*, 11 fév. 1924.

LETULLE. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1898.

LEWIS. A duodenal diverticulum, *Journ. amer. med. Assoc.*, 19 mars 1921, t. LXXVI.
LINSMAYER. Ueber Duodenaldivertikel, *Verh. d. Deut. path. Ges.*, 1914, vol. XVII, p. 445.
MARIE (R.). *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1899.
MOORE. Diverticules du duodénum, *Arch. of surg.*, 1920, t. I, p. 513.
MORGAGNI. *De sedibus et causis morborum*, Naples 1762.
NOVARO (R.) et GALINDEZ. Diverticulos del duodeno, *An. del Inst. modelo de clin. med.*, Buenos-Ayres 1921, t. VI.
OHNELL (H.). Zur Frage der klinischen Bedeutung der duodenal Diverticula, *Arch. f. Verd.*, Berlin 1923, t. XXI, p. 127-174.
PENHALLOW. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, mai 1923.
ROBINEAU (M.) et GALLY. Diverticule de la IVe portion du duodénum, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, Paris 1922, t. XII, p. 103-108.
ROUX-BERGER (*Soc. de chir.*, 28 oct. 1925) rapporte une observation de Pérard.
RITCHIE et Mac WHORTER. Duodenal diverticula, *Surg., gyn. and obst.*, Chicago, nov. 1917, t. XXV, p. 485.
SCHAEFER (H.). Kongenitale anomalie des Duodenums mit Divertikelbildung, *Fort. a. d. Geb. d. Rœntg.*, Hamb. 1922, t. XXIX, p. 776.
SECHER. Om Divertikler i Ventrikel og duodenum, *Hospital.*, 1917, vol. LX, p. 582.
SIMMONDS. *Verhandl. d. Deut. path. Ges.*, 1914, vol. XVII, p. 445.
SPRIGGS. Duod. diverticula, *Brit. Journ. of surg.*, july 1920, p. 18.
TYLER (A. F.). Diverticula of the duodenum, *Nebr. med. Journ.*, Norfolk 1921, t. VI, p. 41-46.
WILENSKY (A. O.). Duodenal diverticula, *Progr. med.*, Phil. 1923, t. II, p. 107.
WILKIE. Duodenal diverticula and duplicature of the duodenal wall, *Edimb. med. Journ.*, sept. 1913, vol. XI, p. 219.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1926)

Sur l'invisibilité de certains floculats. — M. Auguste LUMIÈRE.

Pouvoir rabicide du sang de hérisson et pouvoir vaccinant contre l'inoculation intracérébrale de virus rabique du mélange neutre virus-sérum inoculé dans l'encéphale. — Mme PHISALIX.

Du pouvoir antiseptique de la chloropicrine. — M. H. VIOLLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1926)

Comment se traduisent au dehors les grandes émotions. — Le vénéré doyen de l'Académie, M. GUÉNIOT, à propos de la communication de M. Georges Dumas dans la dernière séance, montre que les grandes émotions se traduisent d'une façon différente suivant les individus. Chez les uns se manifeste une colère subite contre quelqu'un ou quelque chose. Chez d'autres ce sont des explosions de larmes et de sanglots. Chez d'autres, enfin, ce sont des peurs inexpliquées amenant de véritables paniques.

M. Guéniot accompagne son exposé de savoureuses anecdotes sur des chirurgiens comme Jobert de Lamballe ou sur des accoucheurs célèbres. Il ne manque pas, enfin, de citer la comédie de Mme E. de Girardin *La Joie fait peur*.

Cette commuication, faite avec une voix qui portait jusqu'au fond de la salle, a été écoutée dans le plus grand silence et saluée de nombreux applaudissements.

M. de Fleury rappelle à son tour quelques souvenirs analogues concernant des chirurgiens ou des hommes politiques, et il admet que les colères dues à l'émotion sont un véritable dégorgement de l'excès de la tension nerveuse.

Les conditions biologiques de la vaccination antitétanique par l'anatoxine chez l'homme. — Nous avons déjà signalé les remarquables travaux de MM. Chr. ZOELLER (du Val-de-Grâce) et G. RAMON (de l'Institut Pasteur) à propos d'une communication sur le même sujet à l'Académie des sciences (v. *Gaz. des hôpit.*, 192 , nº 9, p. 137). Ils commentent aujourd'hui les résultats qu'ils ont obtenus chez l'homme par l'injection d'anatoxine tétanique : l'apparition dans le sérum d'une antitoxine spécifique et l'installation progressive d'une réactivité acquise. Les auteurs comparent les effets obtenus par la sérothérapie antitétanique qui procure une immunité immédiate mais brève, et ceux que réalise la vaccination dont l'effet promet d'être durable. Tandis que la répétition des injections de sérum écourte la durée de l'immunité passive, les injections répétées d'anatoxine développent et exaltent l'immunité active. La prophylaxie du tétanos chez l'homme peut se concevoir sous les deux formes suivantes : l'injection simultanée de sérum et d'anatoxine à un blessé non vacciné; ou bien une injection de rappel faite éventuellement à l'occasion d'un traumatisme chez un sujet préalablement vacciné. Les auteurs ont montré qu'il est possible d'incorporer une vaccination par l'anatoxine à une vaccination antityphique, ce qui simplifie la réalisation pratique de la vaccination antitétanique.

Au début d'une campagne de guerre deux injections de vaccins associés faites à quinze jours d'intervalle sont suffisantes pour installer une immunité acquise spécifique. A la condition de pratiquer la vaccination antityphique en deux injections, l'adoption de la vaccination antitétanique sous forme de vaccination associée ne comporte donc pas une seule injection de plus. Elle réaliserait un maximum d'effets avec un minimum d'encombrement.

Ces travaux très remarquables que poursuivent d'ailleurs ces auteurs sont donc de nature à supprimer complètement le risque du tétanos dans les armées en campagne.

Cette communication soulève immédiatement une discussion.

M. Pierre BAZY rappelle les travaux antérieurs et notamment ceux de MM. Vallée et Louis Bazy sur la vaccination antitétanique.

M. VAILLARD constate le grand intérêt pratique de la communication de MM. Zoeller et Ramon. Il montre qu'on peut prévoir dès maintenant une prophylaxie générale du tétanos chez tous les individus exposés aux risques de guerre.

M. ROUX montre que la méthode de MM. Zoeller et Ramon est toute différente des anciennes méthodes employées jusqu'ici par ceux qui ont consacré leurs recherches à la lutte contre le tétanos. Celles-ci ont une valeur qu'il n'est pas question de diminuer. Les recherches de MM. Zoeller et Ramon constituent une nouveauté basée sur l'emploi des anatoxines, elle est de plus entièrement pratique. A ce double point de vue il félicite chaleureusement les deux auteurs.

Étude comparative de trois « Penicillium » pouvant être confondus avec le « Penicillium glaucum » type. — M. N. SARTORY.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1926)

Les abcès de fixation. — M. COMBY (*à propos du procès-verbal*), malgré l'opinion de MM. Netter et Boidin, considère que l'abcès de fixation est inefficace et constitue une mauvaise méthode thérapeutique.

M. GUINON, par contre, en est très partisan; il n'a jamais constaté d'inconvénient.

Ombres pseudo-calculeuses symptomatiques d'une pelvipéritonite tuberculeuse. — MM. SICARD, BOBINEAU, LICHTWITZ présentent les radiographies d'une jeune malade atteinte de douleurs lombo-abdominales sciatiques. Les ombres spé-

ciales des clichés ont donné lieu à des interprétations pathogéniques variées : calculs vésicaux, fibrome calcifié, kyste dermoïde de l'ovaire. En réalité, il s'agissait de nodosités tuberculeuses densifiées, au cours d'une pelvi-péritonite bacillaire, comme l'a montré l'intervention.

Insuffisance ventriculaire droite. (*Présentation de pièces.*) — M. MOUSSOIR présente une insuffisance ventriculaire droite irréductible par adénopathie hilaire avec compression du tronc de l'artère pulmonaire : coexistence de symphyse péricardique totale de cause indéterminée. Signes d'insuffisance ventriculaire droite pure, bruit de galop droit, tachycardie régulière permanente, cyanose intense et dyspnée. Ce fait est analogue à celui qui fut présenté par MM. Laubry et Routier en 1922.

Un cas de maladie de Raynaud avec gangrène. — MM. DE GENNES et ISAAC-GEORGES rapportent un cas dans lequel on note une aggravation rapide à la faveur d'une infection. Les auteurs insistent sur la localisation de la gangrène à l'index et à l'auriculaire qui étaient le siège d'une irritation locale.

Etude histologique des artérioles cutanées chez trois malades atteints de syndrome de Raynaud. — MM. GRENET et ISAAC-GEORGES ont noté dans les trois cas des lésions d'artérite.

Péricardite tuberculeuse traitée par les injections locales de lipiodol. (*Présentation de pièces.*) — M. André LEMAIRE présente l'observation et les pièces anatomiques d'une péricardite purulente tuberculeuse traitée par injections locales de lipiodol. L'amélioration fonctionnelle fut incontestable puisque aucune ponction ne fut nécessaire pendant six mois. La mort survint du fait de tuberculomes cérébraux multiples (encéphale et pédoncule cérébral).

Recherches comparatives sur la présence de bacilles tuberculeux dans les crachats. (Méthodes de Ziehl, d'homogénéisation d'Ellermann, et de Ronchèse.) — MM. G. CAUSSADE et Mme CRIBIER. Dans les tuberculoses en évolution avec expectoration abondante et mucopurulente, la méthode de Ronchèse est très supérieure à la méthode d'homogénéisation d'Ellermann-Erlandsen; la base de comparaison étant la méthode de Ziehl simple à laquelle la méthode d'Ellermann-Erlandsen est elle-même ou égale, ou, le plus souvent, supérieure.

Dans les formes de tuberculose atténuées ou en rémission soit spontanément, soit par le pneumothorax artificiel, cas dans lesquels l'expectoration est rare, la méthode de Ronchèse est parfois négative. Mais elle permet de déceler quand elle est positive, des bacilles tuberculeux qui, sans elle, seraient passés inaperçus par la méthode simple ou par celle d'Ellermann.

Dans la technique de Ronchèse, une manipulation doit retenir l'attention; c'est la dose d'alcool sodé à employer pour fluidifier un volume déterminé de crachats. S'ils sont mucopurulents, ou purulents, il ne faut pas rester au-dessous de huit volumes d'alcool sodé pour un volume d'expectoration, pour l'examen sur lamelle.

Inversement, pour une expectoration peu muqueuse, la proportion d'alcool sodé par volume de crachats, doit être très faible.

Hémoglobinurie orthostatique. Ictère hémolytique. Ambiase urinaire. Cure émétinienne. Guérison. — Noël FIESSINGER et Gaston PARTURIER rapportent l'observation d'une hémoglobinurie survenant en position debout et compliquée d'un ictère par hémolyse avec gros foie et grosse rate. Après de nombreux insuccès thérapeutiques, la découverte d'une ambiase urinaire à amibes dysentériques conduisit à la pratique d'une cure émétinienne qui, plusieurs fois répétée, conduisit à une guérison de l'hémoglobinurie et de l'ictère.

Aspergillose du poumon primitive avec artérite pulmonaire oblitérante. — MM. MACAIGNE et P. NICAUD, relatent l'observation d'une femme de soixante-dix ans morte en trois jours avec un syndrome dyspnéique et cyanotique. L'autopsie a révélé une sclérose pulmonaire étendue du poumon gauche contenant des foyers aspergillaires. Ces lésions s'accompagnaient d'une thrombose étendue à toute la branche gauche de l'artère pulmonaire. L'examen histologique a permis de déceler de très nombreux filaments mycéliens dans le tissu alvéolaire et dans la zone de broncho-pneumonie voisine. Ces filaments pénétraient toutes les parois artérielles et le caillot central provoquant une artérite mycosique progressivement oblitérante.

Le parasite à mettre en cause est bien l'aspergillus fumigatus très reconnaissable à ses formes fructifères très typiques.

M. MONIER-VINARD signale un cas analogue.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(SÉANCE SOLENNELLE ANNUELLE DU 8 DÉCEMBRE 1925)

L'équilibre acide-base, son mécanisme de régulation à l'état physiologique et pathologique. — M. F. NEPVEUX.

Les maladies de dégénérescence de la pomme de terre. — M. FOEX.

Les méthodes biologiques de lutte contre les maladies des plantes. — M. DUFRENOY.

L'emphysème maladie et les lésions des fibres élastiques dans les pneumopathies. — M. Georges ROSENTHAL.

Relations fonctionnelles entre le duodénum et le pancréas. Déductions pratiques. — M. Léon BINET a poursuivi des recherches expérimentales d'où résulte que le pancréas semble bien pouvoir être atteint au cours des lésions duodénales, soit par la voie canaliculaire, soit par la voie lymphatique et l'idée d'une pancréatite hémorragique d'origine intestinale semble devoir prendre droit de cité en pathologie.

Les formes invisibles des microbes visibles. — M. Paul HAUDUROY.

Sur le problème de l'hérédité du cancer. — M. SURMONT, Mlle PÉCHENARD et M. PEYRON.

Contribution à l'étude expérimentale du mal de mer chez les animaux domestiques. Modifications du réflexe oculo-cardiaque dans les états ocillatoires. — MM. F. ARLOING, JUNG et LESBATS.

Le polymorphisme de l'agent de la syphilis. — M. GASTOU.

Quelques considérations sur l'anémie infectieuse. — M. DE GÉRIN.

Le canal lacrymo-nasal au point de vue de la médecine légale. — M. ICARD. A la naissance, le canal lacrymo-nasal est obstrué par un bouchon muco-graisseux qui ne disparaît qu'entre le deuxième et troisième jour. En cas d'infanticide, l'imperméabilité plaidera en faveur de la mère accusée; mais, par contre, dans le cas où il serait prouvé que l'enfant a vécu moins d'un jour, la perméabilité précoce constituera une présomption en faveur de l'infanticide par obstacle mécanique direct apporté violemment à l'entrée de l'air dans les poumons.

L'olfaction et la pathologie générale. — M. BERILLON.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1925)

Corps étranger bronchique enlevé chez un enfant de un an par bronchoscopie supérieure. — M. GUISEZ.

Présentations. — M. V. PAUCHET : 1° **Cancer rectal opéré par voie abdomino-périnéale.**

2° **Cancer rectal enlevé par voie abdomino-périnéale.**

3° **Double cancer rectal et sigmoïde.**

4° **Cancer de l'angle hépatique du côlon avec abcès sous-hépatique.**

5° **Anse grêle étranglée.**

6° **Volvulus iliaque.**

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

DÉCEMBRE 1925

Contusions de la hanche et fractures. — M. Alphonse Michel.

Accès de paludisme à forme cérébro-méningée. — M. Antonin rapporte l'observation d'un jeune enfant de sept ans fortement impaludé (présence d'hématozoaires dans le sang) qui fit pendant quatre jours un accès de paludisme très grave avec syndrome méningé au complet (raideur de la nuque, kernig, vomissements, constipation, délire, mouvements convulsifs). Une ponction lombaire montra un liquide céphalo-rachidien normal et atténua considérablement les symptômes. Le traitement quinique, très énergique, jugula la crise. L'intérêt de ce cas réside dans l'opposition entre les manifestations cliniques et le syndrome biologique. Ces faits sont surtout fréquents chez l'enfant.

Volumineux calcul vésical. — MM. Chauvin et Lanayville.

Adipose douloureuse avec placards dermiques indurés et hypertrichosiques. — MM. Aymes et Simonpietri.

Un nouveau procédé d'investigation du bassinet. La radiopyéloscopie. — MM. Chauvin et Huguet exposent la technique et les avantages de cette méthode nouvelle qui fournit des renseignements du plus haut intérêt sur la physio-pathologie du bassinet.

Obstruction intestinale par kyste de l'ovaire néoplasique. — MM. Reynes, Jules Giraud et Rochas. Volumineux kyste de l'ovaire dégénéré avec bourgeons néoplasiques ayant occasionné des phénomènes d'occlusion intestinale dominant toute la scène, chez une syrienne de soixante-trois ans. Malgré la présence des bourgeons du kyste dans la fosse iliaque droite simulant une tumeur cæcale et un abdomen en obusier déterminé par l'occlusion, la présence d'une matité médiane permet de faire le diagnostic, d'intervenir d'urgence et d'extirper la pièce présentée.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1925)

Tics, syncinésies et cœnestopathies post-encéphalitiques. — MM. Vedel, Puech et Vidal.

Réflexion sur les théories de Chabonier relative aux néphrites azotémiques. — M. P. Cristol.

Perforation intestinale typhique. Opération. Guérison. — M. J. Surjus (de Perpignan).

Torsion du grand épiploon et hernie épiploïque étranglée. Opération. Guérison. — M. Surjus (de Perpignan).

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1925)

Myopathie fixée dans son évolution. (*Présentation du malade.*) — MM. Vedel, Puech et Vidal.

Sur les réactions du tissu myométrial au cours des états inflammatoires de l'utérus. — M. Grynfeltt.

Fistule appendiculaire consécutive à l'ingestion d'un corps étranger (épingle). — MM. Etienne et Montagne.

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1925)

Régression des caractères sexuels secondaires. Obésité et féminisme consécutifs à la castration chez un homme de cinquante-neuf ans. — MM. Vedel, Puech et Guibal.

Accès pseudo-palustres au décours de la fièvre typhoïde. — MM. Carrieu et Marchand. Accès pseudo-palustres apparus après une période de fièvre en plateau autour de 39 degrés qui a duré six jours. Après élimination du diagnostic de paludisme par l'examen sanguin, le séro-diagnostic est positif au vingt-quatrième jour de la maladie pour l'Eberth. L'évolution a été grave : un délire aigu s'est installé à ce moment, suivi d'une ostéo-périostite du tibia et la malade emportée alors dans sa famille y est morte deux mois plus tard.

PRATIQUE MÉDICALE

PSYCHOPATHIES MENSTRUELLES (1)

Par le docteur M. Gommès,

Ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris et médecin des asiles.

Nombreuses sont les femmes qui présentent des troubles nerveux à l'occasion de leurs règles, mais chez celles entachées de tares névropathiques, héréditaires ou acquises, ces troubles peuvent revêtir un caractère beaucoup plus grave et donner lieu à des manifestations anxieuses et même franchement vésaniques.

La pathogénie de ces psychopathies d'origine sexuelle n'est pas très aisée à mettre au clair. Plusieurs théories ont tenté de les expliquer, mais il convient de retenir surtout celles qui invoquent des phénomènes de saturation toxémique à point de départ ovarien. En faveur de cette interprétation, la fréquence des crises épileptiques et hystériques au moment de la période cataméniale.

Le traitement de ces malades doit donc avoir pour premier but de rétablir la fonction menstruelle troublée, car les symptômes observés coexistent presque toujours avec un état aménorrhéique ou dysménorrhéique. L'opothérapie ovarienne semble donc tout indiquée, mais l'opothérapie ovarienne totale, dans de tels cas, ne donne cependant que peu ou pas de résultats.

C'est pourquoi l'auteur, s'inspirant des travaux antérieurs qui ont mis en lumière l'existence dans l'ovaire de deux principes à action antagoniste, l'un, hormonique, activateur de la fonction menstruelle (l'agomensine), l'autre, chalonique, frénateur et régularisateur de cette même fonction (la sistomensine), a tenté l'essai du premier chez plusieurs malades de cette catégorie. Plusieurs malades (généralement des jeunes filles) ayant présenté au moment de leurs règles des troubles assez graves pour nécessiter leur internement, ont vu cesser ainsi leurs troubles psychopathiques en même temps qu'elles observaient le retour de leur fonction menstruelle suspendue.

Toujours l'amélioration mentale a coïncidé avec le retour des règles, et celles-ci ont réapparu d'une façon très constante après un traitement suffisant par l'agomensine (quatre à cinq comprimés par jour pendant sept ou huit jours).

Les troubles mentaux de cet ordre n'étant selon toute vraisemblance que la traduction par un organisme fragile et prédisposé d'une toxémie lutéinique, l'opothérapie ovarienne dissociée, en apportant par l'agomensine l'élément déficient, permet l'évacuation par la voie menstruelle des substances intoxicantes, et ainsi se trouve rétabli un équilibre où sympathique et glandes endocrines concourent parallèlement.

LIVRES NOUVEAUX

La croissance chez le nourrisson. Accroissement pondéral et statural (2), par le docteur G. Variot, médecin honoraire de l'hospice des Enfants assistés, ancien directeur de l'Institut de puériculture.

Dans cet ouvrage, M. Variot résume les résultats de ses patientes recherches poursuivies depuis nombre d'années sur une quantité considérable de nourrissons. Un premier point doit être retenu : la méthode des pesées, suffisante à la

(1) *Concours méd.*, 14 déc. 1924, n° 50.
(2) Un volume in-16 de 352 pages avec 35 fig. — Prix : 16 fr. — Paris, G. Doin.


Sirop Roche
CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50 DE THIOCOL "ROCHE"
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL

rigueur pour les enfants qui se développent normalement, ne donne que des renseignements partiels; elle doit être complétée par la mensuration régulière de la taille dans les cas si fréquents où la croissance est anormale. Un enfant a en réalité l'âge de sa taille : l'étude des points d'ossification complémentaires dans les métacarpiens et les phalanges le prouve : ils apparaissent vers dix-huit mois, quand l'enfant a une taille de 76 à 78 centimètres; mais ils font défaut à cet âge chez un atrophique qui n'a que la taille de un an; et au contraire ils existent chez un enfant en anticipation de croissance, qui atteint à un an 78 centimètres. Ce simple fait (et M. Variot multiplie les exemples) montre combien est justifiée la pédiométrie, c'est-à-dire la mensuration simultanée du poids et de la taille.

L'influence de la dentification sur la croissance est plus grande qu'on ne le croit généralement : le poids reste souvent stationnaire au moment de la poussée dentaire; toujours l'accroissement statural se ralentit. Il semble qu'il y ait une sorte de balancement entre l'activité nutritive de l'appareil dentaire et celle du système osseux. La dentification ne détermine donc pas seulement des troubles locaux, mais aussi des modifications de la nutrition générale portant spécialement sur les os.

On trouvera dans l'ouvrage du docteur Variot de nombreux documents relatifs au développement des divers organes, et spécialement du cerveau, une description complète des méthodes propres à étudier l'accroissement pondéral et statural, et les résultats obtenus personnellement par l'auteur. Ce sont là des renseignements précieux, les moyennes indiquées résultant de mensurations faites chez des milliers de nourrissons.

La dissociation de la croissance pondérale et staturale est une notion sur laquelle M. Variot a, à diverses reprise, attiré l'attention. Il expose les causes principales et les caractères de ces dissociations, et montre l'importance de la mensuration de la taille pour régler la ration alimentaire.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, M. Variot étudie les croissances anormales. Nous ne pouvons résumer ici les pages consacrées à la débilité congénitale, à l'atrophie et à l'hypotrophie infantile, aux fautes commises dans l'allaitement au sein et au biberon, aux relations du rachitisme et de l'accroissement (rachitisme floride et rachitisme avec hypotrophie). Nous savons avec quelle foi d'apôtre M. Variot a lutté contre l'hypo-alimentation, aussi dangereuse, sinon plus, que la suralimentation, et contre l'emploi des laits toxiques et de certaines mixtures trop souvent employées à l'époque du sevrage. Tous ces travaux, on les trouvera résumés ici avec clarté et simplicité.

Après avoir envisagé l'influence de l'hérédité morbide, des malformations organiques, des glandes à sécrétion interne, etc., sur l'accroissement pondéral et statural, le livre se termine par une étude très importante de la ration alimentaire quantitative et qualitative chez le nourrisson au sein et au biberon, et par une critique de la doctrine de la suralimentation.

C'est le fruit d'une longue expérience qui se trouve condensé dans ce petit volume : ce n'est pas là un travail d'érudition ou de compilation; mais bien au contraire un ouvrage essentiellement personnel. M. Variot est l'un des pédiâtres qui se sont adonnés avec le plus de passion à l'étude des problèmes touchant l'allaitement et la croissance: il a contribué dans une large mesure à modifier les idées sur l'alimentation des jeunes enfants. Nous devons lui être reconnaissants de nous donner aujourd'hui le résumé simple et clair de ses nombreux travaux et l'exposé d'ensemble de sa doctrine.

H. GRENET.

La Tuberculose pulmonaire. Etude de physiologie clinique et sociale (1), par Léon BERNARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de medecine.

Voici la deuxième édition du bel ouvrage de M. L. Bernard. L'auteur l'a remis à jour d'une façon complète et il n'a conservé de la première édition que la présentation si claire et si personnelle qui avait assuré son succès. L. G.

(1) Un volume de 400 pages, avec 16 fig. Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Guide professionnel du médecin (1), par le docteur J. VANVERTS, professeur à l'Université de Lille, président de la Fédération des syndicats médicaux du Nord.

Les transformations qu'a subies l'exercice de la médecine depuis la fin du siècle dernier obligent le médecin à connaître le détail du fonctionnement des diverses organisations auquel il est appelé à participer. Des débouchés nombreux se sont, d'autre part, ouverts à lui. Enfin, la nécessité d'être prévoyant l'oblige à rechercher les moyens d'assurer l'avenir aussi bien pour lui que pour sa famille.

Il a paru à l'auteur que le médecin — et en particulier le jeune médecin qui entre dans la carrière — aurait intérêt à avoir à sa disposition, réunis dans un recueil, tous les renseignements dont il peut avoir besoin au cours de sa vie professionnelle. Il n'aura plus ainsi à se reporter aux diverses publications où se trouvent ces renseignements; il n'aura plus à faire des recherches parfois longues pour se procurer ceux dont il ignore les sources; il aura enfin son attention attirée sur bien des questions qu'il ne connaît pas et qui peuvent présenter pour lui une grande importance.

L'auteur fait toutefois remarquer qu'il n'a pas eu pour but d'exposer dans tous leurs détails les questions d'ordre professionnel qui intéressent le médecin. Pour certaines — soins aux accidentés du travail et aux victimes de la guerre, par exemple — l'auteur a réuni tous les renseignements utiles et s'est efforcé de les présenter sous une forme commode. Pour d'autres — fonctions que le médecin peut briguer, associations professionnelles, sociétés de prévoyance, etc., il s'est borné à signaler les points principaux, caractéristiques, suffisants pour attirer l'attention et pour faire connaître les conditions de fonctionnement, les avantages, etc. Les notes annexées aux divers chapitres indiquent les sources où le lecteur pourra se reporter pour consulter le texte des lois, décrets, arrêtés, règlements, etc. L. G.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — LES SPORTS D'HIVER EN SAVOIE (billets d'aller et retour spéciaux). — Pour faciliter les relations entre les stations de sports d'hiver de la Savoie, il est délivré jusqu'au 15 mars 1926 des billets d'aller et retour spéciaux :

Au départ des gares de Paris, Dijon-Ville, Lyon-Perrache, Marseille-Saint-Charles, Saint-Etienne-Châteaucreux, Grenoble, Chambéry, Aix-les-Bains-Mont Revard, Annecy, Genève-Eaux Vives, pour Chamonix-Mont Blanc, Saint-Gervais-Le Fayet, Sallanches-Combloux (Mégève-Mont d'Arbois).

Au départ des gares de Paris, Dijon-Ville, Lyon-Perrache, Marseille-Saint-Charles, Saint-Etienne-Châteaucreux, Grenoble, Annecy et Genève-Cornavin, pour Aix-les-Bains-Mont Revard.

Ces billets sont valables quinze jours (dimanches et fêtes compris) et peuvent être prolongés deux fois de huit jours moyennant supplément.

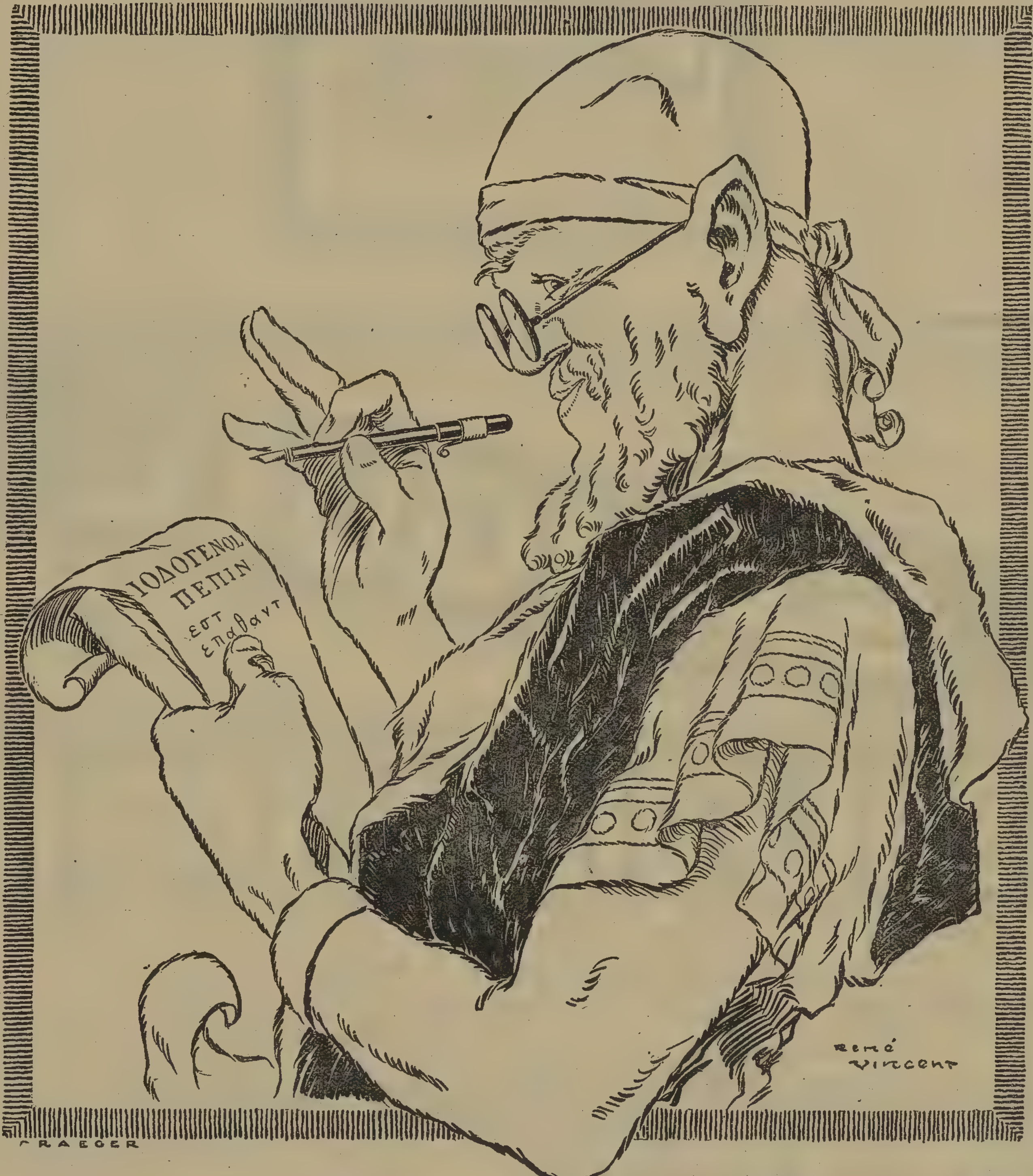
Les porteurs de billets pour Chamonix-Mont Blanc, Saint-Gervais et Sallanches-Cambloux peuvent, à l'aller ou au retour, s'arrêter à Aix-les-Bains pour se rendre au Revard.

En outre, les voyageurs munis de billets d'aller et retour de Paris pour Aix-les-Bains peuvent revenir par Chamonix, Saint-Gervais ou Sallanches-Combloux en payant un supplément à la gare d'Aix-les-Bains.

(1) Un volume in-8 raisin de 180 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, L. Dauresse, 41, rue de Maubeuge.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ETRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT (Sainte-Périne et Hendaye). — Le jury est définitivement composé de MM. Duvoir, Touraine et Guimbellot.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — TOULON. — Le mercredi 10 mars 1926, à 8 heures du matin, aura lieu aux hospices civils de Toulon un concours pour trois places d'internes titulaires en médecine et chirurgie.

Les candidats devront se faire inscrire et produire leur dossier au moins huit jours avant la date fixée au secrétariat des hospices où ils pourront prendre connaissance des conditions et du programme.

MODIFICATIONS AU RÈGLEMENT DE L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — L'article 9 de l'arrêté du 14 mars 1924 est complété ainsi qu'il suit :

« Sont également dispensés de cette épreuve, mais seulement pour la session qui s'ouvrira en mars 1926 pour la 2e épreuve, les oto-rhino-laryngologistes et les ophtalmologistes des hôpitaux nommés au concours dans les villes de facultés avant le 14 mars 1924. »

L'article 12 du même arrêté est ainsi modifié :

Catégories.	Première épreuve correspondante.
. . . .	
11° Anatomie pathologique	1re division, section B. 3e division.
. . . .	

Toutefois, les candidats inscrits à la session ouverte en 1926 en vue des épreuves de la 11e catégorie et provenant de la 1re division, section A, conserveront le droit de se présenter aux épreuves de cette 11e catégorie pour cette session et les deux suivantes. (*J. O.*, 7 fév. 1926.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté a proposé pour la chaire d'oto-rhino-laryngologie : en première ligne, M. Georges Portmann; en deuxième ligne, M. Papin.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Après concours, M. Moyrand, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé chirurgien adjoint de l'hôpital général.

— Le *Journal officiel* du 7 février public un arrêté autorisant les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, Nantes et Rennes à faire subir les examens correspondant à la quatrième année d'études en vue du doctorat en médecine.

ÉCOLES VÉTÉRINAIRES. — Un concours d'agrégation sera ouvert à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon le 9 mai 1927 pour le 4e enseignement prévu par le décret du 28 juillet 1925 : agronomie, botanique et hygiène.

Un concours d'agrégation sera ouvert à la même Ecole, le 16 mai 1927, pour le 5e enseignement prévu par le décret du 28 juillet 1925 : pathologie générale et anatomie pathologique.

Les directeurs des écoles vétérinaires donneront tous les renseignements utiles sur les épreuves des concours et sur le programme des enseignements considérés.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — La chaire de physique végétale est déclarée vacante. (*J. O.*, 7 fév. 1926.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

COMMERCE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Francis Bourgeois, médecin de l'administration des P. T. T. à Paris.

La *Gazette des hôpitaux* est heureuse d'adresser ses bien vives félicitations à son excellent collaborateur.

HYGIÈNE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Quiserne (de Bagnoles-de-l'Orne).

Au grade de chevalier. — Mlle Bouteil.

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe des troupes coloniales Thoulon est promu au grade de médecin inspecteur, en remplacement de M. le médecin inspecteur Bonneau, placé dans la section de réserve. (Décret du 4 février.)

M. le médecin principal de 1re classe Condé est promu au grade de médecin inspecteur, en remplacement de M. le médecin inspecteur Thoulon, placé dans la section de réserve. [Décret du 5 février.] (*J. O.*, 7 fév. 1926.)

M. le médecin inspecteur de Schuttelaëre, directeur du Service de santé de la 3e région, est placé dans la section de réserve.

M. le médecin principal de 1re classe Dejouany est nommé directeur du Service de santé de la 3e région, en remplacement de M. de Schuttelaëre.

M. le médecin principal de 1re classe Bar est nommé directeur du Service de santé de la 8e région, en remplacement de M. Dejouany.

M. le médecin principal de 1re classe Duguet, professeur au Val-de-Grâce, est nommé directeur du Service de santé des troupes du Levant, en remplacement de M. le médecin inspecteur Delmas, nouvellement promu.

DISPENSAIRES. — Le concours sur titres, en vue de la désignation d'un médecin, chargé des dispensaires des Vosges, a été retardé et n'aura lieu que dans les premiers jours de mars.

Outre les avantages de traitement précédemment consentis, nous sommes avisés qu'une indemnité supplémentaire de vie chère d'environ 3.000 fr., sera accordée au candidat désigné.

S'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris.

LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE RECHERCHES CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE CANCER vient de constituer son bureau pour l'année 1926 :

MM. le professeur Charles Richet, président honoraire; le docteur Loir, président; le professeur Rappin, les docteurs Baillez et Joseph Thomas, vice-présidents; le docteur Simionesco, secrétaire général.

Les réunions mensuelles auront lieu dans l'hôtel du Dispensaire « Marie de Roumanie », 17, square de Messine, le quatrième vendredi de chaque mois.

REVUE MÉDICALE ESPÉRANTISTE. — *L'Internacia Medicina Revuo*, journal médical international rédigé complètement en Espéranto (même les annonces), a maintenant, pour rédacteur en chef, le professeur Vanverts (de Lille), qui s'est assuré des collaborateurs dans tous les principaux pays du monde.

Toutes les lettres, demandes de renseignements, envois de livres pour comptes rendus, etc, doivent être adressés au secrétaire de la rédaction : M. le docteur Briquet, rue de la Bassée, 31, Lille.

Abonnement : 20 francs par an (pour la France).

BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. (Au profit de la caisse de secours de l'Association corporative des étudiants en médecine et du sanatorium des étudiants.) — Ce bal aura lieu le 13 février au Claridge, sous le haut patronage du Président de la République, des ministres de l'Hygiène et de l'Instruction publique, et de M. le doyen de la Faculté de médecine.

Entrée 50 fr., médecins 35 fr., souper facultatif 35 fr. On trouve des billets à l'Association corporative, 8, rue Dante.

LA VACCINATION ANTITYPHOÏDIQUE « PER OS » DANS L'U. R. S. S. — Le docteur Georges Portmann publie dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* (17 janv. 1926) des notes sur son voyage d'études au pays des Soviets. La vaccination *per os* a donné des résultats favorables, aussi la Commission des sérums et vaccins de l'U. R. S. S. a-t-elle décidé qu'au cours des prochaines grandes épidémies, s'il y en a, on vaccinera la population par moitié, une *per os*, l'autre par les vaccins interstitiels, afin d'établir la valeur relative des deux types de vaccins.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Achille Chapuis (de Paris) et Pierre Péraldi (de Sartrouville).

REVUE DES THÈSES

Le rôle de la syphilis dans l'étiologie des scléroses viscérales (1), par le docteur S. MILOVANOVITCH.

L'auteur a recherché la syphilis, par les réactions de Wassermann, Hecht et Jacobstahl, chez 59 malades hospitalisés dans un asile de vieillards. Il a trouvé parmi eux 18 anciens syphilitiques, la plupart ne sachant pas qu'ils avaient eu la syphilis; d'où cette première conclusion : beaucoup de syphilitiques ignorent leur affection et c'est une réaction de Wassermann, faite à l'occasion d'une maladie quelconque, qui révèle cette syphilis ignorée.

Quel rôle faut-il attribuer à la syphilis dans l'étiologie des scléroses viscérales? Les malades examinés par M. Milovanovitch étaient atteints d'aortite, d'artério-sclérose avec hypertension, d'hémiplégie, de néphrite chronique, de myocardite chronique. Les uns étaient des vieillards; les autres des malades relativement jeunes (quarante à cinquante ans) mais déjà incapables de travailler et déjà entrés comme incurables dans un hospice. Or il semble bien que ceux-ci, les jeunes vieillards, sont, en très grand nombre, d'anciens syphilitiques; on n'a guère d'aortite, de sclérose cardiaque, d'hémiplégie à quarante ou quarante-cinq ans, si l'on n'est pas syphilitique.

Pour les autres, les vieillards de soixante-dix, quatre-vingts ans, lorsqu'ils sont en même temps et des scléreux et d'anciens syphilitiques, doit-on attribuer un grand rôle à la syphilis dans l'étiologie de leur affection? L'auteur ne le croit pas; il fait remarquer que, dans ses observations, la sclérose des vieillards se présente sous le même aspect clinique, qu'il s'agisse ou non d'anciens syphilitiques. Il y a donc une sclérose des vieillards, une sclérose cardio-artérielle qui n'a rien à voir avec une syphilis ancienne

M. BRELET.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 8 AU 13 FÉVRIER 1926)

THESES

Vendredi 12 février. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Couvelaire, président; M. Labbé, Robin, Nicolas, Dechambre, Moussu et Cocquot. — M. PARADIS. Traitement de l'hémoglobinurie du cheval. — M. HÉRADE. Le pays d'Auge et sa production bovine — M. PETIT. Etude des indigestions intestinales chez le cheval. — M. DAIRE. Notes d'obstétrique.

Samedi 13 février. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bezançon, président; Jeannin, Dechambre, Moussu, Panisset et Vallée. — M. FEUNTEUN. Etude sur la production bovine du Finistère. — M. METTEY. Etude sur le charbon bactéridien.

(1) *Th. de Paris*, déc. 1925. — Paris, Jouve éditeur.

LIPIODIAGNOSTIC ARTÉRIEL
OU OSCILLOMÉTRIE
LE PROCÉDÉ D'EXAMEN DE CHOIX DANS LES GANGRÈNES PAR ARTÉRITE

PAR MM.

G. BAILLAT et Paul MÉRIEL
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté — Interne des hôpitaux
de Toulouse.

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. LE PROFESSEUR MÉRIEL)

Depuis la communication de MM. P.-E. Weil et Lévy-Frankel (1) à la Société médicale des hôpitaux de Paris, plusieurs auteurs ont été frappés par la fréquence, dans ces dernières années, des gangrènes des membres inférieurs par artérite oblitérante; diverses recherches consécutives, si elles n'ont pas éclairé la pathogénie de ces lésions, attribuées par MM. Weil et Lévy-Frankel à une intoxication par l'ergot de seigle qui pourrait se trouver dans les farines impures, ont néanmoins permis un certain nombre de constatations qui ont modifié en partie l'idée que l'on se faisait de ces gangrènes.

Les importantes recherches de M. Jeanneney (2) sur l'oscillométrie l'avaient conduit à des conclusions séduisantes de logique : « L'abolition ou la diminution de l'indice oscillométrique (signe de l'oscillomètre) indique une oblitération et le rapport

$$\frac{I_0 \text{ côté malade}}{I_0 \text{ côté sain}}$$

représente le taux de la circulation du côté malade par rapport au côté sain. » L'oscillomètre de Pachon paraissait être le moyen idéal d'appréciation de ce que Jeanneney appelle très justement le « critère » de la vitalité du membre, surtout si on l'emploie après l'épreuve du bain chaud local de Heitz qui, faisant disparaître les spasmes vasculaires, permettrait de faire la part de l'oblitération vraie et de l'élément spasmodique existant quelquefois dans les gangrènes séniles.

Déjà M. Bard (3) en 1922 démontre qu'une tension nulle au Pachon peut exister avec une excellente circulation périphérique. P. Paupert Ravault dans sa thèse (4) signale sous le nom de « pulsatilité paradoxale » des cas dans lesquels des troubles circulatoires coexistaient avec une pulsatilité conservée ou accrue par rapport au côté opposé. A l'examen de deux observations personnelles et d'une observation de M. Gallavardin, P. Ravault ajoute, dans un récent article du *Bulletin médical* (5), les remarques faites à la Société médicale des hôpitaux de Paris par MM. P.-E. Weil et Lévy-Frankel et MM. Vaquez, Mauclaire et R. Giroux (6).

Dans quatre cas, MM. Weil et Lévy-Frankel ont constaté l'existence de sphacèle des membres inférieurs sans disparition de l'indice oscillométrique ni diminution des battements artériels. Il en fut de même dans un cas de MM. Achard et Bloch (1). M. J. Troisier (2), dans un cas de thrombo-angéite oblitérante, nota que la tension était plus élevée du côté malade que du côté sain; trois cas analogues ont été rapportés par MM. Vouters et Deroubaix (3).

Au contraire, dans l'observation de MM. Vaquez, Mauclaire et René Giroux, les oscillations avaient complètement disparu au niveau de la jambe, or, la poplitée n'était oblitérée qu'aux deux tiers par un caillot et la radiographie, après injection vasculaire de lipiodol sur le membre amputé, démontra que les plus fines collatérales étaient perméables et de calibre normal; l'épreuve de Heitz étant restée négative un spasme ne pouvait être invoqué. M. Faure-Beaulieu déclare avoir observé un cas analogue.

De l'étude critique de ces faits, M. P. Ravaut tire les conclusions suivantes : « Il peut y avoir dans certaines conditions discordance entre les données de l'oscillomètre et l'état circulatoire d'un membre.

PREMIER CAS. — *Diminution de la pulsatilité sans modification de la circulation efficace.* — Il peut s'agir, soit d'une oblitération sur place de l'artère explorée avec fonctionnement irréprochable des voies collatérales, soit d'une lésion haut située transformant les saccades systoliques en un courant continu.

DEUXIÈME CAS. — *Coexistence de troubles circulatoires (gangrènes, claudication intermittente)* :

1° *Avec une pulsatilité conservée.* — Il s'agit alors de lésions distales sous-jacentes au brassard de l'oscillomètre.

2° *Avec une pulsatilité plus ample par comparaison avec le membre opposé (hyperpulsatilité paradoxale).* — Il s'agit le plus souvent d'une fausse hyperpulsatilité par lésions bilatérales à topographie asymétrique, plus rarement d'une hyperpulsatilité vraie par vaso-dilatation réactionnelle. »

Nous avons observé récemment dans le service de notre maître M. le professeur Mériel un homme dont l'examen précis infirme la première partie de la deuxième proposition de M. P. Ravault : des troubles circulatoires coexistant avec une pulsatilité conservée les lésions auraient dû, d'apres P. Ravault, être sous-jacentes au brassard de l'oscillomètre, en réalité le lipodiagnostic artériel et l'intervention permirent de constater l'existence d'une oblitération *complète* de la fémorale.

Voici, résumée, son observation qui a fait l'objet d'un rapport à la Société anatomo-clinique de Toulouse (4).

R... (Florent), cultivateur, cinquante-huit ans, entré le 7 octobre 1925, salle Saint-Maurice. Rien de notable dans ses antécédents; il y a huit mois apparurent de vifs fourmillements dans le pied droit, puis le pied s'est engourdi, est devenu froid, et le malade est resté cloué sur une chaise ou dans son lit, les douleurs à la marche devenant intolérables. Une zone de gangrène sèche apparut au niveau de l'avant-

(1) P.-Emile WEIL et LÉVY-FRANKEL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 juin 1925.
(2) JEANNENEY. *Th. de Bordeaux*, 1918-1919, n° 8.
(3) BARD. *Presse méd.*, 1922, n° 58.
(4) RAVAULT. *Th. de Lyon*, mai 1925.
(5) RAVAULT. *Bull. méd.*, 18-21 nov. 1925, n° 47, p. 1257.
(6) VAQUEZ, MAUCLAIRE et R. GIROUX. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 juin 1925.

(1) ACHARD et BLOCH. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 juillet 1925.
(2) TROISIER. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 juin 1925.
(3) VOUTERS et DEROUBAIX. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 19 juillet 1925.
(4) G. BAILLAT et Paul MÉRIEL. *Soc. anat.-clin. de Toulouse*, séance du 28 nov 1925.

pied et, le malade refusant une intervention plus considérable, un chirurgien pratiqua une désarticulation de Chopart en avril 1925. Il présente à l'entrée dans le service une vaste plaie purulente sur son moignon, plaie extrêmement douloureuse. La tension artérielle est de 17-11 au bras droit avec un I_o de 3. Au niveau des membres inférieurs l'indice est à droite :

Au-dessus du genou 2
Au cou-de-pied 1,5

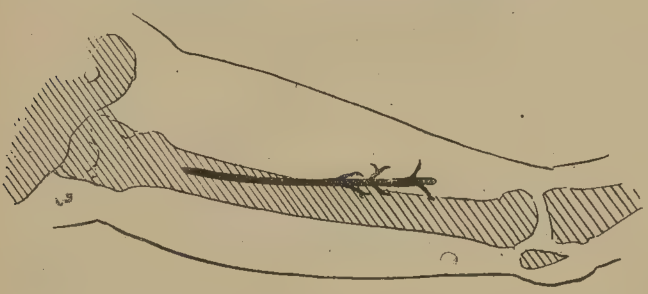
A gauche :

Au-dessus du genou 4
Au cou-de-pied 2,5

Etat général assez bon. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Les douleurs sont telles que le malade réclame maintenant l'amputation qu'il avait refusée il y a quelques mois. Une seule question se pose : où amputer?

Connaissant les travaux de MM. Sicard et Forestier (1) et de MM. Sicard, de Gennes et Coste (2), nous avons eu recours à la méthode préconisée par ces auteurs.

Le 31 octobre 1925, sous rachi-anesthésie (10 centigr. de scurocaïne), nous avons découvert l'artère fémorale au triangle de Scarpa, un catgut de sécurité a été placé autour de l'artère, puis sous écran nous avons injecté, avec une aiguille à biseau court, 1 centimètre cube de lipiodol. La radiographie, due à l'obligeance de M. Leclerc, nous a montré que le liquide opaque s'arrêtait dans la fémorale à cinq travers de doigt du genou. Le malade a été immédiatement rapporté à la salle d'opérations et, sans nouvelle anesthésie, M. le professeur Mériel a pratiqué une amputation de cuisse au tiers



inférieur. La section de l'artère fémorale a porté en plein caillot et la partie proximale du caillot ayant été retirée avec une pince la perméabilité de la fémorale au-dessus a pu être vérifiée. Les suites opératoires furent simples : réunion *per primam*. La dissection des artères du membre inférieur n'a pas montré d'autres lésions que cette oblitération de la fémorale.

Si l'opérateur, se fiant uniquement aux données de l'oscillométrie, avait fait une amputation de jambe au lieu d'élection, la gangrène du lambeau s'en serait suivie, l'opération ayant montré que la fémorale était oblitérée totalement au niveau du tiers inférieur de la cuisse.

Dans un cas plus ancien que nous signalait à cette occasion M. le professeur Mériel, l'amputation faite par le procédé de Gritti (amputation ostéoplastique sus-condylienne) avait été suivie rapidement de gangrène du lambeau, bien que l'oscillomètre eût indiqué que la circulation était suffisante pour faire une amputation de jambe au lieu d'élection. Il fallut réamputer la cuisse, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, et cette fois le lambeau ne se mortifia pas.

Voici donc deux faits probants, nous semble-t-il, de cette discordance entre l'oscillométrie et le véritable régime circulatoire du membre.

Aussi au lieu d'une formule mathématique il nous paraît plus sûr d'avoir recours à ce cathétérisme artériel que réalise l'injection de lipiodol indiquant sous l'écran, par son point d'arrêt, le siège de l'oblitération par le caillot. Cette intervention sous écran est évidemment moins simple que l'oscillométrie, mais l'extraction des projectiles ou des corps étrangers sous écran a-t-elle fait rejeter cette technique opératoire plus sûre que toute autre?

L'objection n'a pas grande valeur et nous pensons qu'au moment du sacrifice d'un membre le chirurgien doit s'appliquer à rechercher d'une façon exacte l'état de la circulation du lambeau qu'il s'apprête à tailler.

D'autres procédés que l'oscillomètre sont-ils plus fidèles?

On connaît l'épreuve de Moscowitz, basée sur l'apparition de la rougeur capillaire après avoir provoqué l'ischémie du membre par la bande d'Esmarck; ce procédé, peu précis d'ailleurs, cause des douleurs insupportables et peut, en traumatisant les artères malades, aggraver les troubles circulatoires.

Cosacesco (1) [de Bucarest] recommande le procédé de la raie vaso-motrice provoquée avec une fourchette par exemple; les qualités d'intensité, de continuité, de rapidité d'apparition de la raie vasomotrice, jugées par comparaison dans les divers segments du membre permettent, d'après lui, d'apprécier l'irrigation sanguine artériolaire et capillaire effective.

Mais ce procédé donne des renseignements peu précis sur le siège de l'obstacle qui est, d'après Cosacesco, situé plus haut en général. D'autre part, il nous a paru, dans quelques cas, difficile à rechercher lorsque, à la suite de troubles trophiques, le membre présente des lésions cutanées rendant peu appréciable l'apparition de la raie vaso-motrice, c'est ce qui s'est passé dans l'observation ci-dessus.

Il nous semble donc que le lipiodiagnostic artériel mérite d'être plus souvent utilisé et il paraît être supérieur aux autres méthodes; la technique en est d'ailleurs facile et sans danger.

Un seul point pourtant nous inquiétait : c'était la persistance possible de l'hémorragie à travers l'orifice de ponction artérielle dans des cas d'artère athéromateuse. Nous nous proposons, à l'avenir, si à la palpation l'artère paraît être très rigide, de rechercher une collatérale et d'aboutir au tronc principal en cathétérisant cette collatérale qui pourrait facilement être liée après la ponction.

Les autres procédés, suffisants en clinique, ne le sont plus lorsque se pose le problème de l'intervention; il importe à ce moment-là de savoir exactement si le lambeau qu'on va tailler a les plus grandes chances de vitalité, et les récentes opinions paraissent montrer que cette précision désirable n'est pas fournie par l'oscillométrie.

Sans doute c'est là une note discordante dans le concert d'opinions favorables à l'oscillométrie; c'est pourquoi il y aura lieu à l'avenir de répéter les épreuves contradictoires et de comparer les données fournies par les diverses méthodes, par les pièces opératoires, pour se permettre de porter alors un jugement ferme.

---

(1) SICARD et FORESTIER. *Bull. de la Soc. de biol.*, 12 mai 1923, p. 1200.
(2) SICARD, DE GENNES et COSTE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 oct. 1924, p. 1483.

(1) COSACESCO. *Presse méd.*, 26 sept. 1923, p. 819.

Nous n'avons eu que la modeste prétention d'apporter à ce débat une observation où après comparaison entre les divers moyens d'exploration circulatoire, l'opération a donné raison au lipiodiagnostic artériel et qui confirme les récentes publications de P.-E. Weil et Lévy-Frankel et de P. Ravault. Cette nouvelle technique qu'est le lipiodiagnostic artériel mérite de retenir l'attention des chirurgiens car elle est susceptible de leur fournir les données précises qu'ils réclament avant d'intervenir sur un malade atteint de gangrène des membres par artérite.

PATHOLOGIE MENTALE

ET RAPPORTS MÉDICO-LÉGAUX

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

La question des rapports médico-légaux, en pathologie mentale, est une des questions pratiques les plus importantes de cette difficile spécialité. On n'attachera jamais trop de soins, dans ces mémoires, à la clarté de l'exposé, à la précision du détail, à la netteté du diagnostic et des conclusions. Il ne s'agit pas, au prétoire, de jeter de la poudre aux yeux à l'aide d'une obscure terminologie et d'une lourde documentation. Il faut que les faits psychiques relatés soient par eux-mêmes, par eux seuls, démonstratifs, ici de l'aliénation mentale et partant de l'irresponsabilité, là de la sanité d'esprit avec ou sans atténuation de la responsabilité à cause d'anomalies particulières.

Un rapport médico-légal touchant le degré d'imputabilité d'un inculpé ne peut pas contenir moins de huit ou neuf chefs (suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas maladie mentale, et ce, en raison de l'histoire clinique de l'affection que comporte le second cas). Ce sont : 1° la relation des faits de l'inculpation, relation qui sera aussi précise que possible dans ses dates et dans les détails de l'acte accompli ; — 2° l'exposé des motifs ou des pièces qui déterminent l'examen psychique ; — 3° l'étude de l'état mental au moment de l'examen ; — 4° l'étude de l'état mental au moment même de l'action incriminée; c'est l'examen rétrospectif du délit ou crime; — 5° l'histoire de la maladie, si des troubles mentaux sont constatés et reconnus comme réels ; — 6° l'exposé des antécédents, avant le début de la psychose ou de la démence ; — 7° l'étude diagnostique ; — 8° la discussion ou les considérations médico-légales ; — 9° les conclusions. Sans doute, ces chapitres peuvent être fondus les uns dans les autres, quand il s'agit, par exemple, de brèves expertises; il ne faut jamais les méconnaître, même si on les traite rapidement.

* * *

Dans cet article nous voulons attirer l'attention sur le fait de la constatation des troubles mentaux, et sur leur diagnostic. Voici les trois situations qui se présentent communément : *a*. Au moment de l'examen, il existe des troubles mentaux, et ceux-ci toujours, ou presque, existaient au moment de l'acte ; — *b*. Il n'existe pas de troubles mentaux au moment de l'examen, mais il en existait au moment de l'acte ; — *c*. Il n'y a pas de troubles mentaux : il existe où il n'existe pas d'anomalies de l'intelligence ou du caractère. Pour terminer nous ferons quelques remarques sur les enquêtes de gendarmerie.

A. **Troubles mentaux au moment de l'examen.** — La constatation de troubles mentaux au moment de l'examen et au moment de l'acte est assez rare : sur 400 et quelques rapports que nous avons rédigés près de diverses cours de justice, nous ne comptons pas plus de 5 à 10 p. 100 de cas d'aliénation des facultés cérébrales. L'observation des faits peut être résumée de la façon suivante :

1° Il y a des troubles mentaux au moment même de l'examen pratiqué par le médecin expert;

2° Ces troubles mentaux existaient lorsque l'inculpé a commis l'acte délictueux ou criminel ; une psychose et une démence peuvent se développer après l'acte (ce sont les psychoses pénitentiaires vraies), mais ces cas sont l'exception ;

3° Les troubles mentaux constatés sont-ils réels ou simulés ? (La question de l'exagération ne se pose guère en psychiâtrie) ;

4° Les troubles mentaux sont réels : de quel syndrome ou de quelle maladie relèvent-ils ?

5° Quelle est l'histoire clinique du syndrome ou de la maladie, qui fait l'objet de l'observation ?

Lorsque des troubles vrais existent au moment de l'examen, lorsque l'état d'aliénation psychique est bien confirmé, le placement dans une maison de santé fermée, vu l'irresponsabilité du patient, est la conséquence rationnelle et à peu près constante du diagnostic porté.

B. **Troubles mentaux au moment de l'acte.** — La constatation, ou mieux la démonstration de l'existence de troubles mentaux au seul moment de l'acte, alors que dans le présent, lors de l'examen, les troubles se sont dissipés, est plus rare encore que le fait précédent (2 p. 100 des expertises que nous avons exécutées). L'observation spéciale donne les résultats suivants :

1° Le médecin ne constate pas de troubles mentaux au moment même où il examine le malade. Il faut songer à la dissimulation, mais la chose est exceptionnelle (moins de 1 p. 100 des cas);

2° Il y a eu des troubles mentaux au moment de l'acte ; quels sont leurs caractères et leur développement ?

3° Sont-ils vrais ou simulés ? Leur existence est démontrée par l'analyse psycho-clinique et confirmée par l'étude des témoignages ;

4° De quel syndrome ou de quelle maladie s'agit-il ?

5° Quelle est l'histoire clinique de l'affection constatée ? Celle-ci est-elle ancienne ou récente ? Depuis qu'elle existe, quelles sont ses manifestations habituelles ? etc.

On peut démontrer, par exemple, l'existence, au temps de l'action, d'un syndrome délirant hallucinatoire, et celui-ci, au moment de l'examen, a totalement disparu. Ce cas s'observe chez les alcooliques chroniques. L'expert nécessairement conclut à l'irresponsabilité ; mais à peine le patient est-il placé à l'asile des aliénés que lui et sa famille réclament sa sortie. Il est sans doute maintenu à l'établissement ; pourtant il ne saurait y être maintenu longtemps puisqu'il est considéré pratiquement comme guéri. Les décisions prises vis-à-vis de sujets semblables seront certainement modifiées, quand l'autorité judiciaire sera chargée de statuer sur l'entrée et la sortie

des malades dans les asiles d'aliénés. L'épilepsie larvée, d'observation si rare, à manifestations de si courte durée qu'on doute maintes fois de son existence, doit donner lieu, plus encore que le délire hallucinatoire épisodique de cause alcoolique aux plus expresses réserves en matière d'aliénation mentale. Là encore, les conclusions du médecin seraient souvent à modifier.

C. **Pas de troubles mentaux.** — L'expert ne constate pas de troubles mentaux au moment de l'examen, et il n'en relève pas davantage au temps où l'acte a été commis. En revanche, il existe chez l'inculpé des anomalies psychiques, pour employer l'expression de la circulaire Chaumié du 12 décembre 1905. (On a beaucoup insisté autrefois sur l'importance des anomalies physiques, qui constituaient les « stigmates physiques de dégénérescence », mais leur valeur est bien accessoire si on ne constate ni troubles mentaux, ni anomalies mentales. Qu'importe l'adhérence du lobule de l'oreille, l'implantation défectueuse des cheveux au niveau du front, la voûte ogivale, etc., si l'intelligence est bien développée, si l'émotivité est bien disciplinée.) En quoi consistent, le plus communément, les anomalies psychiques sans aliénation mentale à proprement parler? Ce sont soit des troubles constitutionnels de l'intelligence, soit des troubles, constitutionnels ou acquis, de l'émotivité. Les troubles intellectuels congénitaux sont d'ordinaire de maigre intérêt : il s'agit de débilité mentale légère, assez imprécise, souvent discutable. Les troubles dysthymiques, les troubles du caractère, les troubles de l'humeur, sont plus curieux : on les constate chez les extravagants, chez les pervers ou vicieux pour employer une terminologie ancienne, c'est-à-dire, en fait, chez les impulsifs, délinquants ou non. Ils ne doivent jamais entraîner l'irresponsabilité et le placement dans un asile des aliénés. Faut-il conclure à la responsabilité atténuée de ces individus? Scientifiquement, oui. Pratiquement et moralement, non. En vérité, ce n'est pas au médecin à juger de tels cas, s'il peut et doit en connaître afin d'éclairer les magistrats.

D. **Enquêtes de gendarmerie.** — Tous les *inculpés* soumis à un examen mental doivent faire l'objet au préalable ou simultanément d'enquêtes de gendarmerie spéciales *concernant leur état psychique*. Le médecin peut trouver dans ces documents des renseignements précieux. Sans doute, parmi ces enquêtes de gendarmerie, il en est de bonnes et de médiocres; il en est peu de totalement négligeables. Le gendarme dans ces enquêtes doit interroger non seulement les notabilités voisines, mais la famille elle-même. Si, dans le dernier cas, il y a risque de mensonges, il y a aussi possibilité de recueillir des choses tenues secrètes et utiles à connaître (au besoin encore la famille sera convoquée par l'expert). L'enquête comportera une série de questions écrites à poser : 1° sur l'état mental de l'inculpé dans les jours ou semaines qui ont précédé l'acte dont il s'est rendu coupable; — 2° sur les troubles du caractère qu'il peut présenter, avec ou sans crises nerveuses spéciales; — 3° sur la capacité professionnelle; — 4° sur les excès auxquels il s'adonne; — 5° sur la simulation et l'exagération; — 6° sur l'hérédité, etc.

L'observation indirecte n'est pas vaine : ceux qui la dédaignent ont vraiment peu d'expérience médicale; ceux qui la méconnaissent commettent une grave omission. Elle confirme ou elle infirme les constatations de l'expert; elle peut le gêner dans ses tendances diagnostiques; elle ne le gênera réellement que si son diagnostic manque d'une base solide. Bien sûr, elle n'est qu'un appoint aux recherches scientifiques, mais justement le propre de ces recherches est de ne négliger aucun moyen de savoir, si petit soit-il. Il y a, au reste, des malades, — et cela dans toutes les branches de la médecine, — qui racontent mal leur affection, qui oublient des détails précieux, par émotion, par ignorance, par indifférence : grâce à l'observation indirecte, on apprend sur eux des faits importants, curieux ou utiles.

Les considérations qui précèdent permettent de se rendre compte de la difficulté de la tâche de l'expert en matière de pathologie mentale, mais aussi elles indiquent à quelle précision on peut arriver, grâce à une analyse serrée et à une observation sérieuse, à la fois directe et médiate (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1926)

Rupture utérine. — M. MOCQUOT fait un rapport sur une observation de M. Passo Asternadès.

Il s'agit d'une femme qui, après deux accouchements normaux, présenta, au troisième, des accidents graves et tout d'abord une hémorragie, de la fièvre, des vomissements et des phénomènes péritonitiques. Le ventre augmenta de volume et devint le siège d'une grosse tumeur. Utérus normal en apparence et mobile. Le diagnostic fut kyste de l'ovaire infecté. Opération. A l'ouverture du ventre s'échappa un flot de pus. Abcès localisé, adhérences. Rupture utérine postéro-inférieure. Péritonite aiguë enkystée circonscrite. Drainage et Mickulicz. Il fut fait un lavage antiseptique. M. Mocquot désapprouve ce lavage, son maître, M. Pierre Delbet ayant démontré le danger de ces lavages pour le péritoine. Cependant la malade guérit.

Vaccination associée contre la diphtérie et le tétanos. — M. Louis MARTIN, de l'hôpital Pasteur, fait une communication très écoutée sur l'emploi des injections associées d'anatoxines diphtérique et tétanique. C'est en quelque sorte un complément de la communication faite la veille à l'Académie par MM. Zoeller et Ramon (v. *Gaz. des hôpit.*, 1926, nº 11, p. 170, et nº 12, p. 186).

M. Martin donne des détails techniques des plus instructifs sur la préparation de ces vaccins associés. Il les déclare d'une innocuité absolue. Après deux injections chez l'enfant et trois chez l'adulte on pourra bien probablement assurer une immunité pour toute la vie.

M. Martin engage vivement les chirurgiens à essayer, dans leurs services hospitaliers, ce nouveau vaccin que l'Institut Pasteur met à la disposition de l'Assistance publique.

A des questions posées par M. Proust sur les dangers d'anaphylaxie, M. Martin répond que ces dangers n'existent pas.

M. Louis BAZY rappelle les recherches qu'il a faites avec le professeur Vallée sur la sérothérapie antitétanique et pense que, dans certains cas, il pourrait y avoir avantage à joindre la sérothérapie à ce nouveau vaccin.

---

(1) V. R. BENON. 1. Psychiatrie : rédaction des rapports médico-légaux, *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1921, mai, I, p. 322; — 2. Les expertises mentales, *Journ. des prat.*, 1925, 28 fév., p. 135, nº 9; — 3. Expertises mentales et rapports médico-légaux, *Journ. de med. et de chir. prat.*, 1925, août; — 4. *Eléments de pathologie mentale : clinique et médecine légale*, 1922, Edit. Doin.

M. TUFFIER insiste sur l'importance de la nouvelle découverte exposée par M. Martin.

M. AUVRAY, président, félicite et remercie M. Martin de sa très intéressante communication.

Affections pyloro-duodénales. — M. Pierre DUVAL donne lecture d'un travail de M. Zawadski sur un certain nombre d'observations d'affections pyloro-duodénales et leur traitement chirurgical. Dans 75 p. 100 des cas présentés par l'auteur, il a trouvé du colibacille.

Volvulus de l'estomac. Occlusion pyloro-duodénale. — M. SCHWARTZ communique l'observation suivante. Homme de cinquante ans, en état d'occlusion intestinale aiguë, présentant un ventre énorme, en tonneau, souffrant atrocement, dont la respiration était déjà très gênée par le refoulement du diaphragme. L'abdomen était dur comme du bois, sauf à la partie inférieure où l'on trouvait, de chaque côté, une zone sonore, ce qui permit de faire le diagnostic de volvulus de l'estomac. La température était à 35°7, le pouls à 120 très faible, œdème considérable inférieur. L'état était si grave que M. Schwartz ne crut pas devoir intervenir. Toutefois, sur les instances très pressantes de la famille, il fit une laparotomie sus-ombilicale, se trouva, en effet, devant un estomac extrêmement distendu, le ponctionna et évacua une quantité de gaz et constata que le siège de l'obstruction était dans la région pyloro-duodénale. L'estomac n'était pas tordu. Il n'y a jamais eu de vomissements. Le malade succomba quelques heures après l'opération.

En pareil cas, il y aurait lieu de pratiquer tout d'abord une gastrostomie et d'intervenir quelques jours après plus complètement.

Inversion totale des organes, appendicite aiguë. — M. SAUVÉ fait un rapport sur une observation de M. Courbouley. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans chez lequel on avait reconnu une inversion totale des organes et qui fut pris de signes d'appendicite du côté gauche. Opération, guérison.

M. MOUCHET a pratiqué une appendicectomie dans les mêmes conditions d'inversion totale chez une jeune fille.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1926)

Sur la filtration du bacille de Johne à travers les bougies Chamberland L_2. — MM. J. VALTIS et H. MORIN en filtrant des émulsions de cultures du bacille de Johne (bacille de l'entérite hypertrophiante des bovidés) à travers les bougies Chamberland L_2 ont constaté que ce bacille traverse ces bougies.

Les filtrats ainsi obtenus inoculés à des rats blancs par la voie péritonéale, ne provoquent aucune lésion apparente de la séreuse et des organes de ces animaux.

Cependant les frottis de la rate, de l'épiploon et des ganglions trachéo-bronchiques renferment en assez grande abondance des bacilles de Johne d'aspect typique.

Phénomème d'Arthus succédant à une première injection d'anatoxine diphtérique. Détermination d'une anaphylaxie passive chez le cobaye. — MM. A. TZANCK, R. WEISMANN-NETTER et Jean DALSACE ont observé chez une femme de vingt-neuf ans un phénomène d'Arthus apparu dans les jours qui suivirent une première injection d'anatoxine diphtérique. Cinq semaines après cette inoculation, l'injection au cobaye d'un mélange de 1/2 cm^3 du sérum du sujet et de 1/2 cm^3 d'anatoxine détermine chez le cobaye une crise anaphylactique typique. Cette observation montre que certains sujets peuvent être sensibilisés par des produits biologiquement et chimiquement très différents de celui qui déchaîne la crise anaphylactique.

Interagglutination positive malgré l'identité de groupes entre le sang de la mère et du nouveau-né. — M. NADIA DU BOUCHET a constaté sur un total de 24 observations, 2 cas d'agglutination nette des hématies de l'enfant par le sérum de la mère, malgré une identité de groupe.

Il en déduit qu'avant de faire une transfusion de la mère à l'enfant il est prudent de s'assurer par la méthode directe que le sérum maternel n'agglutine pas les hématies de l'enfant.

Sur la filtration du bacille tuberculeux du liquide de pneumothorax artificiel sur bougie Chamberland L_2. — M. T. VEBER montre que chez les tuberculeux, un liquide de pneumothorax artificiel primitivement riche en bacilles de Koch, peut devenir après quelques mois indemne de toute forme bacillaire visible au microscope.

Un tel liquide filtré sur bougie de Chamberland L_2 a communiqué, dans un délai de plus de quatre mois, au cobaye une tuberculose ganglionnaire caractérisée par l'absence de tout chancre d'inoculution et la tuméfaction des ganglions trachéo-bronchiques, sans hypertrophie des ganglions intermédiaires. Ce liquide, en apparence dépourvu de bacille peut donc contenir des formes invisibles et filtrables de bacille de Kock, dérivées, semble-t-il, des formes granulaires observées dans un certain nombre d'épanchements pleuraux de pneumothorax artificiel.

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1926)

Etiologie de l'encéphalite post-vaccinale. — MM. LEVADITI et NICOLAU examinent à nouveau l'étiologie des encéphalites post-vaccinales observées par M. Bowdik-Bastianse en Hollande. On sait qu'il s'agit d'un syndrome encéphalitique apparaissant chez des enfants en bas âge, du dixième au douzième jours après la vaccination antivariolique. S'agit-il d'une encéphalite due à la localisation névraxique d'un vaccin jennerien éminemment neurotrope, ou bien d'une encéphalite due au virus de la maladie de v. Economo, apparaissant à l'occasion de la vaccination chez des sujets porteurs de germes, ou atteints d'une forme latente de cette maladie? Les nouvelles recherches expérimentales de MM. Levaditi et Nicolau rendent plausible la seconde de ces hypothèses.

Culture des bacilles tuberculeux en vingt-quatre heures sur gélose. — M. Albert VAUDREMER. La culture du bacille tuberculeux en vingt-quatre heures sur gélose ordinaire est possible en employant un artifice. Celui-ci consiste à ensemencer tout d'abord le bacille de Koch dans du liquide de Raulin ayant servi à la culture de l'Aspergillus fumigatus. Les bacilles de Koch étudiés par l'auteur provenaient de trois souches : humaine, bovine, équine de la collection de l'Institut Pasteur.

Ces souches cultivées sur bouillon glycériné étaient acido-résistantes et pathogènes.

Après quatre et onze jours, selon que le liquide aspergillaire ensemencé était laissé à 15 degrés dans le laboratoire ou bien à l'étuve à 38 degrés. Vaudremer a vu le milieu se troubler; le trouble était dû à des bactéries granulaires et à des bacilles dépourvus d'acido-résistance se colorant au bleu de méthylène et prenant le gram.

Vaudremer conclut de ses expériences que les milieux animaux sont facteurs de l'acido-résistance et il émet l'idée qu'il pourrait bien y avoir plusieurs bacilles tuberculeux.

Zona et varicelle. — Poursuivant les recherches dont ils ont fait connaître il y a deux ans les premiers résultats MM. NETTER et URBAIN ont recherché la réaction de fixation dans le sérum de 100 sujets atteints de zona en employant comme antigènes, les croûtes de zona ou de varicelle.

Leurs recherches ont montré que la fixation du complément établit entre la varicelle et le zona des relations de même nature qu'entre la variole et la vaccine. Tout porte à penser que comme pour ces dernières le virus a subi une mutation.

Dans la varicelle le virus a une vitalité assez courte. Dans le zona le virus présente une résistance qui lui permet de vivre sans manifester sa présence pendant un temps indéterminé.

La cholestérine du sang dans les psychopathies. — MM. CLAUDE, TARGOWLA et Mlle BADONNEL rappellent une communication de deux d'entre eux faite en janvier 1923 sur ce sujet. Le travail récent d'un auteur roumain confirme leurs conclusions en ce qui concerne l'hypercholestérinémie fréquente, mais donne une proportion trop élevée d'hypocho-

lestérinémie. Il s'agit d'une erreur systématique par défaut due vraisemblablement à un point de technique. Les auteurs donnent les résultats globaux de 275 cas : 60 p. 100 de taux élevés, 5 p. 100 de taux faibles, 35 p. 100 de chiffres normaux.

Les « vaccins associés ». — MM. RAMON (Institut Pasteur) et ZŒLLER (Val-de-Grâce) désignent sous le nom de vaccin associé le mélange d'un vaccin microbien (T A B) et d'une anatoxine. Ils ont étudié chez l'homme l'effet des injections du vaccin associé T A B + anatoxine diphtérique. Les réactions locales et générales provoquées ne sont guère plus marquées qu'après l'injection d'un vaccin isolé. Ils ont noté la réapparition chez les sujets vaccinés des agglutinines vaccinales qui témoignent que le sujet réagit à l'élément T A B. Ils ont constaté surtout que l'antitoxine diphtérique apparaît dans le sérum des sujets vaccinés. Les auteurs ont également étudié le vaccin associé T A B + anatoxine tétanique; l'addition du vaccin T A B à l'anatoxine tétanique n'entrave ni la production de l'antitoxine ni l'installation de la réactivité acquise. Il est de même de l'addition à l'anatoxine tétanique de l'anatoxine diphtérique (vaccination bi-anatoxique).

Ces données expérimentales sont les bases d'une simplification dans les procédés actuels de vaccination.

Action des radiations ultra-violettes sur les solutions aqueuses de quelques sucres réducteurs. — M. L. H. DEJUST.

Dosages du calcium, du magnésium et de la cholestérine dans les artères d'un diabétique athéromateux. — MM. Marcel LABBÉ, Jean HEITZ et F. NEPVEUX ont dosé le calcium, le magnésium et la cholestérine dans l'aorte et les artères périphériques d'un diabétique chez lequel les radiographies décelaient une opacité extrêmement prononcée des artères aux membres inférieurs et supérieurs, et qui succomba à la gangrène d'un pied. La teneur en magnésium et en cholestérine des parois artérielles dépassait 5 à 8 fois la normale, alors que l'accumulation du calcium atteignait en certains points jusqu'à 64 fois la normale.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1926)

Le chloralose chimiquement pur dans l'insomnie et l'agitation des psychopathes. — MM. Auguste MARIE et V. KOHEN ont repris, à l'asile Sainte-Anne, quelques-unes des expériences faites il y a une trentaine d'années par le professeur Ch. Richet, avec un chloralose qu'on ne pouvait obtenir à l'état absolue à l'époque.

Ils ont obtenu le sommeil, chez une trentaine d'aliénés (paralytiques généraux, maniaques, alcooliques, etc.), avec des doses variant de 0gr10 à 0gr80 par jour en administrant le produit dans du lait sucré. Dans les deux tiers des cas, les résultats obtenus ont été très satisfaisants, mais pas toujours dès les premiers jours. Il semble qu'il y ait, tout au moins, dans certains cas, accumulation sans qu'il y ait accoutumance. Le chloralose chimiquement pur semble toutefois plus actif et plus toxique que le produit employé par Ch. Richet, les chiens en expérience n'ayant supporté que des doses d'un tiers inférieures à celles de ce dernier auteur.

Administré par la voie sous-cutanée, intra-musculaire et intra-veineuse chez l'homme, les auteurs n'ont obtenu le sommeil chez les sujets qui résistaient au produit donné *per os*, qu'à des doses trop élevées pour être maniables.

Le stovarsol dans les affections chroniques des voies respiratoires — M. V. KOHEN a observé que le stovarsol administré par la voie buccale à la dose moyenne de 0gr50 par jour par périodes de dix, quinze jours, suivies de période de repos d'égale durée, produit dans plusieurs cas de bronchite chronique de sclérose pulmonaire, d'adénopathie trachéo-bronchique, d'emphysème, de rhinite à bascule et dans des tuberculose torpides, une amélioration très nette consistant dans la disparition de la dyspnée, des crises asthmatiformes, de la toux et de l'expectoration en même temps que l'état général se relevait et que les troubles intestinaux préexistants s'atténuaient. Ces observations, encore trop récentes, attendent la confirmation d'une expérience plus vaste.

Graisse et huile de cheval. — M. R. HUERRE déclare que rien ne distingue essentiellement la graisse de cheval au point de vue chimique, des autres matières grasses animales et végétales.

L'huile de cheval, obtenue par filtration à 15-20 degrés de la graisse de cheval, devrait remplacer les huiles végétales dans la préparation de toutes les huiles injectables.

Note sur l'emploi de la pimprenelle dans les affections de l'intestin. — M. Henri LECLERC retrace l'histoire de la pimprenelle dont le rôle *in principio* semble être avant tout un vulnéraire de haute valeur. Puis au XVIIe siècle apparaît semble-t-il son usage contre *la dysenterie* et c'est ce point que l'auteur s'est appliqué à étudier. En effet, l'action antidysentérique est réelle et l'auteur en donne des exemples typiques.

Voici les prescriptions proposées :

1° Alcoolature de pimprenelle (XL gouttes 4 fois par jour dans un peu de verveine) ;

2° Potages dans lesquels on met de la pimprenelle fraîche finement hachée (sans faire cuire celle-ci) ;

3° Trois à quatre fois par jour *avant* les repas : Une cuillerée à potage de :

Alcoolature de pimprenelle ... 10 grammes.
Sirop de consoude... Q. s. p. 300 —

A noter en dehors de ces effets astringents, les propriétés carminatives très nettes de la pimprenelle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1925)

A propos de l'opération précoce en chirurgie biliaire. — M. GUELPA. Le fait d'extraire les calculs de la vésicule biliaire ne peut constituer le traitement indispensable ni complet de la lithiase biliaire, parce qu'il n'a aucune action sur la production et encore moins sur le retour des concrétions. Ce rôle doit être réservé à la médecine et à l'hygiène qui, dans la majorité des cas, peuvent aboutir au plus complet succès. Ce ne serait que dans les cas exceptionnels que l'intervention chirurgicale devrait aider la médecine pour amener plus rapidement la guérison. Les lithiases doivent être considérées comme des productions goutteuses en vase clos et traitées d'après la même conception, c'est-à-dire désintoxication profonde et alimentation hypocalcaire. Ainsi combattues, les lithiases, quoique très lentement, s'atténuent progressivement et finissent par disparaître.

Fractures méconnues de la colonne vertébrale. — M. PÉRAIRE revient sur l'histoire des fractures méconnues de la colonne vertébrale sans symptômes médullaires immédiats et sur la gravité des symptômes tardifs. Il insiste sur les complications tardives résultant de la négligence des malades et aussi des erreurs de diagnostic. Les cas étiquetés comme des rhumatismes vertébraux n'ont d'autre origine qu'une ancienne fracture méconnue terminée par l'ankylose d'une ou de plusieurs vertèbres, avec rétractions ligamenteuses et ostéophytes. Comme traitement, au lieu de la simple immobilisation dès que le diagnostic radiographique est fait, il propose la ligature apophysaire de Chipault.

Présentation de pièces. — M. Victor PAUCHET présente un ulcère gastrique et un ulcère duodénal.

Cancer recto-sigmoïde extirpé par voie abdominale (opération de Hartmann). — M. Victor PAUCHET. Ce cancer a été extirpé avec succès par M. V. Pauchet chez une femme de soixante-treize ans; il montre la bénignité de ces opérations, sans qu'il soit possible de dire pourquoi. L'exérèse abdomino-périnéale, chez une femme pâle, anémiée, faible, de soixante-treize ans, aurait été très grave. Ces malades, soi-disant inopérables autrement que par un anus artificiel, deviennent opérables par la méthode de Hartmann qui a l'avantage, sur l'anus artificiel, de supprimer la tumeur.

L'hypertrophie dite compensatrice du rein existe-t-elle? — M. CATHELIN.

Sur quelques points personnels concernant la neurotomie rétro-gassérienne dans les névralgies faciales. (*Projection et présentation d'opérée.*) — M. J. BOURGUET.

Oxygénothérapie. — M. DUPUY DE FRENELLE.

(SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1925)

La désinfection des plaies par l'oxygène en courants gazeux antiseptiques. — MM. LE FAGUAYS et LAVENANT.

A propos de l'ulcus jéjunal. — M. PRON.

L'ultraviolet rythmé. — MM. LIVET et ROGER.

A propos d'un cas d'hémorragie de la ménopause. — M. BECART rapporte l'observation d'une malade atteinte d'hémorragie grave de la ménopause, qui fut guérie par la transfusion du sang. Il rappelle l'effet hémostatique puissant de l'injection du sang qui, en un quart d'heure, amène la coagulation à son taux normal. Ensuite, il signale l'action hémopoiétique remarquable de la transfusion du sang qui, en dix jours, fait passer le taux globulaire de 1.460.000 à 3.950.000 globules rouges. M. Becart présente ensuite un tube aspirateur pour prises de sang, liquides et sérosités de l'organisme, pouvant aussi servir à l'hémoculture.

Danger de l'immigration des aliénés étrangers. — M. P. MARIE.

Pathogénie des troubles déterminés par la glossoptose chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte. — M. P. ROBIN.

Les obsessions neurasthéniques et leur traitement psycho-mécanique. — M. BÉRILLON.

A propos de l'hypertrophie compensatrice. — M. LÉOPOLD-LÉVI.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 18 DÉCEMBRE 1925

M. KEIM est élu président à l'unanimité en remplacement de M. GOUBEAU nommé président d'honneur.

Les membres du Comité sortant sont réélus. M. Raymond PETIT est élu membre du Comité.

Le rapport moral exposé par M. BRIAULT, secrétaire général ainsi que le rapport financier lu par M. SCHANGEL, trésorier est approuvé.

— A la séanee qui fait suite à l'assemblée générale :

Un cas de sténose inflammatoire grave de l'œsophage. — M. Raymond PETIT.

Varices. — M. Georges ROSENTHAL rapporte l'histoire d'un médecin atteint sans troubles fonctionnels d'une grosse varice du mollet qui menaçait de s'ouvrir à la peau. Un traitement suivant la méthode de Sicard Forestier mis en œuvre par Filderman amena la guérison en deux injections de 10 centimètres cubes de salicylate de soude à 30 p. 100 sans interruption de travail. Il a pu vérifier les bons résultats de la technique précise de Filderman sur de nombreux malades atteints de varices de jambes ou d'hémorrhoïdes.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1925)

Transformation de la dentine en émail dans la dent adulte. — M. RETTERER. L'auteur rapporte avoir vu chez l'écureuil une disposition anatomique montrant nettement que l'émail se forme indépendamment de l'organe dit de l'émail. La racine de la dent, recouverte d'émail chez ces rongeurs est séparée de l'organe dit de l'émail par une couche de ciment.

Correction esthétique sans cicatrice extérieure des nez courbes. Projection des résultats. — M. BOURGUET. L'auteur montre les résultats remarquables obtenus en modifiant le squelette nasal en passant par les fosses nasales pour éviter les cicatrices extérieures.

Anesthésie du nerf maxillaire supérieur par le canal palatin postérieur. — M. VILENSKI indique une nouvelle méthode d'anesthésie régionale simple et sans danger qui mérite de prendre rang non seulement dans la technique maxillo-faciale où elle peut remplacer la voie transcutanée mais même dans la pratique dentaire courante.

LIVRES NOUVEAUX

Éléments de microbiologie générale et d'immunologie. *Morphologie et physiologie des microbes. Pathologie générale des infections microbiennes* (1), par M. NICOLLE, professeur à l'Institut Pasteur. Deuxième édition, revue et augmentée, par A. BOQUET, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

Ce livre, substance de son cours à l'Institut Pasteur, a été composé par M. Nicolle à l'intention des médecins, vétérinaires et pharmaciens.

La première édition fut rapidement épuisée. Mais le labeur énorme consacré à la recherche et à la formation d'un grand nombre d'élèves, dont beaucoup sont aujourd'hui des savants, puis la guerre et enfin la maladie ont empêché M. Nicolle de la renouveler. M. Boquet, élève et collaborateur du professeur Calmette, a bien voulu entreprendre cette difficile besogne.

Cette deuxième édition des *Eléments de microbiologie générale et d'immunologie*, mise au courant de toutes les découvertes récentes, n'a point d'analogue dans la littérature médicale française. Conçue dans un esprit très général, elle est divisée en trois parties : *Morphologie, Physiologie, Actions pathogènes des microbes.* Elle initie le lecteur aux propriétés essentielles des germes saprophytes et pathogènes, à leurs effets sur les milieux inertes et sur les êtres vivants, aux réactions organiques qu'ils provoquent, dont le terme est l'immunité, enfin aux moyens de combattre les infections, c'est-à-dire à la thérapeutique spécifique. L. G.

Guide pratique d'analyses médicales par des méthodes simples et rapides. Prélèvements. Technique. Résultats. Interprétation (2), par Ed. MOREAU, chef de laboratoire à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, docteur en pharmacie.

Ce livre, qui ne fait pas double emploi avec les traités de chimie biologique, d'urologie, de bactériologie, renferme tout ce qui se présente couramment en analyse, ainsi qu'un certain nombre de réactions nouvelles d'application pratique.

Les techniques, choisies parmi les plus rapides et exactes à la fois, sont d'exécution facile et cela sans organisation spéciale, avec un matériel extrêmement réduit, peu coûteux, facile à improviser dans bien des cas et un nombre limité de réactifs aisés à préparer.

A ceux qui ne possèdent ni microscope, ni centrifugeuse, ni étuves, l'auteur indique d'une façon simple le moyen de faire certains premiers examens importants et urgents, pour compléter ou pour confirmer un diagnostic.

La façon de faire le prélèvement, première condition pour l'obtention de résultats exacts, est rappelée.

La marche de l'analyse pour éviter les pertes de temps est notée et les constatations faites en cas de résultats positifs ou négatifs dans les cas normaux ou pathologiques fait suite aux techniques indiquées.

Sont ainsi traitées dans ce précis les recherches essentielles à effectuer sur le pus, les infections mycosiques, les crachats, le sang, le liquide céphalo-rachidien, les épanchements des séreuses, le sperme, le liquide gastrique, les matières fécales, les urines, l'eau. L. G.

(1) Un volume in-8 de 360 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Un volume in-8 écu avec 188 pages et 50 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Vigot frères

La Circulation sanguine périphérique et ses troubles (1), par le docteur A. Dumas, médecin des hôpitaux de Lyon.

Les troubles de la circulation sanguine n'avaient donné lieu jusqu'ici à aucun travail clinique d'ensemble. L'appréciation de ces troubles était restée, depuis Marey, presque exclusivement du domaine de la physiologie. Pourtant, la clinique s'est enrichie d'appareils remarquablement précis, tels que les sphygmomanomètres et l'oscillomètre de Pachon, dont les indications peuvent servir à l'appréciation de la circulation sanguine. Comme d'autre part, ce qui importe en pratique c'est moins de connaître le degré de la tension sanguine et l'amplitude de la pulsation artérielle, que les conditions circulatoires liées à cet état tensionnel et à cette amplitude oscillatoire, l'auteur s'est efforcé de dégager des résultats fournis par ces divers appareils, les indications utiles concernant l'activité circulatoire générale et locale.

De ces recherches se dégagent des conclusions exposées dans toute une série de chapitres dont chacun forme un tout et présenté de la façon la plus claire.

Edité par la maison Doin avec un véritable luxe de présentation, ce livre se recommande par son caractère à la fois analytique et synthétique, qui le rend utile à l'étudiant aussi bien qu'au clinicien, au chercheur autant qu'au praticien.

L. G.

COURS ET CONFÉRENCES

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Leçons sur la diphtérie. (Hôpital des Enfants-Malades.) — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le jeudi 18 février 1926, à 10 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de M. Boulanger-Pilet, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire, et de M. Gournay, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, clinique de l'angine diphtérique et du croup, sérothérapie, tubage et trachéotomie, prophylaxie). Le cours sera complet en quinze jours.

Tous les matins : visite, examen des malades.

Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les Etudiants pourvus de 12 à 16 inscriptions et MM. les Docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), les lundis, mercredis et vendredis, de midi à 3 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze. MM. les Docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

— Clinique médicale des enfants. (Hôpital des Enfants-Malades.) — *Enseignement de vacances* (*Pâques 1926*). — Un cours de clinique médicale des enfants sera donné à l'hôpital des Enfants-Malades sous la direction du professeur Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé, avec le concours des docteurs Babonneix et Tixier, médecins des hôpitaux ; des docteurs Nadal, Paraf, René Mathieu et Janet, anciens chefs de clinique ; des docteurs Pichon et Boulanger-Pilet, chefs de clinique ; du docteur Duhem, chef du service de radiologie de l'hôpital des Enfants-Malades ; de MM. Bidot et Max Lévy, chefs du laboratoire de la Clinique.

Il portera sur les questions actuelles de pédiatrie.

Il commencera le mercredi 7 avril 1926 et sera terminé le samedi 17 avril. Il sera complet en 20 leçons.

Les leçons auront lieu à 10 heures et à 16 heures.

Un cours de revision et de perfectionnement sera donné, pendant les grandes vacances, du vendredi 23 juillet au jeudi 12 août 1926.

Sont admis à ce cours les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 150 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le docteur Charles Dujarier, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques.) — *Conférences de bactériologie clinique avec travaux pratiques.* — Le cours de bactériologie clinique (avec travaux pratiques), en seize leçons, par M. le docteur Georges Faroy, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire, assisté de M. Dubois-Roquebert, chef de laboratoire adjoint, commencera le lundi 22 février 1926, à 2 heures, et continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Ce cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le nombre des élèves admis comme auditeurs n'est pas limité. Trente élèves seront seuls admis aux manipulations.

Droit d'inscription : 250 francs.

(1) Un volume in-8 de 380 pages avec figures dans le texte et hors texte. — Prix : 40 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES ACCIDENTS SÉRIQUES (1)

III. **Accidents de réinjection.** — Pour qu'ils apparaissent il faut qu'il ait existé entre la première injection et la suivante un intervalle de douze jours au minimum. Dans leur essence, ils ont les mêmes caractères que les accidents de primo-injection, mais s'en différencient cependant par les caractères suivants : ils sont *plus fréquents, plus précoces, plus graves* et d'*évolution plus rapide*.

Savoir qu'ils peuvent survenir quatre à dix ans après la première injection ou au contraire presque immédiatement.

a. **Accidents locaux. Phénomène d'Arthus.** — Cette réaction locale apparaît presque aussitôt après la piqûre, augmente jusqu'à la douzième heure et commence à s'atténuer vers la trente-sixième heure.

Rougeur, douleur, gonflement en sont les signes habituels pouvant entraîner un certain degré d'impotence fonctionnelle. L'aspect local est parfois *pseudo-phlegmoneux*.

Le phénomène d'Arthus gangréneux est très exceptionnel (7 cas de Péhu et Durand avec gangrène cutanée).

b. **Généraux.** — 1. Choc peptonique retardé (peut être employé en thérapeutique).

2. Choc anaphylactique immédiat. — Il est très précoce (pendant l'injection même ou quelques heures plus tard). C'est une « réaction sérique du premier quart d'heure » (Péhu et Paul Durand).

Survenant surtout après injection intraveineuse ou rachidienne, c'est le tableau dramatique habituel du grand choc. Avec :

Troubles circulatoires (tachycardie, hypotension, hypothermie, syncope).

Troubles respiratoires (toux, dyspnée, expectoration séreuse).

Troubles digestifs (vomissements, diarrhée).

Sueurs profuses, agitation, exanthèmes rapides, troubles sanguins.

Tous ces phénomènes pouvant se grouper pour réaliser une forme *congestive* ou *syncopale*.

L'évolution se fait *très rapidement* :

Dans la règle : vers la guérison.

Très rarement : vers la mort.

c. **Forme sérotoxique.** — C'est le tableau de la maladie du sérum mais très accentué.

IV. **Accidents de sérothérapie intraveineuse.** — Les injections intraveineuses sont très dangereuses et responsables des cas de mort par grand choc anaphylactique au cours des réinjections.

Accidents de sérothérapie intrarachidienne. — L'injection intrarachidienne de sérum est pratiquée dans le tétanos,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 10, p. 156.

les méningites à pneumocoque, streptocoque. Mais c'est avant tout dans la *cérébrospinale* qu'elle est largement employée.

1° TANTÔT ACCIDENTS BANAUX. — Analogues à tous ceux déjà décrits, ils seraient surtout fréquents dans les réinjections tardives, d'où la bonne règle de pratiquer massivement la sérothérapie dans les dix premiers jours.

2° TANTÔT ACCIDENTS SPÉCIAUX : SYNDROME DE MÉNINGITE SÉRIQUE. — Intéressant, car la question peut se poser d'une rechute de la méningite, il se caractérise par l'apparition en pleine convalescence parfois, du syndrome méningé suivant : céphalée, Kernig, raideur de la nuque, troubles cardiaques et respiratoires.

S'il s'agit d'une réinjection, le tableau est plus dramatique : il y a agitation, délire ou adynamie, et la ponction lombaire ramène un liquide louche avec polynucléaires intacts et pas de microbes.

Parfois : véritable PHÉNOMÈNE D'ARTHUS MÉNINGÉ (Boidin) avec hémorragies méningées légères et mort possible.

3° Citons, enfin, dans la sérothérapie intrarachidienne la possibilité d'accidents chroniques avec atrophie musculaire et polynévrites (très rare).

DIAGNOSTIC

1. **Positif**. — Habituellement facile, car on connaît ou retrouve l'antécédent d'une injection sérique.

2. **Différentiel**. — *A*. **A cause des érythèmes**. — Il faut discuter la possibilité d'une rougeole, scarlatine, rubéole *véritables*, surajoutées par exemple chez un diphtérique ayant reçu du sérum. Mais les autres signes propres à chacune de ces injections font le diagnostic.

Savoir que les érythèmes ne sont pas forcément d'origine sérique, tels :

L'*érythème scarlatiniforme pur* chez les diphtériques (il relèverait, pour Marfan, de la toxine diphtérique ou du streptocoque).

L'*érythème purpurique* de la cérébro-spinale.

B. **A cause des arthralgies**. — Eliminer facilement :

Rhumatisme articulaire aigu.

Pseudo-rhumatismes infectieux au cours de la scarlatine ou de la diphtérie.

La coexistence des autres accidents fait le diagnostic.

Beaucoup plus délicat est le diagnostic du *pseudo-tétanos sérique* avec le tétanos vrai. Après injection de sérum chez un sujet porteur d'une plaie souillée de terre. L'apparition d'exanthème et l'extension des arthralgies permettent bientôt le diagnostic.

C. **A cause de l'énanthème**. — Chez un diphtérique traité par le sérum, éliminer :

Une reprise d'angine diphtérique.

Le croup.

La brusquerie d'apparition et la multiplicité des accidents font le diagnostic.

D. **A cause des réactions méningées sériques**. — Le diagnostic peut être très difficile avec un *retour offensif du méningocoque*.

Cependant le problème est capital : car il y a indication formelle de la sérothérapie en cas de méningite, contre-indication formelle en cas d'accident sérique.

Se baser sur :

La concomitance d'autres accidents.

La *ponction lombaire* surtout.

Dans les deux cas, liquide trouble, mais *méningocoques et polynucléaires altérés* en cas de méningite, *pas de microbes et polynucléaires intacts* en cas d'accident sérique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les constatations anatomo-pathologiques sont très rares, étant donnée la bénignité habituelle de ces accidents. Les autopsies pratiquées dans les cas mortels ont montré des lésions analogues à celles observées chez l'animal mort de choc anaphylactique.

Les viscères (surtout poumon et cerveau) sont congestionnés avec piqueté hémorragique macroscopique, dilatation et thromboses vasculaires microscopiques.

ÉTIOLOGIE

1° **Le sujet**. — Le rôle du *terrain* est manifeste dans l'éclosion des accidents. Ils seraient plus fréquents et marqués chez l'adulte et surviendraient plus facilement chez les urticariens, asthmatiques, eczémateux, insuffisants hépatiques. Les tuberculeux font souvent des accidents alarmants.

2° **Le sérum**. — C'est le sérum qui est la vraie cause.

Les sérums chauffés et vieillis (utilisés en France) seraient moins nocifs que les sérums allemands frais et non chauffés.

Les sérums antituberculeux, antitétanique, antipneumonique et antigangréneux provoqueraient plus souvent des accidents (où la gravité de l'infection traitée a peut-être sa part de responsabilité).

3° **La voie d'introduction**. — Grande influence. La voie *intraveineuse* est la plus redoutable, puis, par ordre décroissant, la voie intrarachidienne, musculaire, sous-cutanée. La voie rectale en est presque exempte. Noter que la sérothérapie pneumococcique par voie nasale chez l'enfant peut être suivie d'accidents.

4° **Les doses**. — Seraient sans influence.

Les doses massives d'emblée (plus fertiles peut-être en accidents) jugulent l'infection et évitent les réinjections tardives.

En cas de réinjection, ne jamais rester plus de dix jours sans réinjecter et savoir que les doses minimes sont aussi déchaînantes que les doses massives.

PATHOGENIE

Le sérum animal tire sa nocivité de ce fait qu'il représente une albumine *hétérogène* qui semble agir en troublant l'*équilibre colloïdal* des humeurs.

La pathogénie de ces accidents, fort discutée, semble être passée par deux phases successives :

1. Après les travaux de Charles Richet, on en fait une manifestation d'anaphylaxie.

2. Widal et son école montrent que ce choc anaphylactique n'est qu'une variété étiologique du *choc colloïdoclasique*, et ce lien pathogénique réalise actuellement un trait-d'union entre les manifestations cliniques si polymorphes des accidents sériques.

TRAITEMENT

A. **Prophylactique**. — 1. **Le sérum**. — Utiliser des sérums chauffés et vieillis.

Utiliser des sérums désalbuminés (sérum antidiphtérique désalbuminé de Ramon).

2. **Le malade**. — Dilution de l'injection si elle est intraveineuse.

Anti-anaphylaxie de Besredka en cas de réinjection.

Chlorure de calcium (2 à 4 grammes par la bouche pendant dix jours) après l'injection.

Injecter d'emblée des doses importantes : frapper vite et fort et continuer sans interruption de plus de dix jours entre deux injections.

B. **Curatif**. — Accidents aigus :

Adrénaline (parfois même rincure de seringue).

Tonicardiaques.

Eruptions : chlorure de calcium, poudres inertes, lotions calmantes.

Arthralgies : analgésiques, salicylate de soude.

En résumé. — Accidents cliniquement très polymorphes et, dans la règle, *sans gravité*. « Ce sont plutôt des incidents que des accidents » (Jousset). L'usage des sérums désalbuminés, l'emploi du chlorure de calcium, de l'adrénaline surtout, permettront de les prévenir ou de les atténuer, et jamais les accidents ne devront entrer en ligne de compte quand il s'agit de discuter la sérothérapie dont les bienfaits sont innombrables.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ramond (Louis), qui accepte; Crouzon, Sainton, Weill-Hallé, Israël de Jong, Lemierre, Comte, Trémolières, Richardière, Parmentier, Courcoux, Lemaire, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Chabrol, Huber, Hutinel, Léchelle, qui acceptent; Rouillard, Heuyer, Stévenin, Duvoir, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat (Sainte-Périne et Hendaye). — Candidats : MM. Goldberg, Sallé, Boureau, Lafaille, Salavert, Lelourdy, Roy, Mlle Chemin, MM. Lecocoumier, Delaporte, Deliencourt, Huly, Vendel, Peytavin, Mlle Berger, MM. Paris, Briault, Casaubon, Séguinot, Petit.

Séance du 8 février. — Questions données. — Anatomie : « Creux de l'aisselle. — Pathologie : « Formes cliniques de la méningite tuberculeuse. »

Lecture des copies. — Séance du 9 février. — MM. Goldberg, 25; Sallé, 23; Boureau, 19; Lafaille, 26; Salavert, 23; Lelourdy, 22; Roy, 21.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Giraud, Forton et Siméon.

— Lyon. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Desjacques et Dechaume (Michel), internes des hôpitaux.

MARINE. — Ont été promus :
Au grade de médecin principal. — M. Adrien.
Au grade de médecin de 1re classe. — M. Condé.

MÉRITE AGRICOLE. — Sont nommés :
Au grade d'officier. — M. Cabannes (à Montpellier).
Au grade de chevalier. — M. Ferré (à Paris).

VICTIME DU DEVOIR PROFESSIONNEL. — M. Mourier, directeur de l'Assistance publique s'est rendu mardi à l'hôpital Saint-Louis pour remettre la médaille d'argent de l'Assistance publique à M. Bourdon, radiographe, amputé de la main droite et de trois doigts de la main gauche.

LA CÉRÉMONIE DU 8 FÉVRIER 1926 AU VAL-DE-GRACE. — Le 8 février, à 10 heures du matin, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire du Val-de-Grâce, a eu lieu la remise d'une plaque de bronze par le général Ostornol, directeur du Service de santé de l'armée chilienne, sur le monument élevé à la mémoire des infirmiers et brancardiers tués à l'ennemi, monument du sculpteur Broquet élevé dans une des cours du Val-de-Grâce.

M. le général Ostornol, accompagné de M. le Ministre du Chili, a été reçu par M. le médecin inspecteur Savornin, directeur du Service de santé représentant le Ministre de la Guerre, par M. le médecin inspecteur général Fournial, directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, par M. le médecin inspecteur Dopter, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce.

Devant le monument étaient groupés les délégations des officiers du ministère de la Guerre (7e direction), de la Direction du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, du Val-de-Grâce, les délégations des médecins stagiaires, des élèves de l'Ecole de Lyon et des infirmières, ainsi qu'un détachement d'infirmiers et de brancardiers.

M. le général Ostornol a adressé aux morts du Service de santé français l'hommage d'admiration du Service de santé chilien et déposé au pied du monument la plaque de bronze coulée avec le bronze des canons de la guerre de l'Indépendance chilienne.

M. le médecin inspecteur Savornin a remercié, en termes émus, au nom du Service de santé français.

Un détachement du 23e régiment colonial et la musique du 31e régiment d'infanterie rendaient les honneurs.

LE CENTENAIRE DE LA CHAMBRE SYNDICALE DES PHARMACIENS. — M. Durafour, ministre du Travail et de l'Hygiène, a présidé le banquet par lequel la chambre syndicale des Pharmaciens de la Seine vient de fêter le centième anniversaire de sa fondation. Cinq cents convives environ assistaient à cette réunion. Des discours furent prononcés par MM. Léger, président de la Chambre syndicale; Jouve, président de l'Association amicale des étudiants en Pharmacie; Barthet, président de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France; Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques; le président du syndicat des médecins de la Seine; M. Radais, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris, et enfin le ministre de l'Hygiène.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN. — La Société vient d'élire son bureau pour 1926. Notre collègue et ami le docteur Maurice Faure (de Nice) a été élu président.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Poupon (de Paris), Charles Sainz (de Cholet), Enrico Leoni (de Milan).

ASILE CLINIQUE (1, rue Cabanis). — CONFÉRENCES SUR LA PSYCHANALYSE. — La prochaine conférence sera faite par le docteur H. Codet sur « l'Interprétation psychanalytique des névroses », le dimanche 14 février, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique.

Camillo GOLGI

Associé étranger (1843-1926) de l'Académie de médecine.

Par Auguste PETTIT (1).

Il y a plus d'un demi-siècle, Bizzozzero étant en quête d'un assistant pour son service de l'Université de Pavie, Lombroso présenta, à son collègue, un jeune médecin et le lui recommanda en ces termes : « C'est un très bon garçon, mais il a une tête dure et des idées... ».

Ces idées... lui valurent une chaire magistrale, le prix Nobel, le titre d'académicien dans la plupart des pays, et, l'an dernier, la Faculté de médecine de Paris lui décernait le titre de *Doctor honoris causa*.

C'était, aussi, le doyen de nos associés étrangers et un des plus anciens membres honoraires de la Société de biologie.

Camille Golgi naquit, à Corteno, près de Brescia, le 9 juillet 1843; il fut reçu docteur en médecine par l'Université de Pavie à l'âge de vingt-deux ans; fils de ses œuvres, il passa successivement par les fonctions d'assistant de clinique chirurgicale, de clinique dermo-syphilitique et de clinique psychiâtrique; puis, il obtint, au concours, la chaire d'anatomie de la Faculté de Turin; mais, Pavie le rappela bientôt et créa à son intention une chaire d'histologie qu'il n'occupa que trois ans, car, à la mort de Bizzozzero, il permuta pour la chaire de pathologie. Désormais, l'ancien élève de la Faculté de médecine de Pavie ne quittera plus l'alma mater.

Atteint par la limite d'âge, il abandonnera la chaire magistrale mais point l'Institut de pathologie générale et d'histologie générale où, pendant un demi-siècle, il poursuivra sans interruption les travaux qui l'ont illustré : « De toutes les parties du monde, écrit, un de ses plus chers élèves, le docteur Pettinari, étudiants, médecins et professeurs, viendront à son laboratoire pour apprendre le secret de la réaction noire qui nous a permis de lire une des pages les plus intéressantes du système de la vie. Tous, en partant, emporteront avec eux le souvenir ineffaçable de son sourire aimable, de sa parole modeste et profonde, la commotion inexprimable qui jaillit de notre cœur pensif, comme un sentiment religieux, devant ce dévouement enthousiaste et complet à un des plus grands idéals qui ont souri à l'humanité ».

Dans le domaine de l'histologie du système nerveux, on doit, à Golgi, tout d'abord, une technique mise en œuvre actuellement, dans tous les laboratoires du globe, et essentiellement basée sur la précipitation chimique de l'argent.

Dès son apparition, cette méthode a été accueillie avec une faveur extrême et, malgré son âge vénerable (un demi-siècle), son champ d'application s'étend sans cesse : elle a été appliquée successivement à la coloration des éléments histologiques les plus divers et de nombreux microorganismes.

En ce qui concerne les éléments nerveux, elle présente l'avantage précieux de mettre, en évidence, avec netteté les rapports des cellules nerveuses avec leurs prolongements et les connexions de ces dernières entre elles, Golgi et ses innombrables émules ont pu ainsi établir les connexions des éléments nerveux et des différentes parties du névraxe. L'œuvre de Ramon y Cajal, elle-même est basée sur des méthodes nouvelles, qui dérivent du principe de technique découvert par le maître de Pavie.

D'autre part, Camille Golgi a révélé dans la cellule nerveuse une complexité de structure insoupçonnée jusqu'alors (appareil rétriculaire endocellulaire, fibrilles intracytoplasmiques, enveloppe neurokératinique); il a étudié fructueusement la structure des muscles volontaires, les organes nerveux musculaires tendineux, la constitution des tubes urinaires et des glandes stomacales; il a attaché son nom aux entonnoirs cornés et aux corpuscules muscolo-tendineux.

La largeur de vues, qui vivifiait les travaux de Golgi, l'empêcha de se cantonner dans un domaine restreint et il trouva un complément naturel à ses recherches d'histologie normale dans la pathologie. Là encore, on lui doit des constatations importantes relativement aux lésions de la moelle osseuse dans la variole, à la dégénérescence des cellules nerveuses, à l'altération des centres nerveux dans la rage, à la régénération de l'épithélium rénal dans les néphrites, à l'origine des psammomes, etc.

L'importance des doctrines pastoriennes n'échappa pas à Golgi et, dès 1885, il s'attacha à l'étude de l'hématozoaire de Laveran. Dans ce nouveau champ d'investigation, on s'était surtout attaché, jusqu'alors, à constater la présence du parasite; Golgi aborde la question en biologiste : il indique la place que ce microorganisme doit occuper dans la taxinomie animale; il suit son évolution dans l'organisme humain et détermine les rapports qui existent entre le développement de l'hématozoaire et la crise palustre. La fièvre apparaît lorsque les parasites, ayant terminé leur cycle intraglobulaire, deviennent libres dans le sang et s'y multiplient : la cause de l'intermittence de la fièvre était ainsi élucidée.

De plus, il distingua deux espèces d'hématozoaires, l'un pour la tierce, l'autre pour la quarte; cette conception, longtemps contestée, rallie progressivement des suffrages de plus en plus nombreux.

Lorsque en 1915, l'Italie se rangea à nos côtés, Golgi comptait soixante-douze ans; notre illustre collègue n'hésita pas à interrompre ses études biologiques : il créa le premier centre neurologique pour les blessés de guerre et dirigea cette formation jusqu'à la cessation des hostilités.

Au cours de sa longue et féconde carrière, Camille Golgi a fait preuve, tour à tour, des plus hautes vertus scientifiques et sociales.

Douloureusement frappée par cette mort, l'Académie salue très respectueusement la mémoire du savant, du médecin et du patriote dont l'Italie s'enorgueillit si légitimement et que l'humanité revendique comme un de ses meilleurs serviteurs.

(1) Notice lue à l'Académie de médecine, le 9 février 1926.

REVUE GÉNÉRALE

LA NÉVRITE OPTIQUE RÉTROBULBAIRE AIGUE ET UNILATÉRALE

Par le docteur ÉMILE JUNÈS,
Oculiste municipal à Sfax (Tunisie).

La névrite rétrobulbaire aiguë et unilatérale retient, depuis environ trois ans, l'attention passionnée d'un certain nombre de spécialités médicales. Si, en effet, son étude clinique paraît actuellement établie d'une façon suffisamment précise, cette question reste, par certains autres côtés, par son anatomie pathologique, sa pathogénie et, tout particulièrement, par son étiologie, l'une des plus obscures de l'étude du nerf optique. Aussi bien, est-ce surtout à ce dernier point de vue que les sociétés et les revues spéciales d'ophtalmologie, de rhinologie, de neurologie et même celles d'odontologie continuent à servir de tribunes où partisans et adversaires de telle ou telle théorie proclament des arguments qui sont loin d'être encore décisifs.

I

DÉFINITIONS

Depuis A. de Graefe (1866), le terme de *névrite rétrobulbaire* est réservé à tout état de souffrance du nerf optique, intéressant son long segment postérieur allant du chiasma au point de pénétration des vaisseaux centraux (sa courte portion antérieure, localisée entre ce dernier point et le bulbe, portant le nom de « juxtabulbaire »). Fromaget proteste contre une pareille dénomination, vraie « la palissade » et qui ne situe rien, puisque le nerf tout entier, de par sa position, est, en réalité, rétrobulbaire. Néanmoins le terme a prévalu et nous devons le conserver, tout en lui accordant la signification topographique pour laquelle il a été créé. Celui de *névrite axiale*, moins employé en France, a cours en Allemagne depuis Wilbrand (1878); il paraît plus logique, mais, s'il répond parfaitement aux principaux caractères cliniques de cette affection, il ne semble pas être toujours bien en rapport avec la véritable distribution des lésions qui lui donnent naissance.

On distingue deux grands groupes de névrites rétrobulbaires :

1° Les névrites rétrobulbaires *chroniques*, les plus fréquentes, toujours bilatérales et à développement symétrique; leur origine est pour ainsi dire exclusivement toxique et le type en est l'amblyopie nicotino-alcoolique.

2° Les névrites rétrobulbaires *aiguës*, dont l'origine doit être recherchée, le plus souvent, dans une infection, d'où la dénomination d'*infectieuses* qui leur a été donnée depuis Parinaud (1896). Ces névrites aiguës représentent, d'après la statistique de Wetz, 35 à 40 p. 100 des cas de névrite rétrobulbaire et 12 à 13 p. 100 des cas de névrite optique en général. Elles se divisent elles-mêmes en deux groupes. Elles peuvent être *bilatérales* d'emblée : c'est le cas de beaucoup le plus rare; elles coïncident alors, habituellement, avec une infection générale ou locale plutôt sévère (telle, par exemple, la névrite rétrobulbaire double observée par Guillain au cours d'un état méningé). Elles peuvent surtout être *unilatérales*, Ce dernier groupe, le seul qui nous intéresse ici, donne lieu à un tableau clinique très particulier, bien mis en lumière depuis les toutes premières descriptions qui en ont été faites et qui remontent à de Graefe lui-même.

II

SYMPTOMATOLOGIE

Mode de début. — Le début de la névrite rétrobulbaire aiguë et unilatérale est brusque ou rapide. Il se fait *habituellement au milieu d'une bonne santé apparente*, c'est-à-dire qu'il ne s'accompagne pas de troubles de l'état général, même pas de fièvre. Ce n'est que dans quelques rares observations que l'on a signalé des prodromes consistant en frissons et une plus ou moins forte élévation de température (Deutschmann). Ce qui domine la scène dès le début, ce sont, occupant l'un des deux yeux, des phénomènes fonctionnels : douleurs et troubles de la vision.

Unilatéralité de l'affection. — L'affection est, *en règle absolue*, unilatérale. C'est là, pour elle, un caractère de très haute valeur et qui a été déjà remarqué par les premiers auteurs qui l'ont décrite. Il peut donc paraître étonnant qu'un observateur comme de Wecker ait cru devoir assigner à toutes les névrites rétrobulbaires aiguës un caractère presque constamment bilatéral. Il faut, en effet, s'entendre ici sur la valeur des termes employés. Dans les névrites rétrobulbaires aiguës, il arrive assez souvent que l'affection débute par un seul œil, mais que, quelque temps après, le second œil se prenne à son tour. On ne dira pas, cependant, en pareil cas, que l'affection est bilatérale. Cette dénomination doit être réservée aux névrites rétrobulbaires chroniques et à de rares cas de névrites rétrobulbaires aiguës, où les deux yeux sont, dès le début, touchés simultanément par le processus pathologique et évoluent ensuite de concert, d'une façon plus ou moins symétrique et, en apparence, dans une étroite dépendance l'un de l'autre. Par contre, l'épithète d'unilatérale sera maintenue pour les cas plus haut signalés; elle signifie, ainsi que Lenoir l'a bien fait observer, que le second œil n'est frappé par la maladie qu'après un plus ou moins grand intervalle à la manière d'une véritable rechute, évoluant, alors, sous l'influence de la cause, pour son propre compte, d'une façon nettement indépendante.

Troubles fonctionnels. — Sensations douloureuses. — Elles sont les premières en date, précédant ordinairement les troubles visuels et s'amendant, le plus souvent, dès que ces derniers sont complètement constitués. Parfois violentes et empêchant le sommeil, parfois réduites à une simple sensation de pesanteur, elles sont d'habitude assez pénibles, sourdes et contusives. Elles siègent uniquement du côté atteint, occupant, au dire du malade, soit le globe lui-même, soit plutôt la région orbitaire profonde. Elles peuvent se généraliser, sous forme de céphalée, à la moitié correspondante de la tête, avec prédominance du côté frontal ou du côté occipital.

Ces douleurs ont, comme caractère important, d'être provoquées et augmentées par le refoulement en masse du globe en arrière, exercé à travers la

paupière supérieure fermée. Elles sont aussi exacerbées pendant les mouvements de l'œil, surtout lorsque celui-ci atteint les positions extrêmes, verticales, horizontales ou obliques. Dans quelques cas, les douleurs provoquées sont si violentes que l'œil reste immobile, comme figé (von Kries). D'après Hock, « ces phénomènes seraient dus à l'inflammation des gaînes du nerf et l'on pourrait, d'après le sens du déplacement qui les fait apparaître avec le plus d'intensité, déterminer le côté où les lésions existent au maximum ».

Ajoutons que l'on observe parfois de la sensibilité à la pression au point d'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires.

Troubles visuels. — 1° Certains auteurs signalent, comme prodromes, des étincelles, des « photopsies » (Hutchinson).

Mais le symptôme le plus important, car d'apparence le plus grave, celui qui inquiète vivement le malade, c'est la *diminution de la vision* dans l'œil atteint, pouvant aboutir, en un laps de temps qui varie entre quelques heures et quelques jours, à la perte presque absolue de la sensation lumineuse. Elle est souvent précédée par une sensation de voile qui recouvre tous les objets (Fleischer, Jocqs). Une fois constituée, cette « amblyopie » présente comme caractère de ne pas être tout à fait fixe (Gunn); elle augmente par la fatigue visuelle, les examens répétés, l'exposition à une forte lumière et même par la faim; elle s'améliore légèrement par le repos de l'œil et par son maintien à l'obscurité (nyctalopie); dans une de nos observations, le sujet éprouvait une meilleure impression lumineuse le matin, grâce, certainement, au long repos de la nuit.

2° Si l'on place le sujet devant les optotypes et si l'on cherche à déterminer l'*acuité visuelle* de l'œil touché, on constate que, bien souvent, elle est tombée jusqu'à 1 p. 100 et même moins, le sujet pouvant, dans certains cas, à peine compter les doigts à courte distance. Gunn a remarqué qu'à la lecture des optotypes, ceux-ci semblent parfois se mouvoir, ce qui, d'après lui, serait dû à « l'activité alternante des fibres épuisées ».

La recherche de l'*adaptation à l'obscurité* peut, parfois, être précieuse. Pour Behr, dans toutes les névrites optiques d'origine inflammatoire, cette adaptation serait fortement abaissée et constituerait une manifestation très précoce, pouvant apparaître avant tout autre trouble fonctionnel. Il va de soi que, dans les conditions cliniques habituelles, on ne pourra bien observer ce symptôme que s'il y a encore conservation d'un certain degré de vision.

3° L'*examen périmétrique* du champ visuel fournit des renseignements extrêmement importants et qu'il est généralement facile d'obtenir avec les moyens techniques les plus courants. En effet, le symptôme capital, fondamental, presque pathognomonique, de toute névrite rétrobulbaire, est le *scotome central*, si bien que « scotome central et névrite rétrobulbaire peuvent être considérés, dans certaines circonstances. comme des termes synonymes » (Dufour et Gonin). Ce scotome central, dans les cas les plus habituels de la forme aiguë, se présente avec des caractères spéciaux. En premier lieu, c'est un scotome « géant » (R. Greeff), son élargissement dépassant de beaucoup les dimensions que l'on observe communément dans les formes chroniques ou toxiques : il mesure facilement 25 à 30 degrés, parfois 40 degrés, et peut même approcher de fort près les limites extrêmes du champ visuel. Dans les cas typiques, celles-ci ne sont cependant jamais atteintes et le périmètre indique toujours, autour du scotome, la persistance d'une zone circulaire de perception périphérique. « Il n'y a jamais d'amaurose absolue, disait Samelsohn; lorsque tout sens visuel paraît aboli, on peut encore, par l'action d'une source de lumière faible et de peu d'étendue, provoquer une impression lumineuse à la périphérie de la rétine. » En deuxième lieu, quelle que soit l'étendue de la zone insensible, le scotome prend toujours naissance au centre même du champ visuel (voir, à ce propos, au chapitre de l'étiologie, le signe de van der Hoeve); c'est à partir de ce centre qu'il va en s'élargissant, pour acquérir, plus ou moins rapidement, les dimensions extrêmes auxquelles il se maintient ensuite pendant un temps variable. Enfin, ce scotome est en grande partie absolu, c'est-à-dire que l'insensibilité y existe aussi bien pour le blanc que pour les couleurs; ce n'est que dans ses parties tout à fait périphériques qu'il présente une zone de transition, dite zone de scotome relatif, où la sensibilité pour le blanc est conservée, mais où la sensibilité chromatique est plus ou moins fortement déficiente.

Signes objectifs. — 1° En opposition avec ce trouble considérable de la vision, contraste remarquable et qui est encore un des caractères les plus typiques de l'affection, il n'existe, en règle générale, aucune modification objective du *fond de l'œil* : la papille, la macula et le reste de la rétine sont d'apparence normale. Comme nous le verrons plus loin, les altérations de la papille peuvent toutefois apparaître dans certains cas, mais seulement dans les formes dites atypiques et quelquefois à une époque tardive des formes typiques.

2° *Extérieurement*, le globe oculaire n'offre rien d'anormal; il n'y a ni rougeur de l'œil, ni gonflement des paupières. Les observations de von Kries et de Muller, où existait une protrusion du globe, avec ou sans chémosis et tuméfaction palpébrale, doivent être regardées comme exceptionnelles.

3° Quant à la *pupille*, elle présente, lorsque le scotome est de grandes dimensions, de la mydriase (mise en évidence, dans les cas légers, par l'épreuve des collyres de Coppez) et un affaiblissement du réflexe photo-moteur direct. Le réflexe consensuel est toujours intact. Dans les formes accentuées, la réaction de Tournay (dilatation de la pupille dans l'abduction extrême du globe) est diminuée du côté atteint.

Formes symptomatiques. — On peut les classer en formes typiques et en formes atypiques.

Formes typiques. — Nous venons de les décrire. Elles présentent elles-mêmes un certain nombre de variétés.

1° Les unes résultent du degré d'intensité du processus. C'est ainsi qu'à côté des *cas intenses* les plus habituels, caractérisés par un scotome géant et absolu et par une amaurose à peu près complète, en existent d'autres plus *atténués,* où la diminution de la vision est moins considérable, l'acuité mieux conservée (ne descendant pas, par exemple, au dessous de 4/10), le scotome de faible étendue et, soit absolu, soit simplement relatif.

2° Les autres résultent de la rapidité avec laquelle s'installe le processus. Si, dans la plupart des cas, la baisse maximum de la vision est atteinte en quelques jours (*formes aiguës*), dans quelques autres, elle peut s'établir en quelques heures seulement (*formes suraiguës ou foudroyantes*).

Formes atypiques. — Plus rares que les précédentes, ce sont des formes « accompagnées », c'est-à-dire dans lesquelles un certain nombre de symptômes supplémentaires attestent que le processus causal a touché simultanément d'autres points du nerf optique (portion juxtabulbaire ou juxtachiasmatique). Ce sont donc des formes mixtes et dont l'étiologie, par conséquent, peut ne pas toujours cadrer avec celle, très particulière, des formes pures ou typiques. Pour cette même raison, leur pronostic visuel est habituellement moins favorable que celui de ces dernières. Nous les distinguerons en deux groupes.

1° FORMES ATYPIQUES DE G. WEILL. — Elles existent dans environ un quart des cas. Elles sont caractérisées par ce fait que les lésions qui atteignent principalement la portion rétrobulbaire du nerf, fusent en partie dans sa portion juxtabulbaire. On constate alors des symptômes surajoutés de névropapillite, généralement peu accusés. Ce sont : *a.* A l'examen périmétrique, un certain degré de rétrécissement du champ visuel. Le plus souvent, entre ce rétrécissement et le scotome central, persiste un anneau plus ou moins étroit à sensibilité lumineuse conservée; mais les deux zones peuvent se confondre et donner lieu à une amblyopie totale; *b.* A l'examen ophtalmoscopique, un certain degré de papillite : hyperhémie du disque, halo péri-papillaire, modifications du calibre des vaisseaux.

Dans l'étiologie de ces formes, G. Weill a relevé, non seulement de la sinusite et de la sclérose en plaques, comme dans les formes typiques, mais aussi, dans le tiers des cas, une tumeur cérébrale.

2° FORMES ATYPIQUES DE ROENNE. — Dans ces formes peu communes et encore mal connues, révélées pour la première fois par Roenne en 1915, il y a souvent coïncidence, avec le scotome central, d'un scotome hémianopsique, habituellement temporal. Ce qu'il y a, en outre, de caractéristique, c'est que l'un de ces scotomes peut succéder à l'autre et que le scotome périphérique peut se déplacer à la surface du champ visuel : par exemple, être d'abord franchement temporal, puis devenir inférieur (*scotome itinérant*). Il n'est pas exceptionnel aussi que les signes ophtalmoscopiques d'une papillite viennent se superposer, tôt ou tard, aux symptômes fonctionnels de la névrite rétrobulbaire. Il s'agirait, dans certains de ces cas, d'une névrite à lésions situées, en partie, très en arrière, « sans doute immédiatement en avant de l'angle du chiasma ».

III

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC.

Evolution générale. — Elle présente schématiquement trois périodes.

1° Une **période de début**. Sa durée est de quelques heures à quelques jours (3, 4 ou 5) et est déterminée par le temps que met le trouble visuel pour parvenir à son maximum d'intensité. C'est pendant cette période que les phénomènes douloureux sont habituellement le plus marqués.

2° Une **période d'état**, pendant laquelle le trouble visuel reste stationnaire. Sa durée moyenne est de deux semaines, mais elle peut varier de quelques jours à trois ou quatre semaines.

3° Une **période de déclin**. C'est la plus longue des trois. Elle dure de une semaine à trois mois, mais peut atteindre, exceptionnellement il est vrai, six à huit mois. Pendant cette période, le trouble visuel s'amende progressivement; l'acuité remonte vers la normale; le scotome central se rétrécit de plus en plus, nécessitant, à un moment donné, pour être retrouvé, le stéréoscope et les cartons de Haitz, et, enfin, d'absolu devient relatif. En compulsant les diverses observations, on constate qu'il n'y a rien de bien régulier dans la *réapparition des couleurs*. Tantôt, leur ordre de retour se fait de la manière classique : bleu, rouge, puis vert. Tantôt, c'est le rouge qui réapparaît le premier (Lenoir et Beaujeu). Mais, dans tous les cas, le vert est la couleur qui revient la dernière, étant la plus sensible (Dufour et Gonin). Le scotome de la névrite rétrobulbaire aiguë offre donc, au point de vue chromatique, une certaine différence avec celui des formes chroniques, puisque, dans ces dernières, le rouge et le vert sont souvent les seuls et toujours les plus touchés, et que la réapparition du rouge précède, en règle, celle du vert. C'est de cette façon qu'il faut interpréter, en partie, cette phrase de Parinaud : « Le scotome central de la névrite rétrobulbaire infectieuse est aisé à distinguer de celui des alcooliques, en ce qu'il n'intéresse pas les couleurs de la même manière ».

Modes de terminaison et pronostic visuel. — Le pronostic visuel est le seul qu'il y ait à considérer ici, car l'état général se trouve toujours, au moins d'une façon immédiate, hors de cause. Trois éventualités sont à envisager.

1° **Le retour à la normale peut être complet.** — C'est l'éventualité la plus commune. Presque tous les observateurs, depuis de Graefe, ont noté cette « restitutio ad integrum » qui peut suivre un état de choses en apparence très grave, et ont successivement confirmé la tendance naturelle de cette affection à évoluer vers la guérison. Pour ne citer que les travaux les plus récents, pareille guérison spontanée a été signalée par G. Weill 17 fois sur 34, par Chaillous 4 fois sur 4, par Lenoir et Beaujeu 15 fois sur 17. C'est là un fait des plus importants et qui a *souvent fait croire à l'efficacité de telle ou telle thérapeutique* (Morax). Il est intéressant de noter aussi, avec Lenoir et Beaujeu, que, plus le début est aigu, plus la guérison se fait d'une manière rapide et certaine.

2° **Le retour à la normale peut être incomplet.** — D'après les observations publiées, on peut se rendre compte qu'il en est généralement ainsi lorsque la période de déclin se fait attendre et qu'*après une quinzaine de jours*, aucune amélioration ne s'est encore produite dans l'état de la vision. On comprend, en effet, que si le processus anatomo-pathologique dépasse une certaine durée, la fibre nerveuse, d'abord troublée fonctionnellement, peut se trouver atteinte dans son intégrité anatomique. Dans ces cas, l'acuité visuelle remonte, mais jusqu'à un certain degré qui ne sera plus dépassé, ce qui fait que

la vision des fins objets reste définitivement compromise ; le scotome, qui s'est plus ou moins réduit, persiste indéfiniment, soit sous la forme absolue soit, plutôt, sous la forme relative, avec perte totale ou partielle des couleurs. Enfin, signature de la lésion irrémédiable des fibres nerveuses axiales, apparaît l'*atrophie papillaire*.

Celle-ci présente un certain nombre de particularités. Elle est partielle et occupe seulement la portion temporale du disque. A ce niveau, le disque est décoloré, contrastant, par sa pâleur, avec l'aspect rosé du reste de sa surface ; ses bords conservent toute leur netteté; en outre, les vaisseaux ne sont pas modifiés. Il ne faut pas confondre cette forme d'atrophie avec certaines apparences normales de la papille où existe précisément une décoloration très marquée de la région temporale (R. Greeff). On sera fixé en comparant attentivement la papille des deux côtés et en pratiquant l'examen périmétrique : l'atrophie vraie n'existe que d'un seul côté et s'accompagne toujours d'un scotome central. On ne la confondra pas non plus avec celle qui succède à la neuro-papillite ; dans cette dernière, la décoloration du disque est généralement totale, ses bords sont flous et les vaisseaux, en particulier les veines, présentent de légères modifications ; d'autre part, l'examen périmétrique peut révéler l'existence d'un rétrécissement périphérique. Ajoutons que, dans les formes atypiques, où l'évolution se fait d'une manière pour ainsi dire constamment défavorable, l'apparition de l'une ou l'autre de ces deux formes d'atrophie est des plus communes.

3° Enfin, la période d'état une fois établie, le **statu quo** peut persister indéfiniment. Ces cas, excessivement graves, sont heureusement rares. On craindra pareille éventualité lorsque, *après un mois*, les troubles visuels se maintiennent encore avec leur même intensité (Morax).

IV

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

C'est ici un chapitre d'attente. On ne sait, en réalité, pour ainsi dire rien sur les lésions qui se déclarent au cours des névrites rétrobulbaires aiguës. Il faut, en effet, tenir compte, en ce qui les concerne, non seulement de la nature et de la bénignité, tout au moins immédiate, des causes qui les produisent — et, par suite, de l'absence d'autopsies ou d'énucléations *in vivo* — mais aussi de l'absence de recherches expérimentales. C'est pourquoi est-on obligé de s'en tenir à des hypothèses et à des analogies qui, par la force des choses, manquent, comme le dit Villard, de consistance et de précison.

I. La notion qui paraît le mieux établie, depuis A. de Graefe, concerne le *siège de ces lésions sur le segment postérieur du nerf optique*, entre le chiasma et le point de pénétration des vaisseaux centraux. Comme on le sait, la participation de ces vaisseaux au processus produit constamment des signes ophtalmoscopiques caractéristiques d'une atteinte de la portion juxtabulbaire du nerf. L'absence de ces signes, au cours d'une névrite optique diagnostiquée cliniquement, indiquera donc que cette portion juxtabulbaire est respectée et par exclusion que les désordres siègent plus en arrière, sans que l'on puisse, le plus souvent, bien définir leur siège exact, orbitaire, canaliculaire, sous-arachnoïdien ou préchiasmatique.

II. La localisation même des lésions sur les différents éléments constitutifs du nerf a soulevé plusieurs hypothèses, parmi lesquelles nous citerons les trois suivantes.

1° Le processus infectieux frappe primitivement les gaînes du nerf, donnant ainsi lieu à une *méningite optique* aiguë, laquelle, par propagation de proche en proche, peut ensuite provoquer une périnévrite ou une névrite diffuse. Cette hypothèse a été surtout invoquée dans les cas de syphilis ou de sinusite.

2° L'infection produit primitivement une *névrite interstitielle* aiguë, c'est-à-dire une inflammation de la charpente conjonctivale, névroglique et vasculaire qui entoure les fibres nerveuses dans l'intimité même du nerf et leur sert de soutien. C'est de la sorte qu'agirait la sclérose en plaques.

3° Il peut s'agir, enfin, tout au moins au début, d'un simple *trouble circulatoire*, de nature essentiellement active et consistant, soit en une vaso-constriction (exceptionnel), soit (cas le plus ordinaire) en une vaso-dilatation. Ce trouble serait d'ordre réflexe et aurait, comme point de départ, une excitation produite au niveau d'un foyer inflammatoire plus ou moins voisin du nerf. La voie centripète serait le trijumeau « le plus reflexogène de tous les nerfs » et la voie centrifuge les nerfs de la vie organo-végétative, en l'occurrence les vaso-moteurs du nerf optique. A la faveur de ces troubles circulatoires, l'infection pourrait s'installer ensuite dans le nerf, devenu ainsi, bactériologiquement parlant, « locus minoris resistentiæ ». Pareille pathogénie a été défendue en ce qui concerne les névrites d'origine dentaire (Fromaget) ou même sinusienne (Liébault).

III. Comme on le voit, il n'est pas question ici d'une atteinte primitive des *éléments nobles* du nerf optique. On admet, en effet, et la clinique semble le confirmer, que ceux-ci ne sont jamais altérés que secondairement. Considérons donc le mécanisme d'après lequel les lésions primitives dont il vient d'être question agiraient sur les fibres optiques.

1° On a placé en première ligne la *compression* exercée, sur ces fibres, par la tuméfaction inflammatoire ou simplement congestive des tissus qui enveloppent la totalité du nerf (gaines) ou ses divers compartiments (espaces interfasciculaires). La grande majorité des auteurs situe le maximum de cette compression à la hauteur du canal optique. En ce point, dit-on, le nerf est entouré très étroitement, serré par des parois osseuses inextensibles ; il en résulte que la moindre tuméfaction de ses enveloppes ou de son tissu propre, en raison de l'impossibilité où se trouve le nerf de se dégager vers sa périphérie, de « prendre du champ », retentira intégralement sur son contenu ; bien plus, la stagnation circulatoire qui peut en être la conséquence, viendra, en vertu d'un véritable cercle vicieux, exagérer encore cette compression. Le trou optique représente ainsi, pour la portion rétrobulbaire du nerf, un agent d'étranglement, exactement comme l'anneau scléral en ce qui concerne sa portion juxtabulbaire. C'est à cause de ce rôle présumé du canal optique que l'on a parfois donné, d'une façon très générale, le nom de *névrite canaliculaire* à toute névrite rétrobulbaire, d'origine sinusienne ou autre.

2° On a aussi fait intervenir les *troubles par déficit alimentaire* et par *auto-intoxication* que les

modifications vasculaires, même les plus légères, de nature inflammatoire ou réflexe, peuvent entrainer pour des organes aussi délicats que les fibres optiques. Par suite du ralentissement et de l'embarras circulatoire qui existent en pareil cas, d'une part, les éléments nourriciers arrivent en moins grande abondance, d'autre part, les produits viciés, et par suite toxiques, de la nutrition restent plus longtemps en contact avec le tissu nerveux, leur écoulement étant devenu moins facile.

3° Enfin, *les toxines* en circulation, sécrétées par les microbes de la maladie causale, interviendraient, pour leur part, dans cette atteinte de la fibre nerveuse, leur action étant, dit-on, favorisée par la compression et la gêne des échanges qui s'exercent au niveau de cette fibre.

Quoi qu'il en soit, l'atteinte de la fibre nerveuse passe par deux phases qui ne se succèdent pas nécessairement. Dans une première phase, dite *fonctionnelle*, la fibre souffre dans sa nutrition d'une manière très légère, très superficielle, mais cependant suffisante, étant donné sa grande délicatesse, pour que les incitations venues des cellules visuelles ne puissent plus l'impressionner que faiblement, ou même pas du tout. Elle est, par suite, à même de récupérer rapidement sa complète intégrité physiologique dès que les influences perturbatrices cesseront d'agir. Mais si celles-ci sont particulièrement intenses ou persistent trop longtemps, l'on passe ensuite à la seconde phase, dite *anatomique*. Les cylindraxes subissent alors des altérations profondes et définitives, et s'atrophient. La *dégénérescence* s'installe et gagne, par voie descendante et ascendante, le reste de la fibre, se traduisant, au niveau du globe, par la décoloration de la papille.

IV. Reste à expliquer pourquoi, parmi les fibres du nerf optique, ce sont précisément celles du faisceau maculo-papillaire, c'est-à-dire *les fibres les plus centrales*, les plus profondes, celles qui paraissent le mieux protégées, qui subissent les premières et avec le plus d'intensité les actions nocives.

1° Différents auteurs, avec Gunn, insistent sur cette notion, devenue aujourd'hui pour ainsi dire classique, à savoir que la délicatesse, la fragilité des fibres optiques et, par suite, leur susceptibilité vis-à-vis des moindres influences perturbatrices — que celles-ci soient d'ordre mécanique (ou compressif), d'ordre nutritif ou d'ordre toxinique — sont d'autant plus grandes que *leur activité et leur différenciation fonctionnelle* sont plus marquées. C'est ce qui expliquerait pourquoi le scotome débute toujours par le point le plus central du nerf et se propage, ensuite, progressivement, vers la périphérie; pourquoi, au moment de la guérison, il rétrocède en sens inverse; pourquoi aussi les sensations de couleur, plus élevées fonctionnellement que la simple sensation lumineuse, sont les premières à disparaître et les dernières à revenir, pourquoi, enfin, ce sont les fibres les plus centrales qui s'atrophient avec le plus de facilité.

2° On a aussi mis en avant les *conditions circulatoires* particulières qui existent dans la portion rétrobulbaire du nerf optique, irrigué, comme on le sait, par des rameaux issus de la cérébrale antérieure et par les artères ciliaires. A ce niveau, contrairement à ce qui passe pour la portion juxtabulbaire, les gros rameaux prédominent à la périphérie et les plus fines divisions au centre. C'est donc en ce dernier point que le réseau sanguin est le plus richement fourni, que la masse sanguine est la plus abondante et que le contact entre ce milieu et les fibres nerveuses est le plus intime ; par suite, c'est en ce point, que les produits nocifs charriés par le sang (auto-toxiques et toxiniques) agiront avec le plus d'intensité (de Wecker). Darier fait observer aussi que le centre du nerf, irrigué par les plus fins capillaires, est le lieu où normalement le courant sanguin s'effectue avec le plus de lenteur. Il en résulte qu'un embarras circulatoire retentira plus facilement dans ce territoire que partout ailleurs et y provoquera une stagnation maximum, avec ses conséquences néfastes, spécialement au point de vue de la régularité des échanges.

3° On peut, en dernier lieu, invoquer l'affinité spéciale, élective, que certains microbes, ou plutôt leurs toxines, pourraient présenter pour les fibres les plus différenciées du nerf optique. La réalité d'un pareil phénomène, connu sous le nom de « *tropisme microbien*, » n'est pas contestable. Elle a été déjà démontrée pour d'autres parties de l'organe visuel. Les expériences d'un élève de Morax, Attilio Fava (1913) et les travaux de Rosenow (1915) sont probants à cet égard.

V

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

Le traitement de la névrite rétrobulbaire aiguë comporte deux grandes indications :

1° Suppression de *la cause*, générale ou locale, qui entretient l'altération du nerf : nous en parlerons longuement au chapitre de l'étiologie;

2° Institution d'une thérapeutique *symptomatique*, destinée à agir sur l'atteinte fonctionnelle de la fibre visuelle et à prévenir son altération anatomique. Cette thérapeutique symptomatique est d'une grande utilité. Elle doit être appliquée quelle que soit la cause et conjointement au traitement de cette dernière. Elle doit l'être d'une manière aussi énergique que possible et dès la période de début, car c'est à ce moment que l'on peut avoir le plus de prise sur les lésions. *Il ne faut donc pas se laisser influencer par cette notion* suivant laquelle il s'agit, la plupart du temps, d'une affection bénigne et présentant une tendance naturelle vers la guérison, car il faut toujours compter avec les cas à issue malheureuse (Jocqs, Darier).

I. **Le traitement précoce** s'inspirera des principales données qu'à propos de la physiologie pathologique nous nous sommes efforcé de bien mettre en lumière. On s'emploiera donc : 1° à réduire, par les méthodes habituelles de décongestion, la stase hyperhémique du nerf, ce qui, d'une part, diminuera la compression qui s'exerce sur les fibres visuelles et, d'autre part, les placera dans les conditions de nutrition beaucoup plus avantageuses ; 2° à détruire ou à éliminer, dans la mesure du possible, les toxines en circulation et à restreindre, par suite, d'autant, leur influence nocive sur les cylindraxes.

Les différents procédés suivants et qui peuvent être simultanément mis en œuvre, pourront réaliser soit la première, soit la seconde de ces indications, soit encore toutes les deux à la fois.

1° Repos fonctionnel sévère de l'œil, principalement par la suppression de tout travail visuel et par

le séjour dans une pièce demi-obscure, avec port de lunettes de teinte foncée (nº 3). On lui adjoindra le repos général. D'après Dufour et Gonin, le repos visuel avec séjour au lit peut, à lui seul, amorcer la guérison. Dans les cas survenant au cours d'une lactation, celle-ci doit être immédiatement suspendue en raison des fatigues qu'elle entraîne (Villard).

2º Déplétions sanguines locales, par des ventouses scarifiées ou mieux des sangsues appliquées à la tempe ou derrière l'oreille, sur la mastoïde. Déconseillées par De Wecker, elles peuvent, cependant, donner de bons résultats, à la condition expresse que la saignée soit suffisamment abondante (Panas).

3º Applications très chaudes et répétées sur les paupières fermées. Maniluves et pédiluves très chauds ou sinapisés.

4º Sudation copieuse obtenue au moyen d'aspirine (qui calmera en même temps les douleurs du début), d'injections sous-cutanées de pilocarpine, de bains de chaleur (électriques ou autres).

5º Régime alimentaire doux et désintoxicant ; suppression de l'alcool et du tabac dont l'effet fâcheux sur le nerf optique est bien connu; dérivation intestinale, en particulier par le calomel,

6º Emploi des sérums antitoxiques (L. Dor), d'injections sous-cutanées de lait bouilli (E. Avalos, Jocqs). Les onctions prolongées de pommade mercurielle sur le front et sur la tempe représentent un moyen antitoxique et dérivatif nullement à dédaigner et utilisé souvent avec succès dans les diverses maladies du globe et du nerf optique, quelle qu'en soit la cause. Dans la névrite rétrobulbaire aiguë, Hock les regardait comme un moyen de traitement souverain et en conseillait la répétition toutes les deux heures.

7º Une mention particulière doit être réservée aux injections rétrobulbaires. Darier qui déjà, en 1892, utilisait, dans cette même affection, les injections sons-conjonctivales de sublimé, recommande aujourd'hui fortement le cyanure de mercure. Il conseille de le porter, au moyen d'une longue aiguille, aussi loin que possible derrière le globe, autour du nerf lui-même, dans l'entonnoir musculaire. On utilisera la solution à 1 p. 5000, à la dose d'un centimètre cube au maximum, que l'on pourra répéter tous les trois ou quatre jours. Ces injections rétrobulbaires, dont l'action est indéniable et puissante, peuvent donner de brillants résultats si on les utilise dès le début des accidents.

8º Signalons, enfin, comme procédé de dérivation sanguine, le traitement chirurgical par la sclérotomie antérieure, préconisé, en 1907, par Kœnig, contre tout cas de névrite rétrobulbaire aiguë. Cet auteur propose la sclérotomie du type De Wecker ou Galezowski. En dégageant les voies de filtration au niveau de l'angle irido-cornéen, il pense abaisser la pression dans les régions antérieures de la circulation oculaire et, par suite, dégager le trop-plein des vaisseaux postérieurs. Cette pratique, qui aurait donné sept succès à son auteur, ne semble pas avoir été beaucoup imitée depuis.

II. **A une période tardive**, à partir du huitième ou du quinzième jour, le traitement se modifie. On continuera à assurer le repos de l'œil et à maintenir un régime antitoxique sévère. Mais on essayera, tout particulièrement, dès ce moment, de tonifier les fibres visuelles et de hâter ainsi leur reconstitution fonctionnelle. A cet effet, on aura recours aux classiques courants électriques appliqués localement, aux douches froides le long de la colonne vertébrale (De Wecker), et surtout à la strychnine. Cette dernière ne doit pas être employée en ingestion ou en injections sous-cutanées à la tempe : le résultat en serait pratiquement nul. Pour lui assurer son maximum d'efficacité, Jocqs recommande de l'utiliser en piqûres sous-conjonctivales à dose suffisante : 1 milligramme dilué dans un demi-centimètre cube d'eau, tous les deux ou trois jours.

A cette même période de déclin, on pourra encore s'adresser, afin d'activer la résorption des exsudats pathologiques, à l'iodure de potassium ou bien aux injections, soit hypodermiques, soit sous-conjonctivales de fibrolysine ou de thiosinamine (Darier).

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1926)

Données nouvelles sur la pathogénie et la thérapeutique des vomissements incoercibles de la grossesse. — MM. G. LEVEN et Emile COUDERT. Les vomissements incoercibles de la grossesse sont le plus souvent curables, même dans les cas les plus graves. La thérapeutique utile repose sur la diététique (réalimentation graduelle et progressive), sur l'emploi des médicaments calmant le plexus solaire (bromure de sodium et carbonate de bismuth), sur le traitement de la ptose gastrique (décubitus en attitude spéciale, siège relevé), sur le traitement de l'aérophagie dans ses plus petits détails.

Syndrome pellagreux. Sa réalisation expérimentale. — M. G. MOURIQUAND. Les faits expérimentaux apportés par l'auteur reproduisent les faits cliniques qui montrent que l'alimentation à base de maïs complet ou non ne détermine généralement la pellagre que chez les sujets soumis à une subinanition de misère.

Réalisation expérimentale de la fièvre vitulaire. — M. L. AUGER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1926)

M. PETTIT lit une notice nécrologique sur Camille Golgi. (Voir plus haut, p. 194.)

Spirochètes et gangrène pulmonaire. — MM. Fernand BEZANÇON et Eugénio ETCHEGOIN rapportent à l'Académie le résultat de leurs recherches microbiologiques portant sur onze cas de gangrène pulmonaire.

La plupart des auteurs français, à la suite des travaux de Rist et Guillemot, contribuent à attribuer la gangrène pulmonaire aux anaérobies non sporulés du type Veillon; ils ont raison et ces anaérobies jouent indiscutablement un rôle considérable, mais à côté de ces anaérobies interviennent aussi les spirochètes et c'est le rôle de ceux-ci et leurs caractères que les auteurs cherchent à préciser.

Ils considèrent que la plupart des auteurs confondent trop facilement tous les spirochètes obscurs avec le spirochæta Vincenti et font aussi jouer à la symbiose fuso-spirillaire un rôle qui n'est pas démontré.

Pour étudier les spirochètes des crachats gangréneux, il ne faut pas se contenter des méthodes de coloration usuelles qui permettent de colorer le seul spirochæta Vincenti; mais il

faut recourir à la technique spéciale qui sert au dépistage et et à la différenciation des spirochètes pathogènes, à l'imprégnation par l'argent, à la coloration par l'encre de Lœffler, à l'examen ultramicroscopique.

L'application de ces méthodes au crachat est délicate et il faut perfectionner la technique. Il faut tout d'abord faire porter l'examen que sur des crachats dont l'expectoration ne remonte pas à plus de trois quarts d'heure, les spirochètes pathogènes subissant rapidement la dissolution dans les crachats. Il faut, d'autre part, une imprégnation à l'argent, mais cette imprégnation ne donne de résultat que sur des lames où le produit est étalé en couches très minces.

L'imprégnation à l'argent par la méthode Fontana-Tribondeau permet de dire qu'il s'agit de spirochètes, mais est insuffisante pour préciser les caractères du parasite. On ne peut observer nettement ceux-ci que sur des parasites relativement isolés. A défaut de la culture encore impossible, on peut isoler relativement les spirochètes en mettant une parcelle de crachat dans 1 centimètre cube d'eau physiologique en agitant très fortement, en plaçant le tube à l'étuve à 29 degrés un quart d'heure. Ces spirochètes viennent à la surface; avec une pipette effilée on recueille quelques gouttelettes qu'on étale sur la lame pour colorer avec l'encre de Lœffler; elles servent pour l'examen ultramicroscopique.

L'examen direct à l'ultramicroscope du crachat ne donne, en effet, que de mauvais résultats.

En utilisant cette technique, MM. Bezançon et Etchegoin trouvent sept fois sur onze en grande quantité dans le crachat un spirochète très différent des spirochètes de la bouche normale et qui a d'après eux les caractères des spirochètes bronchialis décrits par Castellani dans la bronchite sanglante.

Les auteurs n'ont jamais trouvé ces spirochètes dans la bouche normale ou dans les suppurations bronchiques banales.

S'appuyant sur ces constatations et sur les examens histobactériologiques des poumons gangréneux que montre la présence de spirochètes en grande quantité dans les tissus malades, surtout dans les lésions en voie de développement, ils affirment le rôle des spirochètes et en particulier des spirochètes type bronchialis, sinon dans tous les cas, du moins dans un très grand nombre de cas de gangrène pulmonaire.

Rapport sur les stations climatiques. — M. Pouchet.

Le salvarsan par voie trachéale dans le traitement des processus fétides de l'appareil respiratoire. — MM. Castex, Heidenreich et Repetto.

De la distension utérine pendant la grossesse et l'accouchement. — M. Demelin.

Conservation du poisson par le froid. — MM. Loir et Legangneux reviennent sur cette question si importante au point de vue alimentaire. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 7, p. 107.)

Comité secret. — L'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Fourneau sur les candidats au titre de correspondants étrangers dans la sixième division (pharmacie).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 5 février 1926)

Etude sur le mécanisme de l'action bienfaisante des abcès de fixation. — M. Emile Feuillié rappelle ses anciennes expériences sur les abcès de fixation. Chez des chiens de forte taille de gros abcès peuvent soustraire en quelques jours plusieurs fois le nombre total des leucocytes contenus primitivement dans le sang circulant. Il se fait une rénovation leucocytaire dont le résultat se manifeste au microscope par une amélioration de la formule leucopathique.

L'armée leucocytaire a retrouvé une vigueur nouvelle : la lutte contre les microbes est devenue plus efficace. En dehors des infections, les petits abcès successifs peuvent guérir des œdèmes, des albuminuries et d'autres manifestations leucopathiques. Il en est de même du séton, du cautère et des pointes de feu multiples. Il s'agit de leucothérapie.

Syndrome hémorragipare dans les leucémies chroniques. — M. P.-E. Weil, à propos de la récente communication de M. Chauffard, se demande si le traitement radiothérapique mal surveillé, en l'absence d'examens de sang fréquents, n'est pas susceptible de déterminer les accidents. Le thorium serait plus dangereux encore.

M. Troisier a observé un cas d'hémorragie cérébrale et explique l'accident par une exagération du pouvoir protéolytique du sang.

M. Fiessinger pense qu'il s'agit plutôt d'un pouvoir protéolytique des leucocytes.

M. Béclère insiste sur le fait qu'on doit interrompre le traitement par les rayons dès qu'on constate une diminution des globules rouges.

Trois cas de phrénicectomie. — MM. Paul Moure, Paul Cantonnet et L. Lebée rapportent trois cas de phrénicectomie pratiquée deux fois pour des dilatations bronchiques et une fois pour infiltration tuberculeuse de la partie moyenne du poumon. L'indication de la phrénicectomie fut posée après des tentatives de traitement par injections intratrachéales et par vaccinothérapie faites par M. Cantonnet.

Dans le premier cas (dilatation bronchique de la base droite), la phrénicectomie a permis une reprise progressive de l'état général et surtout une plus grande liberté de la respiration.

Dans le deuxième cas (dilatation des bronches de la base droite), la malade cachectique éprouva après phrénicectomie une amélioration rapide qui lui permit quinze jours plus tard de reprendre sa vie normale avec une expectoration quotidienne de 100 grammes.

Dans le troisième cas, bien que la lésion tuberculeuse siège au tiers moyen du poumon gauche, la phrénicectomie a déterminé une diminution de l'expectoration et une amélioration sensible de l'état général.

Dans ces trois cas, la phrénicectomie pratiquée à l'anesthésie locale a été une opération extrêmement simple.

Un cas de fièvre de Malte guérie par le traitement vaccinothérapique. — MM. Sergent, Pignot et Kourilsky rapportent un cas de mélitococcie contractée en Corse, caractérisée par une splénomégalie douloureuse avec anémie et fièvre, qui guérit complètement à la suite d'un traitement vaccinothérapique (cinq injections de vaccin iodé).

Sur trois cas de distension de l'arrière-fond tubérositaire de l'estomac. — MM. Macaigne et P. Baize présentent trois observations de malades porteurs, à la radio, de biloculations gastriques simulant des lésions organiques graves de l'estomac. En l'absence d'antécédents, de signes objectifs (hématémèses, vomissements) et le Wassermann étant négatif, les auteurs concluent au caractère fonctionnel des déformations.

Il s'agit, ici, d'une modalité un peu particulière de distension gastrique, dont le mécanisme, étudié par M. Barret, serait le suivant : aérophagie entraînant un excès de tension intragastrique et amenant la distension « en poche » de l'estomac en un point normalement faible, c'est-à-dire au niveau de la paroi tubérositaire postérieure.

Considérations sur deux cas de méningo-névrite de la VIIIe paire dus à la syphilis acquise. — M. Ramadier insiste sur la gravité, l'allure rapide et la perte de réaction vestibulaire pour le diagnostic. Il montre l'importance du traitement (quinly, cyanure) qui amène la guérison, même en l'absence d'un Bordet-Wassermann positif dans le sang.

Le lipiodol dans l'examen radiologique du péricarde. — MM. Mariano, Castex, Gonzalez et Carrelli.

L'exploration radiologique du pyo-pneumo-kyste sous-phrénique par l'injection de lipiodol. — MM. Mariano, Castex, Romano et Gonzalez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 23 janvier 1926)

Modifications histologiques des organes lymphoïdes produites par les radiations lumineuses. — M. Jolly a examiné les organes lymphoïdes d'animaux chez lesquels il avait réalisé des phénomènes généraux graves par l'exposition à la lumière —

après injection préalable de substances fluorescentes. — C'est ainsi qu'il a trouvé des lésions importantes du thymus, chez des rats blancs, injectés à l'érythrosines puis exposé au soleil, à température constante. Des animaux identiquement préparés mais laissés à l'obscurité ou à l'étuve n'ont présenté aucune lésion lymphoïde. Le temps de latence dépend de la réaction propre de l'organe et non de la nature des radiations.

Electromyogrammes et fatigue musculaire. — MM. Ch. Laubry, J. Walser et L. Deglaude. Au cours de leur étude sur l'électrocardiogramme humain dans l'insuffisance cardiaque les auteurs ont été amenés à rechercher les variations électromyographiques d'un muscle simple, tel que le gastrocnémien de grenouille, sous l'influence de la fatigue. Ils ont ainsi mis en évidence toute une série de déformations : encoches, diminution d'amplitude et allongement de la durée du courant d'action, qui apparaissent avec la fatigue musculaire et s'exagèrent avec elle. Les altérations sont absolument superposables à celles que l'on observe souvent chez l'homme et que l'on attribue communément à un trouble de conduction dans les branches hisiennes. Or dans le système nerf sciatique-muscle gastro-cnémien il n'existe aucun système de conduction spécialisé. Les auteurs concluent à l'origine musculaire de ces altérations et montrent tout l'intérêt de cette conception dans l'électrocardiographie de l'insuffisance cardiaque.

Conservation de l'insuline. — M. Choay (présenté par M. Baudoin), après avoir titré à dates éloignées la même insuline chez le chien, montre que, même grossièrement préparée, en poudre ou en solution, elle garde une activité intacte pendant près de deux ans.

De l'usage de l'anatoxi-réaction au cours des vaccinations par l'anatoxine diphtérique. — M. Ch. Zoeller rappelle que la pratique systématique chez l'adulte de l'anatoxi-réaction permet de reconnaître les très rares sujets hypersensibles à l'anatoxine diphtérique et de les écarter de la vaccination par l'anatoxine; cette pratique paraît d'autant plus légitime que souvent les sujets allergiques, à anatoxi-réaction positive sont en cours d'immunisation spontanée.

Les troubles de la glycorégulation chez la femme enceinte. — MM. Labbé, Mouzaffer et Chevki. Les auteurs ont étudié la glycosurie à jeun, l'hyperglycémie et la glycosurie provoquée chez les femmes enceintes. Tandis que la glycosurie spontanée est loin d'être fréquente et que la glycémie à jeun est normale chez la femme enceinte, l'épreuve de l'hyperglycémie provoqué prouve que dans la plupart des cas, il existe un trouble glycoségulateur du même type que celui des états paradiabétiques ou même de certains diabètes bénins. (31 fois sur 37). La glycosurie provoquée ne s'est montrée que dans dix cas. Ces troubles glycorégulateurs sont passagers et se reproduisent à chaque grossesse. L'état de grossesse exagère les troubles préexistants.

— Société de biologie de Marseille (séance du 26 janvier 1926) :

Recherches sur l'évolution des cellules pigmentaires dans certains épithéliomas malpighiens cutanés. — M. Marcel Caudière. Certains épithèliomas malpighiens (baso-cellulaires ou spino-cellulaires) étudiés par les méthodes d'imprégnation à l'argent et par la méthode à la Dopa de Bruno Bloch, présentent dans leurs travées des cellules pigmentaires ségrégées, à type de cellules de Langerhans, vivant en symbiose avec les éléments néoplasiques et conservant une activité pigmentoformatrice nette. Ces tumeurs sont de véritables « épithéliomas malpighiens à cellules pigmentaires symbiotiques » qui n'ont rien de commun avec des nœvo-cancers.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1926)

Épithélioma malpighien spino-cellulaire. — M. GORENSKY présente une malade âgée de quatre-vingt et un ans porteuse d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire à globes cornés siégeant sur la moitié basale et le bord droit de la langue. Cette tumeur assez volumineuse (3 cm. × 2 × 0,5) ne donne lieu à aucun signe fonctionnel ni général. On note simplement des ganglions sous-maxillaires et carotidiens droits petits et durs.

Du mal tabétique buccal. — M. DUCHANGE. Observations diagnostic différentiel et considérations pathogéniques personnelles. L'auteur à propos d'une observation personnelle de mal perforant buccal, a recherché les observations antérieurement parues à propos de cas analogues; il tire de cette étude une série de conclusions tendant à mettre en valeur les signes qui précèdent et qui accompagnent la perforation; il propose pour cette affection le nom de mal tabétique buccal et pense que ce mal tabétique est dû à un trouble périphérique d'origine tabétique médullaire, la lésion initiale étant sensitivo-sympathique.

Mutilations dentaires chez les indigènes de la circonscription de Yaounde (Cameroun). — M. BERCHER. Présentation au nom du médecin aide-major Le Bourhis.

Observation clinique et anatomo-pathologique d'nn kyste salivaire labéal. — MM. L'HIRONDEL et GORNOUEC.

LIVRES NOUVEAUX

Conférences de clinique médicale pratique (1), par le docteur Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laënnec.

Chacune de ces conférences représente la mise au point pratique d'une question actuellement à l'ordre du jour, choisie parmi celles dont le diagnostic et la thérapeutique ont le plus profité des dernières acquisitions de la science.

Le plan en est conçu d'après les données classiques de la Clinique française, telles que l'auteur les tient de ses maîtres : Dieulafoy, Achard et Widal. L'observation d'un malade est le point de départ de chaque leçon; vient ensuite la discussion du diagnostic, du pronostic et du traitement, conduite de telle manière que le lecteur a l'impression de la mener lui-même comme dans une « consultation »; chemin faisant, l'étude complète de la maladie originelle est repassée, en ne mentionnant que les symptômes vraiment utiles à connaître en clinique et que les traitements qui ont fait leur preuve. Ainsi ces conférences restent essentiellement pratiques et négligent toute érudition. Elles visent à former des médecins, non des savants.

Ecrites pour des praticiens non spécialisés, actuels ou futurs, elles embrassent toute la pathologie interne et l'on y trouvera à côté de questions de médecine proprement dite des questions de neurologie, de gastrologie, de cardiologie et d'urologie.

Grâce à leur forme vivante, due au dialogue en quelque sorte établi entre le lecteur et l'auteur à propos d'un fait clinique, ces conférences se lisent comme un roman, instruisent en distrayant. Aussi retrouveront-elles certainement auprès du public auquel elles s'adressent (praticiens, étudiants, candidats aux divers concours de médecine, internat, hôpitaux), le même succès qu'auprès des auditeurs qui les ont écoutées.

L. G.

(1) 4e SÉRIE. — I. *Phelgmatia alba dolens :* Etude clinique et thérapeutique. — II. *Les Abcès sous-phréniques.* — III. *Les Néphrites aiguës :* causes, signes, diagnostic et traitement. — IV. *La Maladie d'Addison :* étude clinique et thérapeutique. — V. *OEdème aigu du poumon.* — VI. *Le Diagnostic d'une épistaxis et son traitement.* — VII. *Erythème noueux.* — VIII. *Insuffisance aortique :* signes et diagnostic. — IX. *Paralysie faciale.* — X. *Le Diagnostic de la fièvre typhoïde.* — XI. *Les Arthropathies tabétiques.* — XII. *Anévrismes de la crosse de l'aorte :* étude clinique. — XIII. *Les Cirrhoses alcooliques du foie :* formes cliniques. — XIV. *L'Emphysème pulmonaire.* — XV *Le Diagnostic de la paralysie générale au début.* — Prix : 25 fr. — Paris, Vigot frères.

Le traitement de la syphilis par le bismuth (1), par le docteur Georges DROUET.

Le petit ouvrage du docteur Georges Drouet, écrit surtout pour le médecin praticien, expose avec clarté et concision, la technique actuelle du traitement bismuthé telle qu'elle s'est peu à peu dégagée de l'expérience et qu'elle est aujourd'hui appliquée dans la plupart des hôpitaux et dispensaires parisiens.

Le même accueil bienveillant qui a été fait par le public médical aux deux premières éditions — rapidement épuisées — de ce manuel essentiellement pratique, ne peut manquer d'être réservé à cette nouvelle mise au point de l'état actuel de la bismuthothérapie antisyphilitique.

L. G.

(1) Troisième édition, entièrement refondue et mise à jour. Collection des « Actualités thérapeutiques ». — Prix : 8 fr. — Paris, Maloine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 15 AU 20 FÉVRIER 1926)

THESES

Mercredi 17 février. — Jury : MM. Hartmann, président; Legueu, Sébileau et Couvelaire. — M. CABRÓL. Technique de l'anesthésie tronculaire du nerf dentaire. — M. DOSSOT. Le cancer de la prostate. — M. HENRY. Fonctionnement de la maternité de Boucicaut. — M. JOURDAN (P.). La voie orbitaire dans le traitement des polysinusites et de leurs complications. — M. HOFFMANN (J.). Les fausses sinusites du nourrisson. — M. SAILLY. Etude des malformations congénitales de l'oreille.

Jeudi 18 février. — Jury : MM. Carnot, président; Cunéo, Duval et de Jong. — M. CORBY. Traitement des paralysies diphtériques. — M. COSTE (A.). Du drainage médical des voies biliaires. — M. BOUCHARD. La dilatation congénitale des voies urinaires. — M. FINZI. Luxations de la coxalgie. — M. JACKSON. Traitement des fistules ano-rectales.

Jury : MM. Widal, président; Bernard, Bezançon et Richet fils. — M. DALSACE. Castration ovarienne et troubles du métabolisme. — M. ISAAC (Georges). Etude de la pathogénie du syndrome de Raynaud. — M. JUMELLE. Les huiles de chaulmoogra. — M. BONNET (E.). Les résultats du pneumothorax artificiel.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Ménétrier, président; Dechambre, Maignon, Moussu et Petit. — M. CRÉTIN. Des facteurs ayant contribué à la formation de la race flamande. — M. LEFEBVRE DE RIEUX. Méthode comparative dans les sciences médicales.

Samedi 20 février. — Jury : MM. Lecène, président; Labbé (H.) et Mondor. — M. GARRIGOUX. Les perforations de la vésicule biliaire. — M. DUBOIS (G.). Coexistence de la tuberculose rénale et de la grossesse. — M. LAVAGNA (F.). Recherches sur le cristallin normal et pathologique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ramond (Louis), Lemierre, Courcoux, qui acceptent; Crouzon, Vincent, Weill-Hallé, Israël de Jong, Comte, Trémolières, Marfan, Parmentier, Lemaire, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Chabrol, Huber, Hutinel, Léchelle, Heuyer, Stévenin, Duvoir, qui acceptent; Rouillard, qui n'a pas encore fait connaître leur acceptation.

— Commission de classement des assistants d'électro-radiologie. — Le jury est composé de MM. Chicotot, Beaujard, Mallet.

— Concours de l'internat (Sainte-Périne et Hendaye). — *Lecture des copies.* — Séance du 11 février. — Mlle Chemin, 22; MM. Lecocoumier, 18; Delaporte, 26; Delancourt, 23; Hiély, 22; Vendel, 28; Peytavin, 23.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Tours. — Après concours, M. Moyrand a été nommé chirurgien adjoint à l'hôpital général.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation de médecine.* — Session des 3 et 4 décembre 1925. — *Troisième division.* — Section unique : médecine.

Paris. — MM. Joannon, 15 + 19 = 34; Tzanck, 14 + 16 = 30.

Bordeaux. — M. Joulia, 13 + 17 = 30.

Lille. — MM. Duthoit, 12 + 18 = 30; Nayrac, 18 + 16 = 34.

Lyon. — M. Paupert-Ravault, 19 + 17 = 36.

Montpellier. — M. Pagès, 14 + 18 = 32.

Nancy. — MM. Drouet, 13 + 17 = 30; Simonin, 16 + 15 = 31.

Strasbourg. — M. Simonin (Camille), 16 + 17 = 33.

Toulouse. — M. Sendrail, 15 + 19 1/2 = 34 1/2.

Alger. — M. Lacroix, 15 + 15 = 30. (*J. O.*, 12 fév. 1926.)

Deuxième division. — Physiologie : section A, physiologie.

Paris. — MM. Chailley-Bert, 13 + 17 = 30; Gournay, 14 + 17 = 31; Legrand. 14 1/2 + 16 = 30 1/2; Santenoise, 13 1/2 + 17 = 30 1/2. (*J. O.*, 13 fév. 1926, voir pour les listes précédentes, *Gaz. des hôpit.*, nos 6, 7, 8, 9 et 11.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Professeurs sans chaire. — Les professeurs titulaires d'une chaire dans une faculté d'une université des départements, qui ont été ou seront nommés maîtres de conférences, chargés de cours ou agrégés dans les facultés de l'Université de Paris, peuvent être nommés professeurs sans chaire dans ces facultés, suivant le décret du 4 janvier 1921, sans entrer en compte pour la fixation dans chacune de ces facultés du nombre maximum de professeurs sans chaire prévu par l'article 2 dudit décret. (Décret du 6 fév., *J. O.*, 11 fév. 1926.)

CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE MARSEILLE. — M. le docteur Rouslacroix, médecin chef des hôpitaux, est nommé chef de laboratoire au Centre.

M. le docteur Huguet, radiologiste des hôpitaux, est nommé radiologiste au Centre.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 10 février 1926 publie un arrêté indiquant les conditions du concours pour les emplois de sous-inspecteur et de sous-inspectrice de l'Assistance publique.

Les docteurs en médecine âgés de trente ans au moins et quarante ans au plus peuvent concourir.

Le concours est fixé au 1er juin 1926, dix places sont mises au concours.

MARINE. — A été promu :

Au grade de médecin général de 2e classe. — M. Michel.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Abbadie (d'Argelès-Gazost), Banteignie (de Berlaimont), Bernard (de Gonfaron), Blandin (de Chenac), Bourdinière (de Rennes), Bourgeois (de Chartres), Candelier (de Bucquoy), Devars (de Barcelonnette), Davesne, Facdonel, Gastinel, Goisland et Gulot (de Paris), de Goyon (de Pondichéry), Heckenroth (de Dakar), Izac (de Pamiers), Klein (de Paris), Lafforgue de (Fousseret), Le Breton (d'Avranches), Lenoble (de Versailles), Lestra (de Lyon), Levi-Valensin (de Gentilly), Marchat (de Rémuzat), Mascarel (de l'Isle-sur-Serein), Mathieu (de Sens), Melzonnet (de Mallemort), Méry (de Paris), Mesguiche (de Souk Ahras), Michel (de Toulon), Millet (de Paris), Montfort (de Thio), Ozun (de Montgaillard), Perfetti (de Hortes), Portalier (de Florac), Quéry (de Paris), Roche (de Sorgues), Rousseau (de Pithiviers), Roy (de Spincourt), Verger (de Limoges), Winter (de Thann). (*J. O.* 14 fév. 1926.)

(*A suivre.*)

PRIX SARABIA PARDO. — Ce prix, institué à perpétuité à la Real academia nacional de medicina (de Madrid), a été décerné pour 1925 au professeur Vidal Jordana (de Saragosse) pour ses travaux de pédiatrie.

POUR LE SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — C'est le vendredi 19 février à vingt-deux heures qu'aura lieu à l'hôtel Continental le bal annuel des étudiants en pharmacie.

Dans un geste de pieuse solidarité, la Section de pharmacie de l'A. G. des étudiants, 13, rue de la Bûcherie, a décidé que cette fête serait donnée au bénéfice exclusif du Sanatorium des étudiants, cette très belle œuvre, fondée par l'Union nationale des A. G. d'étudiants.

Tous ceux qui depuis un an ont suivi les efforts développés par la jeunesse universitaire en vue de combattre la tuberculose voudront s'associer à cette généreuse manifestation. Ce bal au cours duquel on pourra applaudir les meilleures vedettes parisiennes promet d'obtenir le plus vif succès.

Le prix d'entrée est fixé à 30 francs (10 francs pour les étudiants en pharmacie et les membres de l'A.

On ne peut point dire qu'il soit bien cher...

En versant la somme de 30 francs nos lecteurs apporteront « *quelques pierres* » à l'édifice des « *Petites Roches* ».

Avis très important. *On trouve des billets dans les agences, dans les grands hôtels et au Continental.*

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Vincent Heulin (de Paris).

CALENDRIER DES PROCHAINS CONGRÈS

1926. — Journées médicales tunisiennes (Tunis, 2-10 avril). — Secrét. gén. : M. Gérard, 100, rue de Serbie, Tunis.

VIIe Congrès international de chirurgie (Rome, 7-10 avril). — Secrét. gén. : M. Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

Croisière médicale en Orient (1er mars-13 avril). — Secrét. gén. : M. Bernard, 62, rue Froissard, Bruxelles.

Session de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest (Bordeaux, 9-11 avril).

VIIIe Congrès médical calabrais sicilien (Messine, avril.)

XIe Congrès de médecine légale (Paris, mai). — Secrét. gén. : Professeur Etienne Martin, Lyon.

XXXIXe Congrès d'ophtalmologie (Paris, 10 mai). — Secrét. gén. : M. René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris.

VIIe Réunion neurologique internationale (Paris, mai.)

Assemblée générale des Sociétés de biologie (Paris, mai).

Jubilé Charles Richet (Paris, 20 mai).

Congrès de la protection de l'enfance (Rôme, 24 mai).

Journées médicales belges (Bruxelles, 27-30 juin).

Journées médicales de Paris (Paris, 15-18 juillet). — Secrét. gén. : 18, rue de Verneuil, Paris.

Journées médicales de Toulouse (Toulouse, juillet).

IIIe Congrès de dermatologie et de syphiligraphie (Bruxelles, 25-28 juillet).

XXXe Congrès des aliénistes et neurologistes (Genève, août).

Ier Congrès international d'ortodontie (New-York, août).

XIIe Congrès de physiologie (Stockholm, 3-6 août). — Secrét. gén. : M. Gley, 14, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

VIIe Congrès dentaire international (Philadelphie, 23-26 août).

Congrès des pédiatres de langue française (Lausanne, septembre).

Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord (Montréal, septembre).

VIIe Congrès de la Société allemande d'urologie (Vienne, 30 septembre-2 octobre). — Secrét. gén. : docteur Hans Gallus Pleschner, 20, Alserstrasse.

XXXVe Congrès français de chirurgie (Paris, 4 octobre). — Secrét. gén. : M. Auvray, 186, avenue Victor-Hugo, Paris.

VIIIe Congrès français d'orthopédie (Paris, 8 octobre).

XXVIe Congrès français d'urologie (Paris, 5 octobre). — Secrét. gén. : M. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.

XIIIe Congrès annuel d'hygiène, Institut Pasteur (Paris, oct.)

IIIe Congrès français de stomatologie (Paris, octobre).

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie (Paris, octobre).

VIIIe Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils (Paris, octobre).

VIIe Congrès italien de la médecine du travail (Gênes, 12-15 octobre. — Secrét. gén. : Dott. Agostino Crosa, 19, via Frugoni, Genova.

Centenaire de Laënnec (Paris, décembre).

Date non fixée : VIe Congrès annuel de la tuberculose (Lyon).

Congrès de la presse médicale latine.

1927. — Journées médicales de Marseille.

1928. — Journées médicales de Bordeaux.

Le Docteur MARÉCHAL.

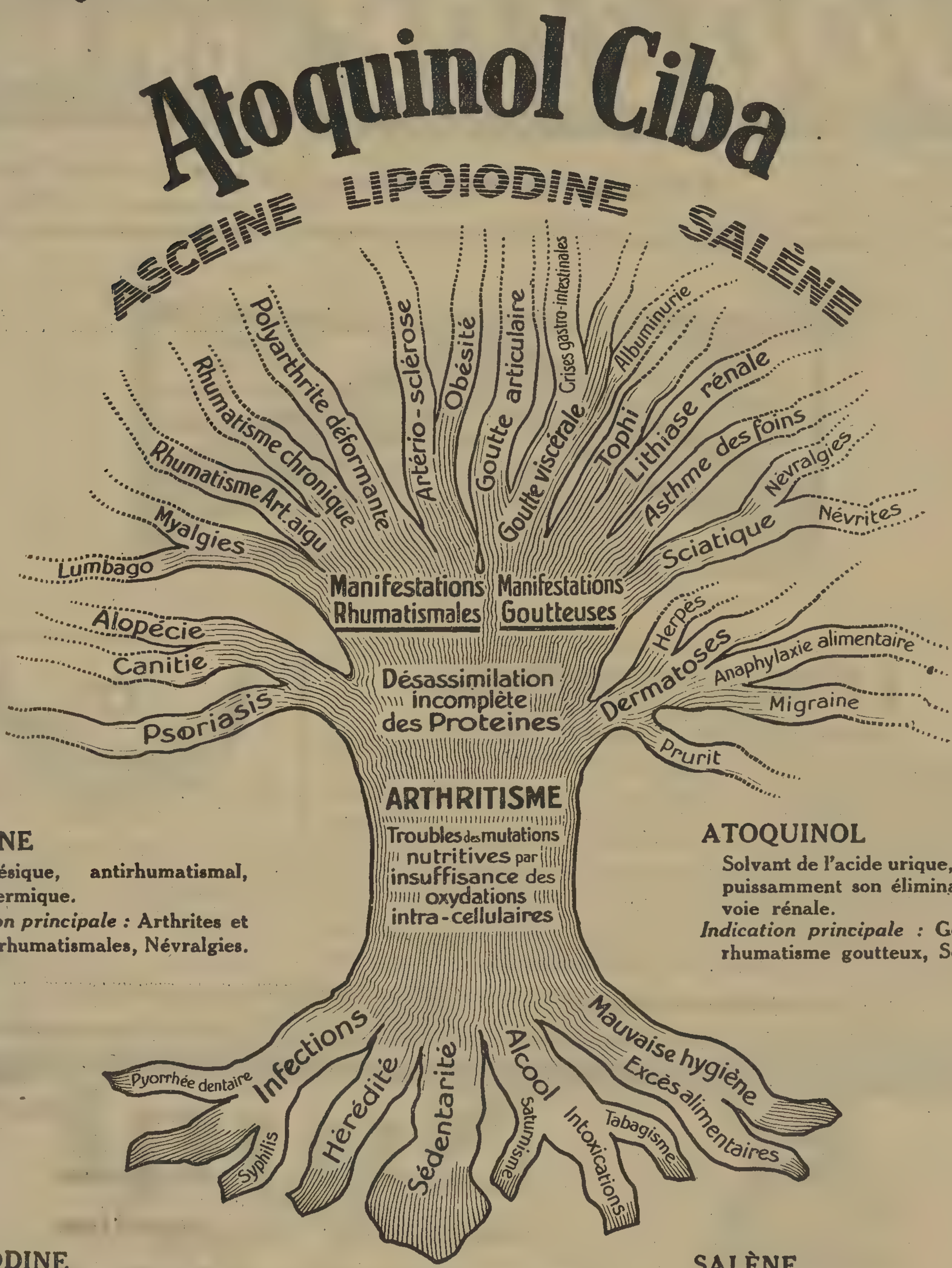
Nous apprenons avec un vif regret la mort de notre éminent confrère Maréchal, maire du VIIIe arrondissement, doyen des maires de Paris, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Nous l'avons connu tout jeune, alors qu'il était externe dans le service de notre maître commun Péan. C'était un travailleur à l'esprit distingué et c'était aussi un charmant camarade. Nous l'avons retrouvé beaucoup plus tard dans le modeste cabinet de cette vieille mairie du VIIIe arrondissement où, comme maire, il se dévouait entièrement aux pauvres. Il exerçait ses fonctions avec un tact, une distinction qui lui ont valu pendant de longues années l'estime et la reconnaissance de ses administrés.

Nous adressons à son fils, le docteur Maréchal, notre sympathique collaborateur, nos condoléances émues.

A. BROCHIN.

LA DIATHESE ARTHRITIQUE

Origines **Manifestations** **Médications**



ASCEINE

Analgésique, antirhumatismal, antithermique.
Indication principale : Arthrites et algies rhumatismales, Névralgies.

ATOQUINOL

Solvant de l'acide urique, favorise puissamment son élimination par voie rénale.
Indication principale : Goutte et rhumatisme goutteux, Sciatique.

LIPOIODINE

Médicament remplaçant avantageusement iode et iodures.
Indication principale : Hypertension artérielle, Rhumatisme chronique, Asthme, Emphysème.

SALÈNE

Usage externe. — Inodore, non irritant, très analgésique.
Indication principale : Rhumatisme artic. aigu, Goutte (traitement local), Lumbago et myalgies.

LABORATOIRES CIBA - O. Rolland, 1, Place Morand, LYON

N° 225

DE LA MUTABILITÉ
DES
CARACTÈRES BACTÉRIOLOGIQUES

Par le docteur René BENARD,
Médecin des hôpitaux de Paris.

Si l'on demandait à un jeune étudiant pourvu de quelques notions élémentaires de bactériologie ce qui caractérise essentiellement une espèce microbiologique donnée, il répondrait à n'en pas douter, sans l'ombre d'une hésitation : « Sa morphologie, ses caractères de culture, ses modalités de coloration » et sur ce dernier point, il distinguerait les microbes suivant qu'ils gardent ou non la coloration après l'emploi de la méthode de Gram, suivant qu'ils se colorent avec les colorants phéniqués habituels, ou que, tels les acido-résistants, ils exigent la mise en œuvre d'une technique spéciale.

On étonnerait fort ce jeune étudiant si on lui apprenait qu'il vient ainsi en quelques mots de trancher une difficulté qui, aux âges héroïques de la bactériologie mit aux prises de nombreux savants, et qu'en énumérant ainsi les caractères qui permettent de décrire un microbe donné, il vient de fournir une solution aux discussions passionnées qui dressèrent Cohn en face de Naegeli, Zopf en face de Gaffky et de Winogradsky. La notion de l'immutabilité des caractères bactériologiques semble régner en maîtresse; et pourtant il y eut une théorie de la variabilité chez les microbes. Elle fut magistralement exposée dès 1894 par Rodet (1); elle paraît aujourd'hui un peu trop oubliée. Pourtant les recherches récentes relatives aux formes non acido-résistantes du bacille de Koch viennent de lui redonner une éclatante actualité.

La question remonte à 1877. En effet si Billroth (2) avait bien, dès 1874 émis l'hypothèse d'une *coccobacteria septica* qui serait génératrice de toutes les formes bactériennes rencontrées dans les septicémies, son travail était trop aisément critiquable pour pouvoir être retenu. C'est Naegeli qui, le premier (3), en 1877 affirmait la variabilité dans les microbes, mais avec des arguments que nous ne saurions plus admettre aujourd'hui. Il écrivait : « Il me paraît probable que les schizomycètes ne peuvent être classés en groupes spécifiques par leur pouvoir de fermentation ou par leur forme, et que beaucoup trop d'espèces ont été distinguées (p. 22)... Il se produirait ainsi des formes ayant des caractères différemment prononcés et une constance différente, laquelle répondrait aux conditions ambiantes (p. 23). » Et il ajoutait qu'une même bactérie transportée du lait où elle engendre l'acide lactique, dans la viande y produirait la pourriture, dans le vin, le vinaigre, dans le corps humain, une maladie quelconque. On n'eut pas de peine à montrer que le pléomorphisme de Naegeli venait surtout de ce qu'il ignorait la manière d'obtenir des cultures pures. Sans aller aussi loin que lui, Zopf (4) dépassait aussi la mesure.

(1) Rodet (A.). *De la Variabilité dans les microbes*, Baillière, Paris 1894.
(2) Billroth (T.). *Untersuchungen ueber die Vegetationsformen von Coccobacteria septica*, etc., Reimer, Berlin 1874.
(3) Naegeli (V.-C.). *Die niederen Pilze in ihren Beziehungen zu den Infectionskrankheiten*, München 1877.
(4) Zopf (W.). *Die Spaltpilze*, Breslau 1883.

Mais en sens inverse Cohn (1) et surtout Koch (2) exagéraient de leur côté lorsqu'ils soutenaient la stabilité immuable des espèces microbiennes, considérées du point de vue de leur morphologie, de leur aspect cultural, de leurs caractères pathogènes.

Et pourtant dès 1880, Pasteur (3) avait établi avec la rigueur et la précision qui lui étaient propres les variations de virulence de l'agent du choléra des poules; ultérieurement avec Chamberland et Roux (4) puis avec Thuillier (5) il revenait sur ce sujet lorsqu'il écrivait : « Les travaux de mon laboratoire ont établi que les virus ne sont pas des entités morbides, qu'ils peuvent affecter des formes et des propriétés physiologiques multiples, dépendant des milieux où ces virus vivent et se multiplient. »

Nous ne prétendons pas rappeler ici toutes les observations qui plaident en faveur de la mutabilité et de la variabilité des caractères microbiens. Les quelques exemples qui vont suivre justifieront les phrases si judicieuses du professeur Bezançon (6), vieilles de vingt ans déjà : « La théorie du polymorphisme des bactéries contient une grande part de vérité, il ne faut pas chercher dans les bactéries une fixité absolue du type... L'étude de la forme des bactéries ne suffit jamais pour permettre un diagnostic bactériologique... La réaction de Gram ne peut jamais à elle seule suffire à établir le diagnostic de la nature d'un microbe; elle permet seulement au bactériologiste de s'orienter dans ce diagnostic. »

Nous allons énumérer rapidement quelques-uns des cas dans lesquels les auteurs ont signalé des variations dans les caractères physiques ou chimiques de culture, les variations morphologiques des bactéries, ces variations en face de la méthode de Gram.

I. **Variations dans les caractères de culture.** — *a*. Physiques. — Même en faisant abstraction des variations bien connues, qui s'observent de façon habituelle à la suite du vieillissement d'une culture nous voyons le méningocoque de Weichselbaum dont un même échantillon peut donner des cultures grises ou jaunâtres [Mayer (7)] à contour tantôt circulaire et tantôt festonné [Canuet (8)], le pneumocoque dont un même échantillon, tantôt trouble le bouillon et tantôt le laisse limpide [Kruse et Pansini (9)], le staphylocoque où une souche unique donne des colonies qui présentent « toutes les colorations intermédiaires depuis le blanc absolu jusqu'au jaune foncé » [Rodet et Courmont (10)], qui,

(1) Cohn (F.). *Beiträge zur Biologie der Pflanzen*, Breslau 1881, p. 127.
(2) Koch (R.). Zur Untersuchung. von pathogen. Organismen, *Mitt. aus d. Kais. Ges.*, Berlin 1881, t. I, p. 1.
(3) Pasteur (L.). De l'atténuation du virus du choléra des poules, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1880, t. XCI, p. 673.
(4) Pasteur (L.), Chamberland et Roux. De l'atténuation des virus et de leur retour à la virulence, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1881, t. XCII, p. 429.
(5) Pasteur (L.) et Thuillier. La vaccination du rouget du porc à l'aide du virus mortel atténué de cette maladie, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1883, t. XCVII, p. 1163.
(6) Bezançon (F.). *Précis de microbiologie clinique*, Masson, Paris 1906, p. 20-21-23.
(7) Mayer (S.). Beitrag z. Pathol. d. epidem. Cerebrospinalmeningitis, *Münch. med. Woch.*, 1898, p. 1111.
(8) Canuet (E.). Méningite cérébro-spinale épidémique, *Th. de Paris*, 1900, p. 97.
(9) Kruse (W.) et Pansini (S.). Untersuch. ueber d. Diplococc. Pneumonie, *Zeit. f. Hyg. and Inf.*, 1892, t. XI, p. 314.
(10) Rodet (A.) et Courmont (J.). Sur les microbes de l'ostéomyélite aiguë, *Soc de biol.*, 19 avril 1890, p. 187.

chez Netter (1) s'inoculant accidentellement à deux doigts, du pus d'ostéomyélite au cours d'une autopsie donne du staphylocoque blanc à un doigt et du doré à un autre, — où une souche blanche relevée d'une pustule d'acné, donne après passage sur l'animal une variété dorée [Lomry (2)], — le STREPTOCOQUE qui dans un cas rapporté par les professeurs Widal et Bezançon a donné lors des premières cultures « de grosses colonies blanchâtres crémeuses, rappelant celles du staphylocoque blanc », et après repiquage « de petites colonies ayant l'aspect habituel du streptocoque (3) » ; un fait exactement superposable est mentionné par Lemoine (4); un streptocoque qui laisse le bouillon parfaitement clair, peut après plusieurs passages chez l'animal donner un trouble uniforme [Marmorek (5)].

b. **Chimiques**. — Un même STAPHYLOCOQUE peut suivant les moments liquéfier ou non la gélatine [Galloway et Eyre (6), Scholtz et Raab (7)]. Le STREPTOCOQUE ne liquéfie pas la gélatine; pourtant von Lingelsheim (8), Lemoine (9) ont observé des faits précisément inverses. Ce microbe coagule le lait. Cependant les professeurs Widal et Bezançon notent qu' « un streptocoque de même provenance tantôt ne coagule pas le lait, tantôt le coagule rapidement en vingt-quatre heures..., souvent nous avons vu que tel échantillon qui ne coagulait pas le lait, déterminait la formation d'un caillot lorsqu'il était réensemencé après séjour en pipettes closes » (10).

Un des caractères essentiels du pneumocoque est également de coaguler le lait. Kruse et Pansini sur 84 races de pneumocoques, en trouvent 73 qui ne le coagulent pas. Aussi comprend-on que Cotoni (11) n'attache pas une grande valeur à ce caractère.

II. **Variations morphologiques**. — Même en faisant abstraction des formes d'involution, bien connues de tous, on peut observer des formes jeunes dont l'aspect morphologique est fort différent suivant les conditions de composition du milieu, de température; tantôt on peut voir coexister deux formes différentes dans une même culture, tantôt la forme anormale existe seule. Encore y a-t-il lieu de distinguer les cas où il s'agit de variations acquises temporaires, cessant dès que l'on change les conditions d'expérience, et tantôt les cas où ces variations sont définitives et héréditairement transmissibles. Ces variations morphologiques ont été mentionnées par de nombreux auteurs. Nous citerons seulement quelques noms : l'ENTÉROCOQUE [Thiercelin (1)], le MÉNINGOCOQUE (Mayer), le PNEUMOCOQUE (Kruse et Pansini, Cotoni), le streptocoque (Marmorek, Lemoine, Widal et Bezançon), le tétragène [P. Teissier (2)], le coccus polymorphe de la peau [Cedercreutz (3)].

III. **Variations en face de la méthode de Gram**. — Le microbe pour lequel les variations sont les plus nettes est à coup sûr le MÉNINGOCOQUE. Sans doute il existe assez fréquemment associé au méningocoque de Weichselbaum, Gram-négatif, un diplocoque plus gros que lui, qui fait fermenter tous les sucres et se cultive aussi facilement que le méningocoque vrai se cultive péniblement; c'est le PSEUDO-MÉNINGOCOCCUS de Jaeger-Heubner ou DIPLOCOCCUS CRASSUS. Mais à côté de cette bactérie, parmi les méningocoques légitimes que de différences entre les divers cas. Il n'est pas de bactériologiste ayant quelque pratique de ce microbe qui n'ait vu sur une même lame des éléments décolorés à côté d'autres qui ont gardé la coloration après l'action de l'iode ioduré. Le méningocoque n'est d'ailleurs pas le seul à présenter ce caractère. Le STREPTOCOQUE rentre parfois dans cette catégorie. Des faits démonstratifs en ont été rapportés par Etienne (4), Lemoine (5), Widal et Bezançon (6).

Quelquefois enfin la faculté de ne pas prendre le Gram existe chez les microbes englobés dans les cellules de pus; dès qu'on les a cultivés, ils ne se décolorent plus si l'on fait agir l'iode ioduré. Tels sont les cas, d'ailleurs assez rares, rapportés par Laehr (7), par Kruse et Pansini (8).

A ces faits nous ajouterons l'étude d'un cas personnel : il s'agit d'un staphylocoque hautement pathogène que nous avons étudié naguère avec le professeur Teissier (9) et qui présenta simultanément des variations tant dans ses caractères de culture que dans la manière de se comporter vis-à-vis de la méthode de Gram.

Ce microbe avait été recueilli chez un enfant de quatre ans, atteint de mal de Pott et qui était entré à l'hôpital Claude Bernard pour une rougeole. Après huit jours d'évolution on voit apparaître chez lui une éruption polymorphe qui devient rapidement bulleuse, s'étend du milieu de la hauteur du tronc jusqu'à mi-cuisse et se compliquant au cinquième jour d'une kérato-conjonctivite intense. Le diagnostic clinique fut porté de « dermatite herpétiforme de Dühring-Brocq » et le microbe étudié fut retiré des bulles de pemphigus et du pus conjonctival.

On commence par choisir une bulle parfaitement intacte et non fissurée. Après cautérisation de sa surface au thermocautère on recueille aseptiquement le liquide contenu dans la bulle et on l'ensemence sur bouillon. Au bout de vingt-quatre

(1) NETTER (A.). Ostéomyélite multiple prolongée, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1894, p. 330.
(2) LOMRY (F. P.). *Untersuch. ueber die Ætiol. der Acné*, Berlin 1896.
(3) WIDAL (F.) et BEZANÇON (F.). Des diverses variétés de streptocoques, etc., *Arch. de méd. expérim.*, 1896, p. 405.
(4) LEMOINE. Variabilité dans la forme et les caractères du streptocoque, *Arch. de méd. expérim.*, 1896, p. 166.
(5) MARMOREK (A.). Le streptocoque et le sérum antistreptococcique, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895, p. 603.
(6) GALLOWAY (Y.) et EYRE (J. W. H.). A study of certain staphylococci, etc., *Congrès de dermat.*, Paris 1900, et *Brit. Journ. of dermat.*, 1900, p. 314.
(7) SCHOLTZ et RAAB. Recherches sur la nature parasitaire de l'eczéma, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1900, p. 409.
(8) VON LINGELSHEIM. Experimentelle Untersuchung ueber... Eigenschaften verschiedener Streptokokken, *Zeit. f. Hyg. und Inf.*, 1891, t. X, p. 331.
(9) LEMOINE. Loc. cit., p. 158.
(10) WIDAL et BEZANÇON. Loc. cit., p. 404.
(11) COTONI (L.). La virulence des pneumocoques, *Th. de Paris*, 1912, p. 11 et 13-14.

(1) THIERCELIN (E.). Sur l'entérocoque, *Soc. de biol.*, 15 avril et 24 juin 1899, p. 269 et 551.
(2) TEISSIER (P.). Contribution à l'étude du tétragène, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, 1896, p. 14.
(3) CEDERCREUTZ (Axel). *Recherches sur un coccus polymorphe, parasite de la peau humaine*, Steinheil, Paris 1901, 133 pages.
(4) ETIENNE (G.). Note sur les streptocoques décolorables par la méthode de Gram, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, 1895, p. 503.
(5) LEMOINE (G.). Loc. cit., p. 165.
(6) WIDAL et BEZANÇON. Loc. cit.
(7) LAEHR (G.). Ueber der Untergang der Staph. pyog. aureus, etc., *Inaug. dissert.*, Bonn 1887.
(8) KRUSE et PANSINI. Loc. cit., p. 308.
(9) Pierre TEISSIER et René BÉNARD. Sur un cas d'érythème bulleux survenu au cours d'une infection chez un enfant atteint de mal de Pott, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 mai 1909, 3e série, t. XXXIII, p. 851-863.

heures, le bouillon troublé renferme une culture pure d'un diplocoque *qui prend le Gram*; les cultures vieillies de cinq jours contiennent le même microbe avec les mêmes caractères morphologiques et tinctoriaux.

Une trace de bouillon est ensemencée sur gélatine et sur gélose. Au bout de vingt-quatre heures apparaissent des colonies immaculées de staphylocoques blancs, sans trace de colonies dorées. En outre la gélatine est rapidement liquéfiée. Après vieillissement de quelques jours, les colonies sur gélatine montrent quelques points qui deviennent dorés. Diverses colonies, les unes blanches, les autres dorées sont prélevées et ensemencées sur de nouveaux tubes de gélose. Au bout de vingt-quatre heures on obtient des colonies pures de staphylocoque blanc dans un cas, de staphylocoque doré dans l'autre.

Après plusieurs réensemencements analogues, on parvint à obtenir deux races de staphylocoques, l'une de cocci blancs, et restant tels, même après vieillissement, l'autre de cocci dorés, paraissant définitivement fixés.

Trois lapins furent inoculés avec les cultures en bouillon de vingt-quatre heures, de ce staphylocoque; le microbe se montra hautement pathogène, puisque 2 centimètres cubes de bouillon injectés dans la veine marginale de l'oreille déterminèrent la mort de l'animal en vingt-quatre heures au plus, par septicémie.

Parallèlement à ces recherches, on poursuivait l'étude du microbe rencontré dans le pus de la conjonctivite. A priori il était probable que microbe oculaire et microbe des bulles ne devaient faire qu'un seul et même agent, soit que la kérato-conjonctivite n'ait été qu'une détermination analogue à celle des bulles sur la peau, soit, ce qui semble plus probable, que l'enfant dont l'éruption était fort prurigineuse ait, avec ses ongles, ulcéré une bulle cutanée et en ait transporté le contenu jusque sur sa conjontive.

L'examen direct du pus oculaire fut pratiqué à plusieurs reprises, à la fois, par M. le docteur Poulard, ophtalmologiste des hôpitaux, et par nous-même, séparément et chacun de notre côté. Chaque fois le résultat fut identique : on constatait sur les préparations la présence d'un diplocoque intra- et extra-cellulaire, rappelant par son aspect le gonocoque et *ne prenant pas le Gram*.

Une trace du pus oculaire transporté en bouillon le troublait en vingt-quatre heures, sur gélatine la liquéfiait, sur gélose y déterminait l'apparition de colonies arrondies, surélevées crémeuses, en tous points semblables à celles du staphylocoque blanc retiré des bulles. L'examen sur lame montrait que ces colonies étaient constituées par des diplocoques de même aspect que celui du pus oculaire, quelquefois groupés en éléments de 3 à 5 cocci, ne dépassant jamais des groupes de 8 éléments. Ce microbe *prenait le Gram*.

Les inoculations aux animaux permirent de constater les faits suivants.

Sur la souris blanche, les résultats furent négatifs.

Par contre sur le lapin les résultats furent des plus nets. Une injection de 2 centimètres cubes d'une culture en bouillon de vingt-quatre heures, tuait le lapin par septicémie en quatorze heures; le sang de l'animal, cultivé à nouveau, donnait une culture d'un staphylocoque blanc typique, *prenant le Gram*. Ce microbe repiqué en série, garda toujours ce caractère.

Dans une seconde série d'expériences, on rechercha l'action du microbe sur la cornée du lapin. Du pus prélevé dans l'œil de l'enfant fut déposé sur la cornée de l'animal; il n'y eut aucune réaction conjonctivale. Même absence de réaction sur l'autre œil qui avait été préalablement traumatisé. Des recherches furent alors entreprises avec la culture en bouillon du microbe oculaire. Sur la cornée saine, absence également de réaction inflammatoire. Par contre après un traumatisme mécanique de la cornée, — scarification au bistouri, — on constatait la présence, après vingt-quatre heures, d'une abondante sécrétion purulente. Le pus de cette conjonctivite expérimentale, repiqué en bouillon donna une culture pure de staphylocoque blanc *prenant le Gram*. Variant alors les conditions d'expériences ou détermine sur la cornée un violent traumatisme clinique, en déposant sur la cornée une goutte d'acide acétique immédiatement neutralisée par une solution de chlorure de sodium. Nous nous assurons par un témoin que cette seule manœuvre n'entraîne la formation d'aucune suppuration.

Mais, si, sur un œil ainsi préparé nous déposons une goutte de culture en bouillon, nous déterminons l'apparition d'une abondante sécrétion purulente, constituée par des cellules de pus contenant de nombreux diplocoques intra-cellulaires, qui cette fois *ne prennent pas le Gram*. Nous étions donc revenu aux conditions initiales, celles qui s'étaient trouvées réalisées dans l'œil de l'enfant; le pus réensemencé à son tour en bouillon donnait après vingt-quatre heures une culture pure de staphylocoque blanc *prenant le Gram*. Trois fois nous renouvelâmes l'expérience, et trois fois les résultats furent les mêmes.

Nous arrivions ainsi à volonté à transformer un diplocoque Gram-négatif en staphylocoque blanc Gram-positif, et inversement.

*
* *

Il ne faudrait pourtant pas conclure de ces faits qu'il n'existe aucune spécificité dans les caractères généralement attribués au microbe et revenir aux erreurs anciennes de Naegeli. Aux faits que nous venons d'exposer, il y a une contre-partie, c'est celle que nous voudrions indiquer maintenant.

En 1910 nous avons eu l'occasion d'observer, avec M. le professeur Lemierre un cas de septicémie staphylococcique (1). Nous parvînmes à isoler un staphylocoque doré hautement pathogène. Des recherches entreprises sur ce microbe dans le sens qui vient d'être plus haut indiqué ne nous donnèrent jamais qu'un staphylocoque doré, gardant énergiquement le Gram.

Une démonstration plus péremptoire encore peut-être, de la spécificité étroite des caractères microbiens, nous fut fournie par l'étude de divers microbes du groupe coli-typhique.

Avec M. le professeur Widal, nous parvînmes, des premiers à démontrer par l'hémoculture l'existence de la septicémie coli-bacillaire dans la pyélonéphrite gravidique (2), annoncée par le professeur Bar. Deux fois nous isolâmes un coli-bacille légitime présentant toutes les réactions caractéristiques de ce microbe. Les deux bacilles paraissaient de tout point identiques, et pourtant ils étaient différents car le sérum de chacune des malades agglutinait son propre bacille à un taux fort élevé, et nullement celui de l'autre malade. Cette recherche, tentée à de multiples reprises sur des microbes accoutumés à vivre en milieux artificiels par repiquages successifs ne varia jamais.

De cette étroite spécificité un troisième exemple nous est fourni par l'étude d'un microbe du groupe colityphique étudié en collaboration avec MM. les professeurs Widal et Lemierre (3). Il s'agissait d'une femme atteinte d'ictère infectieux bénin chez qui on isola un microbe se rapprochant de l'Eberth, des paratyphiques et du colibacille, et présentant cependant des caractères propres le différenciant des uns et des autres. Ce microbe, isolé à deux reprises par hémoculture donnait sur gélose des colonies ayant l'aspect de celles de l'Eberth, et constituées par un bacille court et extrêmement mobile. Pourtant ce n'était pas non plus un colibacille, car il ne donnait pas d'indol. Comme les typhiques et paratyphiques, il était sans action sur la lactose, mais à l'inverse des paratyphiques, il reste sans action sur le glucose. Seuls le saccharose et le maltose entraient en fer-

(1) Lemierre (A.) et Bénard (René). Septicémie staphylococcique post abortum, *La Clinique*, 23 sept. 1910.

(2) Widal (F.) et Bénard (René). Pyélonéphrites gravidiques par septicémie colibacillaire, *Journ. d'urol.*, mars 1912.

(3) Widal (F.), Lemierre (A.) et Bénard (René). Ictère infectieux hématogène au cours d'une septicémie colibacillaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 déc. 1909, 3e série, t. XXVIII, p. 776.

mentation. Voilà donc des caractères fort précis, fort délicats qui classent ce microbe en dehors des grandes lignes habituelles des microbes de ce groupe. Ce microbe est d'autre part hautement pathogène ; un lapin inoculé avec un demi-centimètre cube de la culture, dans la veine marginale de l'oreille meurt de septicémie en trente-six heures. Des recherches multiples entreprises, tant avec les microbes repiqués à diverses reprises, qu'avec l'agent provenant du sang de l'animal infecté ont toujours montré la persistance indélébile des caractères si délicats que nous avons mis d'emblée en évidence.

* * *

Nous avons eu en vue jusqu'ici la question du pléimorphisme des microbes assez peu différenciés. Abordons maintenant celles des bacilles acido-résistants.

Le bacille de Koch est généralement considéré comme un organisme acido-résistant, ne poussant qu'à 37 degrés sur des milieux riches en matières grasses et azotées. En réalité des travaux nombreux dont certains sont aussi anciens que la découverte du bacille lui-même, ont montré notamment dans ces derniers temps que tout est à reprendre dans une telle conception. A ces recherches se rattachent les noms d'Arloing et Courmont (1898), d'Auclair (1904), de Ferran (de Barcelone) (1905). Mais c'est surtout en ces derniers temps les travaux de Bezançon et Philibert d'une part, de Vaudremer d'autre part, qui ont apporté la lumière dans cette question si épineuse du pléomorphisme du bacille de Koch.

Etudiant par le procédé des coupes histologiques les voiles développés par les bacilles tuberculeux à la surface des milieux liquides, Bezançon et Philibert (1) ont montré que le bacille présente en réalité trois formes absolument différentes les unes des autres : l'une filamenteuse, la *substance cyanophile*, véritable charpente sur laquelle se dispose la forme habituelle, le *bacille acido-résistant*, et enfin les *corpuscules chromophiles* dont les uns sont inclus dans certains corps bacillaires, et dont les autres sont libres. La forme acido-résistante ne serait ainsi qu'un aspect transitoire, éphémère, épiphénoménal du parasite.

Par une voie différente, dans une série de travaux échelonnés depuis 1898 jusqu'à ce jour, Vaudremer (2) établit que le bacille de Koch s'accommode fort bien, pous pousser, de milieux extrêmement pauvres en éléments nutritifs. On peut obtenir de fort belles cultures sur gélose ordinaire ; le bacille cesse alors dans ce cas d'être acido-résistant. Par contre on peut faire reprendre l'acido-résistance à ces bacilles ainsi modifiés ; il suffit pour cela de les repiquer sur pomme de terre glycérinée. Quel que soit le mode de culture, le pouvoir pathogène ne s'en trouve pas modifié. Si l'on ensemence en profondeur dans l'eau de pomme de terre, on voit apparaître des éléments de toutes formes, de toute dimensions, non acido-résistants qui sont encore, malgré tout, du bacille tuberculeux. Certains de ces bacilles passent à travers les filtres, sous forme d'éléments invisibles qui ultérieurement vont se développer et donner naissance à une forme filamenteuse qui est toujours du bacille tuberculeux. Quant aux cultures filtrées elles-mêmes, elles vont déterminer chez l'animal, suivant le mode d'injection, soit des indurations locales, soit de la micropoly-adénopathie, soit enfin de la tuberculose du type Poncet. Que si un ganglion vient à évoluer vers la caséification, on y constatera la présence de granules acido-résistants ; ces granules repiqués à leur tour sur milieu glycériné donneront un bacille acido-résistant, du type initial. Le cycle est ainsi fermé.

Ces notions n'ont pas seulement un intérêt d'ordre biologique. Dès maintenant elles posent à nouveau le problème de l'hérédité de la tuberculose, résolu dès longtemps par la négative, en ce qui regarde le bacille acido-résistant, mais fort possible en ce qui concerne les formes filtrables. Elles permettent de se demander si, grâce au pouvoir immunisant relatif conféré par les formes granulaires réactivées du bacille, on ne pourrait pas espérer arriver à réaliser la vaccination anti-tuberculeuse vainement poursuivie jusqu'ici. Enfin la notion des formes invisibles et filtrables des microbes visibles, semble ouvrir une voie nouvelle extrêmement féconde à la bactériologie, ainsi que l'entrevoyait récemment Hauduroy (1).

Et ce ne sera pas là un des moindres intérêts de la question, qui, nous arrachant à l'opinion courante de la fixité des caractères microbiologiques, nous montrera l'avenir de la bactériologie dans la conception du polymorphisme des espèces bactériennes.

(1) BEZANÇON et PHILIBERT. Le bacille acido-résistant n'est qu'une des formes du parasite de la tuberculose, *Presse méd.*, 9 janv. 1926, p. 33. (Cet article renferme une importante bibliographie de la question.)

(2) VAUDREMER (A.). Le bacille de la tuberculose, *Paris méd.*, 5 janv. 1924, p. 26. (Cet article renferme une bibliographie importante à consulter.) — Voir également in *Concours méd.*, nov. 1925, nos 44 et 46, p. 2538 et 2649.

(1) HAUDUROY (P.). Les formes visibles des microbes invisibles, *Soc. de pathol. comparée*, 8 déc. 1925.

CE QUE LE RADIOLOGISTE DEMANDE AU MÉDECIN

Par le docteur ANDRÉ MAIRE.

Tout examen radiologique exige une préparation.
Tout médecin doit la connaître.

Le radiologue a besoin d'une courte observation clinique, fournie par le médecin, pour orienter ses recherches. Le radiologue ne doit pas examiner un malade sans fiche médicale clinique. Le radiologue ne doit pas fournir de diagnostic du malade.

La clinique ne peut se passer de radiologie, et la radiologie seule est aussi insuffisante que la clinique seule.

En cas d'indication opératoire, le chirurgien doit étudier la fiche radiologique et la fiche médicale avant de juger en dernier ressort.

Le médecin doit, non seulement, fournir un résumé clinique au radiologue, mais aussi préparer le malade à cet examen, pour que celui-ci ne soit pas faussé.

Sauf certains cas d'urgence, tels que la recherche d'un projectile ou autre corps étranger, la recherche de la forme ou du siège d'une fracture de membre, un examen radiologique ne se décide pas brusquement; le médecin doit le prévoir quelques jours à l'avance. Quelquefois un malade réclame cet examen sans attendre que son médecin le lui propose, parce qu'un ami s'est fait examiner... C'est une erreur, le médecin doit préparer son malade. En quoi consiste cette préparation ?

1° Il faut éviter la présence de toute ombre anormale, possible à supprimer.

2° Il faut que le malade se présente au radiologue dans un état de fonctionnement naturel; donc éviter d'apporter à ce fonctionnement toute modification qu'il soit possible d'éviter.

Supprimer l'usage externe et interne d'un produit à base d'*iode*, dans les huit jours précédant l'examen; une simple couche de teinture d'iode sur la peau peut diminuer la clarté d'un champ pulmonaire; certains bromures produisent des ombres dans la région vésiculaire; certains pansements de fractures ouvertes peuvent nuire à la visibilité des fragments osseux. Du *bismuth* donné pour essayer de calmer les douleurs d'ulcus gastrique passe dans l'intestin et peut gêner également. Ces produits sont à supprimer.

La préparation du malade sera particulièrement importante pour les examens des viscères abdominaux.

Eviter les matières fécales. Il faudra que le malade, avant de se présenter au radiologue, les ait éliminées; purge ou lavement sont indiqués.

Mais que l'intestin soit évacué le mieux possible, n'est pas tout. Si l'on veut faire un examen du tube digestif, l'estomac doit être vide aussi, et ce que le radiologiste demande, c'est un *jeûne absolu* : beaucoup de malade se croient l'estomac vide... parce qu'ils n'ont pas fait un repas complet; ils ont bu du café, ou du lait, ou de l'eau... ils ne sont pas à jeûn et prétendent l'être. Le radiologue risque alors de prendre pour du liquide de stase, ce lait, ce café, cette eau, qu'il trouve à l'examen gastrique.

Pas d'huile de paraffine dans la semaine qui précède un examen de transit intestinal. L'huile de paraffine modifie le fonctionnement de tube digestif.

Si le radiologue veut ensuite avoir recours à certains procédés de préparation pour se faciliter l'examen de tel ou tel organe, il se chargera de les indiquer au sujet. Lui seul évidemment est qualifié pour prescrire l'absorption de doses massives de *bromure de soude* et de *bromure de stontium*, qui rendent visible une vésicule. Ce n'est pas au médecin de l'ordonner, car le radiologue est seul à savoir s'il usera de ce procédé radiologique ou d'un autre; lui seul verra s'il doit recourir à telle ou telle méthode. C'est le propre de sa spécialité de connaître la technique préférable suivant les cas... et dans certains de ces cas, il sera le premier à faire appel au médecin pour lui demander son aide : qu'il s'agisse d'injecter, une substance opaque dans un canal dentaire, un uretère, dans un bassinet, une vessie...

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1926)

Discours de M. AUVRAY, président pour 1926.

A propos de la cardiolyse. — M. TUFFIER rapporte une autre opération de résection costale dans les affections cardiaques, ayant déterminé une grande amélioration dans l'état du malade.

Des arthrites tuberculeuses localisées du poignet chez l'enfant. — M. SORREL, après l'étude de M. L'Heureux sur le « carpe à une seule rangée », revient sur l'étude des tuberculoses du poignet évoluant dans l'enfance et pouvant guérir avec une conservation presque intégrale des mouvements; il apporte des observations et une série de radiographies pour appuyer l'interprétation pathogénique qu'il donne de ces cas.

Névralgie du trijumeau soulagée par section du nerf lingual. M. DE MARTEL fait un rapport sur une observation de M. PHEULPIN qui a guéri par simple section du nerf lingual une névralgie rebelle du trijumeau datant de sept ans. Le rapporteur fait des réserves sur cette guérison; il craint de voir tôt ou tard récidiver la névralgie; à son avis la seule possibilité de guérison radicale est obtenue en coupant la racine du nerf.

Son avis est partagé par M. ROBINEAU.

Note au sujet d'un cas d'abcès du cervelet d'origine otique. MM. REVEL et BARBEZIER. M. DE MARTEL fait un rapport sur cette intéressante observation d'abcès du cervelet survenu chez un homme de trente-sept ans, à la suite d'une otite moyenne, après intervention sur la caisse, l'état du malade s'aggrave, il fait de la paralysie faciale et tombe dans un état de torpeur; l'état ne s'améliore pas dans les jours qui suivent; vomissements, adiadococinésie, paralysie faciale complète; on réopère et on trouve des lésions de la mastoïde et des méninges. Après une amélioration passagère, le malade meurt. A l'autopsie on trouve deux abcès cérébelleux dont un seul a été ouvert; ceci est un nouvel exemple de la difficulté extrême du diagnostic des abcès du cervelet.

Traitement des tuberculoses de la hanche et du genou. — M. PASCHOUD (de Lausanne) fait une communication avec projection.

Trois observations de résections osseuses segmentaires pour tumeurs suivies de greffes. — M. M. CHATON (de Besançon) apporte trois intéressantes observations de résections osseuses segmentaires pour tumeurs (ostéo-sarcomes à myéloplaxes et ostéochondromes) du maxillaire, du cubitus et du péroné, suivies de greffes réparatrices. Toutes ces interventions ont donné un excellent résultat immédiat. La guérison se maintient depuis trois ans chez un des opérés.

M. Chaton fait ensuite une étude de la question des indications opératoires conservatrices dans les ostéosarcomes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1926)

La formation d'amino-acides dans la rate. — MM. LOEPER, DECOURT et LESURE montrent la formation d'amino-acides dans la rate. L'amino-acidémie de la veine splénique est plus élevée que celle de l'artère. Il semble qu'une grande partie de ces amino-acides soit dans le caillot et que la charge des hématies au sortir de la rate soit plus forte qu'à leur entrée.

L'adrénaline qui contracte si violemment la rate fait passer dans le sang des amino-acides comme elle y fait passer des hématies. Et l'ablation de la rate diminue de 10 à 20 p. 100 les amino-acides du sang.

Les acides aminés que la rate lance dans la circulation résultent sans doute de l'hémolyse intrasplénique.

Hémolyse et amino-acides. — MM. LOEPER, DECOURT, OLLIVIER et LESURE montrent que la destruction des globules rouges dans les tissus libère des acides aminés.

Les liquides hémorragiques contiennent plus d'amino-acides que les liquides séreux, les sérums hémolysés que les sérums purs, le caillot que le sérum. Bien plus, la cytolyse aseptique ou la protéolyse septique du caillot ou du sang total donnent naissance à une proportion importante d'acides aminés.

Les amino-acides s'accroissent également dans le sang des sujets porteurs d'hématomes ou des animaux à qui on injecte de fortes proportions de sang total.

Les amino-acides viennent de la molécule protéique du globule comme le pigment biliaire vient du noyau pyrrolé et le pigment ferrique du fer de l'hémoglobine.

Sur l'action sensibilisante et immunisante des filtrats d'exsudats tuberculeux bacillifères. — MM. A. BOQUET, L. NÈGRE et J. VALTIS ont établi :

1° Que les cobayes neufs inoculés par la voie sous-cutanée avec des filtrats d'exsudats péritonéaux bacillifères deviennent irrégulièrement sensibles à la tuberculine (épreuve dermique);

2° Que ces animaux, éprouvés vingt-six jours après la dernière injection avec une dose faible (0mmg0001) de bacilles virulents résistent dans une mesure très appréciable, comme l'avait constaté Paraf, à l'infection tuberculeuse.

Cette résistance paraît liée à la présence de lésions tuberculeuses atypiques, engendrées par les formes du bacille de Koch filtrables à travers les bougies Chamberland L_2, lésions identiques en tous points à celles que J. Valtis a précédemment décrites.

Rapidité de l'infection tuberculeuse par inoculation intrapéritonéale des produits tuberculeux filtrés sur bougie Chamberland L_2. — M. J. Valtis, en inoculant dans la cavité péritonéale du filtrat d'un ganglion tuberculeux, a constaté :

1° Que les formes filtrables du bacille tuberculeux se localisent rapidement dans les ganglions lymphatiques où on les retrouve dès le douzième jour sous la forme de bacilles acido-résistants typiques.

2° Que les éléments filtrables du bacille de Koch conservent pendant huit jours à la glacière leur pouvoir pathogène.

De l'action de quelques agents chimiques sur la floculation des sérums antiméningococciques. — MM. R. Dujarric de la Rivière et Et. Roux essayent de préciser comment agissent dans les réactions de floculation certaines résines (benjoin, gomme gutte) et leurs composants (acide cinnamique, benzoïque). Ils précisent l'importance de la réaction du milieu. Utilisant, certains indicateurs colorés (pourpre de crésol, rouge de phénol), ils constatent que tout se passe comme si la floculation dépouillait le sérum thérapeutique de de tout ce qui modifiant le pH par rapport au sérum normal, est capable de modifier la teinte de l'indicateur coloré. Enfin les auteurs mettent en évidence les propriétés de la gomme gutte qui donne à la fois une réaction d'opacité et une réaction de floculation et qui peut lorsqu'on fait varier l'antigène, être utilisée aussi bien pour les sérums syphilitiques que pour les sérums méningococciques.

Présence de formes invisibles des microbes visibles dans la nature. — M. Paul Hauduroy. Dans cette note l'auteur annonce qu'il lui a été possible d'isoler par filtration, à partir d'eaux polluées des bactéries ayant tous les caractères morphologiques et biochimiques du bacille d'Eberth. Ces bactéries sont dans les eaux sous une forme filtrante. Elles reprennent peu à peu, très lentement leur forme non filtrante et visible après être passées par une forme invisible d'abord, puis granulaire.

Action de l'atropine sur le rythme cardiaque. — MM. René Hazard et L.-J. Mercier ont recherché les modifications du rythme cardiaque provoquées chez le chien par des injections intraveineuses répétées de dix en dix minutes de très petites doses de sulfate d'atropine. Dans ces conditions on observe un ralentissement progressif du rythme cardiaque et la paralysie du vague s'installe sans qu'apparaisse la période habituelle d'accélération.

Défense d'éléphant. — M. Retterer.

Election d'un membre titulaire. — Elu : M. Urbain, 32 voix sur 63 votants.

(Séance du 6 février 1926)

Etude sur la réaction de Lange modifiée pour le diagnostic de la paralysie générale. — MM. Georges Guillain, Guy Laroche et P. Léchelle ont étudié la réaction de Lange modifiée dans soixante-quatorze cas de maladies nerveuses diverses. Ils ont observé que cette réaction ne se présente pas, soit avec une floculation totale, soit avec une floculation nulle, mais que, dans nombre de cas, on observe une décoloration partielle de l'or. La réaction ne leur a pas paru spécifique de la paralysie générale, car elle s'est montrée parfois dans cette maladie incomplètement positive, et de plus elle peut s'observer complètement positive dans des cas de tabes évolutifs, de sclérose en plaques, de tumeurs cérébrales, d'abcès cérébral, d'encéphalite épidémique. La réaction du benjoin colloïdal à seize tubes leur a paru donner des résultats plus sensibles et plus précis. D'ailleurs, le défaut d'étendue de la réaction de l'or modifiée due au petit nombre de ses tubes ne permet pas, comme dans la réaction originale de Lange et dans la réaction du benjoin colloïdal, d'avoir des courbes et ainsi de pouvoir suivre l'évolution régressive du syndrome humoral d'une forme quelconque de syphilis nerveuse sous l'influence du traitement.

Une méthode de recherche et de mesure de la réaction de la dioxyphénylalanine (dopa) sur la peau humaine « in vivo ». — MM. E. Schulmann et Milan-Kitchevatz étudient l'action de la dioxyphénylalaline (dopa) sur la peau humaine « in vivo ». Ils utilisent une solution au 1 millième, des compresses de papier filtre soigneusement mesurées, de dix épaisseurs, pliées en accordéon et incluses dans du taffetas gommé. L'appréciation de la réaction est donnée par la mesure colorimétrique de la tache brune obtenue sur le papier, par la surface de la même tache appréciée en millimètres de diamètre, par le degré de pénétration de la pigmentation indiqué par le nombre de couches de papier filtre qui a été traversé.

Augmentation du soufre sanguin après surrénalectomie. — MM. Loeper, Decourt et Tousset opposent aux variations minimes de l'amino-acidémie l'augmentation constante du soufre après la surrénalectomie.

La courbe du soufre sanguin s'élève d'abord notablement et s'abaisse ensuite pour se maintenir très au-dessus du chiffre antérieur

Ces résultats sont conformes à ce que leur avait appris l'étude du sang des addisoniens dont le taux soufré est très accru.

D'autre part, la veine surrénale contient moins de soufre que l'artère.

Il semble donc que la glande surrénale joue un rôle dans le métabolisme et peut-être dans la fixation du soufre.

Variations de l'amino-acidémie après la surrénalectomie. — MM. Loeper, Decourt et Lesure étudient les variations des amino-acides du sang après la surrénalectomie et montrent qu'elles se caractérisent surtout par un abaissement.

Ces résultats se superposent assez exactement à ceux que donnent les addisoniens.

D'autre part, la veine surrénale contient plus d'amino-acides que l'artère.

Il se forme donc des amino-acides dans la surrénale. Parmi ces amino-acides il faut compter l'adrénaline, mais la richesse adrénalinique du sang de la veine ne suffit pas à expliquer cet accroissement.

Pourtant l'augmentation des amino-acides au sortir de la surrénale n'est pas beaucoup plus considérable qu'au sortir d'un organe quelconque comme, par exemple, la rate.

Spirochoeta bronchialis et gangrène pulmonaire. — MM. Besançon et E. Etchegoin présentent le résultat de leurs recherches concernant onze cas de gangrène pulmonaire. Sept fois sur onze, ils ont trouvé un spirochète type bronchialis analogue à celui décrit par Castellani en 1905. Moyennant une technique très précise, ils arrivent à le différencier des autres spirochètes et de fixer nettement son caractère morphologique, ses mouvements et granulations. Pour eux les différentes descriptions faites par plusieurs autres auteurs proviennent du manque d'une technique aussi précise que celle qu'ils indiquent.

Influence des injections de corps radioactifs sur la fabrication des anticorps. — MM. Lacassagne et Paulin ont étudié l'action des injections intraveineuses de polonium sur des lapins préparés avec des anatoxines diphtérique et tétanique. Des expériences antérieures de Lacassagne et Lattès avaient montré qu'un corps radioactif comme le polonium produit la destruction du système réticulo endothélial. Les animaux irradiés et les animaux témoins ont produit sensiblement le même nombre d'unités antitoxique. Ce résultat ne paraît pas favorable à la théorie qui attribue aux cellules du système réticulo endothélial la fabrication des anticorps

Bactériologie et vaccinothérapie des bronchopneumonies. — M. Louis Duchon souligne le rôle qui revient au groupe des diphtériques, la relation parfaite entre la bactériologie pulmonaire et la flore rhinopharyngée. L'auteur distingue une surinjection étogène qui explique la gravité des rougeoles d'hôpital, une surinjection endogène consécutive à un traitement mal conduit. L'auteur expose les conclusions thérapeutiques obtenues par un lysat-vaccin employé à titre thérapeutique et préventif : il a noté une défervescence rapide de la température, l'arrêt de formation de nouveaux foyers.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1926)

Installation du bureau. — Allocutions de M. Dartigues, président sortant, et de M. Léopold-Lévi, président pour 1926.
Compte rendu des travaux de l'année par M. Lavenant, secrétaire général adjoint. Notices nécrologiques par M. Blondin, secrétaire général.

Tumeur de l'hypophyse. (*Présentation d'opéré et projections*). — M. J. Bourguet.

L'immigration en France. Statistique. Répercussions sanitaires et sociales. Comparaison avec les divers pays récepteurs. Législation. — M. R. Martial.

Exploration radiologique des organes génitaux de la femme au lipiodol. — M. F. Masmonteil (de Paris) présente une série de clichés où la radiographie des organes génitaux de la femme, injectés au lipiodol, lui a rendu des services précieux pour éclairer certains diagnostics gynécologiques délicats et pour préciser d'emblée la conduite opératoire la plus judicieuse.

La diathermothérapie médicale des hémorroïdes. — M. Paul Meyer rapporte quatre-vingt-douze observations de malades porteurs d'hémorroïdes internes ou externes peu développées, mais cependant fort gênantes, très soulagées par les courants de diathermie médicale. Il ajoute à la technique classique d'applications locales bi-polaire des applications de diathermie transabdominales qui constitueraient un traitement étiologique des varices anales. De plus, dans le traitement local des crises hémorroïdaires aiguës, il utilise un pôle anal externe constitué par un gros tampon de coton hydrophile imbibé d'eau salée.

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1926)

Sur un dispositif facilitant la technique des injections intravariqueuses. — MM. Molinéry et Vacheron présentent un dispositif essentiellement constitué par une table au bâti de laquelle sont fixés un siège articulé et deux barres d'appui réglables : le dossier du siège pouvant s'incliner en arrière et prendre une position horizontale provoquant l'abaissement du siège jusqu'au niveau de la partie fixe de la table. Toutes les positions intermédiaires d'inclinaison du dossier peuvent être obtenues et conservées à l'aide d'un volant de bloquage. La partie technique de cette table appartient entièrement à M. Vacheron.

Quatre observations de tuberculoses locales ayant suppuré pendant un temps prolongé et guéries par le collo-vaccin. — M. Arthur Grimberg.

Coma diabétique et insuline. — M. Henry Bith.

Phimosis acquis des vieillards. — M. P. Gallois attire l'attention sur les troubles urinaires qui peuvent survenir par suite du rétrécissement du prépuce chez les gens âgés qui ne prennent pas des soins de propreté suffisants de leurs organes génitaux. Il conseille la dilatation progressive par les bougies Béniqué.

Traitement des sténoses spasmodiques graves et inflammatoires de l'œsophage par la dilatation multi-bougiraire. — M. J. Guisez.

Nouveau procédé d'exploration radiologique de l'appendice : son application au diagnostic de l'appendicite chronique. — M. Cambies. L'examen aux rayons X de l'appendice doit être pratiqué systématiquement dans tous les cas de syndromes douloureux de la fosse iliaque droite, et spécialement dans les cas étiquetés « appendicite chronique ».

« Pour faciliter le remplissage de l'appendice, nous avons recours à l'emploi du chlorure de magnésium en solution, et surtout à l'eau minérale de Châtel-Guyon qui joue un rôle excito-moteur de la fibre musculaire intestinale. Nous préparons les bouillies opaques à l'aide de gélobarine Poulenc ou de Radiopaque Heudebert dilués dans l'eau magnésienne. L'appendice est visible dans 85 à 90 p. 100 des cas. Il est facile d'étudier sa forme, sa situation, sa mobilité, son mode de remplissage et d'évacuation, et surtout de préciser s'il est douloureux ou non. L'appendice apparaît régulièrement entre la huitième et la neuvième heure. Ce procédé devra être utilisé avant toute intervention chirurgicale. »

A propos de l'oxygénothérapie. — M. Dupuy de Frenelle conclut que les injections sous-cutanées d'oxygène, à la dose de 300 à 500 centimètres cubes, sont un excellent adjuvant du traitement de tous les états chirurgicaux et médicaux qui s'accompagnent de dyspnée, d'asthénie et d'hypotension. Elles peuvent être d'un précieux secours lorsqu'elles sont employées prophylactiquement avant ou pendant l'opération.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MALADIES PROFESSIONNELLES. MALADIES ANTÉRIEURES

On sait que la loi du 25 octobre 1919 sur certaines maladies professionnelles n'a été mise en vigueur que quinze mois après sa promulgation ; elle a donc reçu application à partir du 25 janvier 1921. La question s'est posée de savoir si l'ouvrier, victime de ces maladies professionnelles, peut invoquer la loi, lorsque la manifestation de ces maladies s'est produite antérieurement à sa mise en vigueur.

Nous avons à cet égard fait connaître diverses solutions de la jurisprudence des Cours d'appel et des Tribunaux, qui est divisée. La Cour de Douai, dans un arrêt du 17 avril 1923 (*Recueil de Douai*, 1923, p. 193), et la Cour de Paris, dans un arrêt du 13 octobre 1924 (*Rec. Gaz. des trib.*, 1925-2-179) se sont prononcées contre l'application de la loi ; au contraire, la Cour d'Orléans (arrêt du 13 février 1924, *Dalloz heb.*, 1924, p. 253) et le Tribunal civil de la Seine (jugement du 18 décembre 1924, *Rec. Gaz. des trib.*, 1925-2-291) ont considéré que la loi devait recevoir son application.

La Cour de cassation a rendu, le 2 décembre 1925, un arrêt très important, aux termes duquel il suffit, pour qu'un ouvrier ou employé soit admis à invoquer le bénéfice de la loi du 25 octobre 1919, que la cessation du travail imputable à la maladie professionnelle dont il demande réparation soit postérieure à la mise en vigueur de cette loi.

L'arrêt s'exprime ainsi :

« Attendu que G..., ouvrier peintre depuis plus de trente années au service de la Société fermière de X..., est décédé le 1er juillet 1921 des suites d'une intoxication saturnine chronique qui l'avait obligé à cesser tout travail à partir du 14 février précédent ; que s'il semble avoir ressenti dès l'année 1912 les premières atteintes de cette maladie professionnelle, ses crises antérieures de colique de plomb ont été sans gravité, n'ayant entraîné que des suspensions de travail de quelques jours ;

Attendu qu'à la suite d'une instance introduite contre la Société fermière de X... dans les termes de la loi du 9 avril 1898 et de celle du 25 octobre 1919, l'arrêt attaqué a alloué à la veuve G... les rentes légales ;

Attendu, d'après le pourvoi, que l'arrêt aurait méconnu le principe de la non-rétroactivité des lois, en déclarant la loi du 25 octobre 1919 applicable à une maladie professionnelle qui se serait manifestée depuis l'année 1912 ;

Mais attendu qu'en disposant dans son article 5 que toute maladie professionnelle, dont la victime demande réparation, doit être déclarée par ses soins à la mairie, dans les quinze

jours de la cessation du travail, la loi du 25 octobre 1919 a fait naître au jour de la cessation du travail le droit de l'ouvrier aux indemnités prévues par cette loi et par la loi du 9 avril 1898; que, par suite, pour admettre un ouvrier ou employé à invoquer le bénéfice de la loi du 25 octobre 1919, il suffit que la cessation du travail, imputable à la maladie professionnelle, dont il demande réparation, soit postérieure à la mise en vigueur de cette loi;

Attendu que, suivant l'article 13, la loi doit entrer en vigueur quinze mois après sa promulgation, sauf pour les modifications et adjonctions ultérieures à la liste des maladies professionnelles; que ce délai répond à la durée de responsabilité fixée à un an pour les maladies professionnelles visées aux tableaux annexes, augmenté de trois mois; qu'ainsi le législateur a déterminé, d'une façon expresse, la date d'application de la loi, sans la faire dépendre de la circonstance que la maladie professionnelle ayant occasionné après cette date la cessation du travail s'était ou non manifestée antérieurement par certains accidents. »

La Cour suprême en conclut qu'en accueillant l'action intentée par la veuve G..., en raison de la maladie professionnelle de son mari qui a occasionné la cessation de travail plus de quinze mois après la promulgation de la loi, l'arrêt attaqué n'avait pas violé les lois visées.

Ainsi donc, d'après l'arrêt de la Cour suprême, l'article 5 de la loi du 25 octobre 1919 est péremptoire : la victime d'une maladie professionnelle antérieure peut se prévaloir des dispositions de la loi nouvelle, dès l'instant que la cessation de travail s'est produite postérieurement à sa mise en vigueur.

Cette solution ne paraît pas conforme à la volonté du législateur : elle a pour effet de faire supporter au patron les conséquences de maladies très anciennes qui se sont manifestées depuis de longues années par de nombreuses cessations de travail : or, aux termes de l'article 3 de la loi du 25 octobre 1919, un employeur n'est responsable que des maladies professionnelles correspondant à son exploitation pendant la présence de l'ouvrier à son établissement et l'année qui suit son départ. D'autre part, elle aboutit à permettre à un ouvrier de choisir le patron auquel il fera supporter les conséquences d'une maladie professionnelle : ce sera le patron au service duquel travaillera l'ouvrier quand il fera sa déclaration après telle cessation de travail qu'il lui plaira d'envisager.

Il est vrai que dans l'espèce rapportée ci-dessus, il est constaté que l'ouvrier peintre travaillait depuis plus de trente années à la Société fermière de X.... Il se peut que cette constatation de fait ait entraîné la décision de la Cour de Riom contre laquelle un pourvoi avait été formé et celle de la Cour de Cassation. Mais celle-ci juge en droit et les objections que nous avons indiquées subsistent donc d'une manière générale ; et il apparaît en outre que l'article 5, sur lequel repose la thèse de la Cour de Cassation, ne vise qu'une question de forme, concernant la déclaration à faire. De plus ce texte n'a pas entendu déroger au principe de la non-rétroactivité des lois ; or la décision de la Cour suprême aboutit à faire supporter au patron les conséquences d'une maladie professionnelle antérieure à la mise en vigueur de la loi du 25 octobre 1919. Il a été donné à l'article 5 une portée qui paraît excessive.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

I Believe in God and in evolution (1), par William W. KEEN, M. D. emeritus professor of surgery, Jefferson medical College Philadelphia, doctor honoris causa, University of Paris.

M. le professeur Keen nous a fait le grand honneur de nous adresser son livre, véritable profession de foi d'un illustre savant qui tient à associer ses convictions religieuses et sa foi raisonnée dans l'évolution humaine.

Ce bel ouvrage a eu un grand retentissement en Amérique, les plus hautes sommités de la science en ont fait l'éloge le plus mérité. On nous permettra de citer celui que le docteur James R. Angell, président de Yale Université, a adressé au professeur Keen :

« *Je crois en Dieu et à l'évolution*, écrit-il, est un livre qui vient à son heure et qui mérite d'être répandu.

L'évidence qu'il apporte est présentée de la façon la plus convaincante et doit entraîner la conviction de tout lecteur intelligent et d'esprit ouvert. Nous avons tous contracté envers vous une grande obligation pour nous avoir présenté un exposé aussi lucide et persuasif. »

Nous n'ajouterons rien à cette appréciation. L'ouvrage de M. le professeur Keen est le digne couronnement d'une longue vie consacrée à la science et à la recherche de la vérité.

F. L. S.

(1) Sixième édition, nov. 1925. — Philadelphia and London, J. B. Lippincott Company.

Les consultations journalières.

Sous ce titre la maison Doin publie une nouvelle collection inspirée par les besoins actuels de la vie médicale.

Donner sous un petit volume, et à un prix abordable, les directives thérapeutiques nécessaires à la clientèle de chaque jour n'est-ce pas créer une sorte de prolongement de l'hôpital qui permettra aux praticiens et aux étudiants de se tenir au courant des questions en évolution ?

Il suffira d'énumérer les volumes parus pour en montrer tout l'intérêt.

Maladies infectieuses. Intoxications. Vaccins. Sérums, par André DUFOURT, médecin des hôpitaux de Lyon, chef des travaux de médecine expérimentale et bactériologie à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-16 de 408 pages, cartonné. — Prix : 18 fr.

Foie, pancréas, rate, par le docteur MATHIEU DE FOSSEY. 1 vol. in-16 de 170 pages, cartonné. — Prix : 10 fr.

Diabète, goutte, obésité, oxalémie, rhumatismes chroniques, par le docteur Jacques FORESTIER, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 376 pages, cartonné. — Prix : 18 fr.

La Syphilis acquise, par H. MONTLAUR, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-16 de 300 pages, cartonné. — Prix : 18 fr.

Ophtalmologie, par L. BUSSY, chef des travaux d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-16 de 308 pages avec figures, cartonné. — Prix : 15 fr.

Psychiâtrie, par le docteur H. CODET. 1 vol. in-16 de 160 pages, cartonné. — Prix : 12 fr. 50.

Le laboratoire dans la médecine journalière, par le docteur Philippe NAVARRE. 1 vol. in-16 de 208 pages, cartonné. — Prix : 14 fr.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES HÉPATOMÉGALIES CHRONIQUES

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS. — L'hépatomégalie chronique, ou hypertrophie chronique du foie, est un symptôme fréquemment rencontré en clinique.

Le diagnostic positif en est généralement évident. Tout le problème réside dans le diagnostic étiologique qui se pose dans des conditions bien différentes suivant que :

1. L'hépatomégalie n'est qu'*un des éléments* du tableau clinique ou existe à l'état presque *isolé*.
2. Suivant qu'il s'agit d'un *adulte* ou d'un *enfant*.

En tous cas, c'est un symptôme important, de haute et réelle valeur diagnostique dont il faut avant tout rechercher la cause.

I. DIAGNOSTIC POSITIF

Il repose sur les renseignements fournis par l'examen physique.

1° **Inspection.** — Elle peut montrer une déformation plus ou moins nette de la base de l'hémithorax droit avec projection en dehors des derniers espaces intercostaux.

Parfois : voussure de l'hypocondre droit pouvant s'étendre jusqu'à l'épigastre et même l'hypocondre gauche (volumineuses hépatomégalies).

2° **Palpation.** — Elle permet de délimiter le bord antéro-inférieur du foie. Il faut palper doucement, la main bien à plat et déprimant progressivement et de bas en haut la paroi abdominale. La palpation donne de précieux renseignements sur :

a. *Le bord inférieur.* — Il est à un niveau variable. On en notera la forme, la régularité ou l'irrégularité, la consistance. On pourra le dessiner sur la paroi au crayon dermographique.

b. *La surface du foie.* — Lisse ou inégale (tumeurs enchâssées, nodules, encoches), dure ou dépressible.

Lorsque l'hépatomégalie s'accompagne d'*ascite*, la palpation du foie est impossible en cas de grosse ascite (cependant ici douleur provoquée par la palpation). En cas d'ascite légère, rechercher le *phénomène du glaçon*.

Dans quelques cas, par la palpation bi-manuelle, on peut obtenir de précieux renseignements sur le volume du foie (la main gauche déprimant la fosse lombaire).

3° **Percussion.** — Peu précise pour la recherche du bord inférieur du foie (tympanisme intestinal), elle est de grande valeur pour en délimiter le bord *supérieur* (percuter de haut en bas et de bas en haut).

Le niveau normal est le quatrième ou le cinquième espace, un peu au-dessous du mamelon.

Mesurer la *hauteur de la matité* hépatique après avoir ainsi délimité les bords supérieur et inférieur. Normalement, elle est de 11 centimètres.

4° **Auscultation.** — Très accessoire, pourrait faire entendre des frottements de péri-hépatite.

5° **Radioscopie.** — Fournit de très précieux arguments, surtout après évacuation de l'intestin, insufflation et parfois pneumopéritoine. Rechercher tumeurs, ombres anormales, saillies, mobilité.

6° **Les signes fonctionnels et généraux.** — Sont extrêmement variables suivant le processus causal. Ils aident grandement au diagnostic, et certains seront plus souvent recherchés :

1. **Signes fonctionnels.** — Gêne, pesanteur, douleur névralgique ou profonde (point de côté intrahépatique).

2. **Signes généraux.** — L'examen des *urines* est des plus importants. Rechercher les signes d'*insuffisance hépatique*.

Compléter toujours par l'*examen général* du malade : rechercher les signes d'hypertension portale, percuter la rate, examiner le liquide d'ascite, etc.

II. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il est généralement assez facile.

1. **Foie ptosé** (abaissement du bord supérieur).

2. **Pleurésie droite des cardiaques** (après infarctus). — Rechercher les signes pleuraux et cardiaques. La radioscopie montre la disparition du cul-de-sac avec diminution de la mobilité et ombre pleurale.

3. **Collection subaiguë de l'hypocondre droit (abcès sous-phrénique subaigu).** — Se baser sur les antécédents (gastriques, appendiculaires, etc.).

4. En cas d'**hépatomégalie partielle**, le diagnostic peut être beaucoup plus délicat.

a. L'hypertrophie du **lobe gauche** sera différenciée de certaines splénomégalies, de tumeurs gastriques.

b. Celle du **lobe droit**, parfois comme indépendante du foie à l'examen clinique, sera distinguée de :

Cholécystite hydropique ;
Tumeur du rein droit ;
Tumeur du mésentère.

III. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Il se présente différemment chez l'*adulte* et chez l'*enfant*.

A. **CHEZ L'ADULTE.** — L'hépatomégalie existe isolément ou associée à d'autres symptômes parmi lesquels l'un est capital, par sa fréquence et par son importance, la *splénomégalie*. Elle est le témoin de la synergie fonctionnelle du foie et de la rate, l'atteinte de l'un de ces organes réagissant sur l'autre. Ainsi est justifiée notre division en :

1. Hépatomégalies *isolées*.
2. Hépatomégalies *avec splénomégalies*.

1° **Gros foie isolé.** — Le diagnostic étiologique est *très difficile*. La conservation de l'extrême altération de l'état général sont ici facteurs importants.

a. **L'état général est relativement conservé.** — Penser à rechercher :

1. Kyste hydatique. — Le kyste hydatique central donne une hépatomégalie massive. Les kystes superficiels déforment l'organe dans le sens où ils se développent (variété supérieure, variété antéro-inférieure).

Rechercher dans les antécédents les *petits signes d'hydatisme* (urticaire, dégoût des graisses, douleurs dans l'épaule droite, épistaxis). Rechercher l'éventualité de contacts répétés avec des chiens.

La lenteur de l'évolution, les recherches de laboratoire (éosinophilie, réaction de Weinberg) et la radioscopie pourront orienter le diagnostic.

2. Foie cardiaque. — *a.* Dans les cas typiques, c'est un gros foie douloureux, pulsatile, avec ascite, et variable avec l'insuffisance cardiaque (foie en accordéon).

b. Mais, beaucoup plus délicat est le diagnostic en cas d'*asystolie hépatique*, le foie restant très gros alors que se sont évanouis tous les autres signes d'insuffisance cardiaque. C'est en particulier le cas du gros foie des hypertendus (Castaigne). Rechercher un clangor aortique, un souffle diastolique, étudier la tension artérielle, et recourir à la radioscopie qui pourra montrer suivant les cas l'hypertrophie du ventricule gauche ou le retentissement sur le cœur droit. Recourir, enfin, à l'épreuve thérapeutique (repos, diète, tonicardiaques).

c. Savoir qu'au foie cardiaque se rattache la symphyse péricardo-périhépatique, rare d'ailleurs.

b. **Mauvais état général.**

1. Cancer du foie. — Chez un sujet de plus de cinquante ans, la constatation d'un très gros foie avec amaigrissement et affaiblissement *progressifs* doit faire penser au cancer du foie.

a. Le *cancer primitif* donne un gros foie, dur, pierreux, à bord tranchant, immobile par périhépatite, l'hépatomégalie augmentant sans cesse pour devenir énorme. Pas d'hypertension portale, mais une véritable cachexie en deux ou trois mois. Les signes d'insuffisance hépatique sont tardifs.

b. Le *cancer secondaire* donne un foie marronné et bourré de nodules. Il est plus *douloureux* et s'accompagne souvent de signes de compression portale ou biliaire. Le diagnostic est facile si la tumeur primitive est connue. Sinon, la rechercher toujours et explorer rectum, pylore, intestin.

2. Abcès dysentérique a évolution lente. — Gros foie douloureux avec irradiations vers l'épaule droite. Les antécédents dysentériques ne sont pas toujours nets, le syndrome infectieux réduit au minimum. C'est la recherche des kystes amibiens le seul signe certain ; recourir aussi au traitement d'épreuve émétino-arsénical.

3. Cirrhoses malignes. — Chez les tuberculeux ou les alcooliques invétérés, on trouve un gros foie largement débordant les fausses côtes. C'est un foie de dégénérescence graisseuse que l'étude des antécédents permet de ramener à son étiologie.

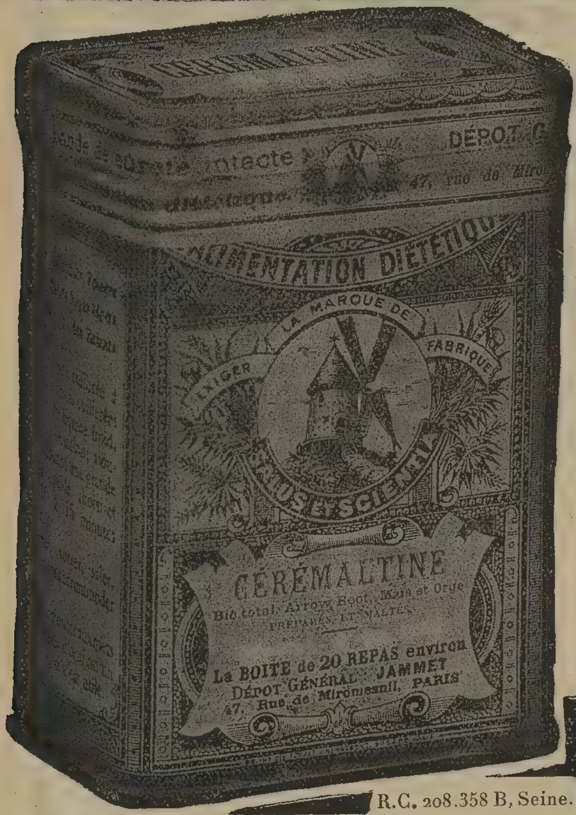
4. Certaines gommes syphilitiques du foie. — Volumineuses et isolées (rare).

5. Gros foie des dyspeptiques (rare). — C'est l'épreuve diététique qui permet le diagnostic. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

FARINES MALTÉES JAMMET



de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS
et l'ALIMENTATION DES ENFANTS

FARINES TRÈS LÉGÈRES	FARINES LÉGÈRES
RIZINE Crème de Riz maltée	**GRAMENOSE** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE à base de Blé et d'Avoine maltés	**BLÉOSE** Crème de Blé total maltée
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	**AVENOSE** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	**LENTILOSE** Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...
MALT GRANVILLE — MALTS TORRÉFIÉS — MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépôt général : Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris

R.C. 208.358 B, Seine.

GYNERGÈNE

"SANDOZ"

Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot

Le plus puissant des Hémostatiques utérins

AMPOULES	COMPRIMÉS	GOUTTES
1/2 à 1, et plus, selon les nécessités.	1 à 2, trois fois par jour.	XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

Échantillons et Littérature : PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz. — PARIS Xe.

Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 125, rue de Turenne. — PARIS (3e).

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9 fr. 50.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* **48-31**

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . **45** *fr.*
Tarif n° 1 : **55** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Commission de classement des assistants d'électro-radiologie. — Le jury est provisoirement composé de MM. Chicotot, Beaujard, qui acceptent; Mallet, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— Concours de l'internat (Sainte-Périne et Hendaye). — *Lecture des copies.* — Séance du 15 février. — MM. Paris, 24; Briault, 23; Casaubon, 28; Séguinot, 20; Petit, 22; Mlle Berger, 19.

Séance du 17 février. — Question donnée : « Diagnostic des comas chez le vieillard. »

MM. Casaubon, 19; Vendel, 18; Lafaille, 17.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours pour deux places de chirurgien adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 27 avril prochain. S'inscrire avant le 13 avril au secrétariat des hospices, 91, cours d'Albret, à Bordeaux.

— Rouen. — M. Guillouet a été nommé chirurgien des hôpitaux.

— Toulouse. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Lapasset, Giscard, Fabre (Pierre), Ducoudray, Labourdette et Suc, internes titulaires; de MM. Aulajeu, Fabre (Jacques) et Planques, internes provisoires.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — Un concours s'ouvrira le 7 octobre 1926 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de professeur suppléant de clinique et de pathologie médicales à l'Ecole de médecine de Caen.

— Marseille. — Un concours pour un emploi de chef de clinique exotique s'ouvrira le 19 avril 1926,

Un concours pour un emploi de chef de clinique dermatologique s'ouvrira le 16 juin 1926.

— Poitiers. — Le concours ouvert devant la Faculté de médecine de Bordeaux pour une place de suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale s'est terminé par la nomination de Mme Forget-Urion.

— Rouen. — Ont été nommés :

Professeur de pathologie externe, M. Jeanne; chef de clinique médicale, M. Lecourt; chef de clinique obstétricale, M. P. Cerné.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. (Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 14, p. 210). — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Bidault (de Liernais).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Albert (de Parcé), Amouroux, médecin-major de 2e classe, à Toulouse; Aubiban (d'Arreau), Bazin (du Blanc), Benech (de Maxéville), Bert (de Caudéran), Bisquerra (de Sidi Aïch), Bressot, médecin-major de 2e classe, à Constantine; Brossard (de Bègles), Brulant (de Saulzoir), Brun (de Cavaillon), Chardon (de Celles-sur-Belle), Chaudron (de Celles-sur-Plaine), Clappier (de Limoges), Courtois (de Rouen), Etienne (de Renwez), Faure (de Paris), Fleyssac (de Treignac), Girard (de Mougon), Giraud (de Montflanquin), Guittard (de Laforce), Huter (de Strasbourg), Margerid (de Guergour, Constantine), Marvy, médecin-major de 1re classe, à Paris; Moingeard, médecin principal de 1re classe, à Nancy; Pissot (de Versailles), Provost (du Pellerin), Quesnel (de Balleroy), Robert (de Lavoncourt), Rondet (de Neuville-sur-Saône), Salabert-Strauss, médecin-major de 1re classe à la Commission militaire interalliée de contrôle en Allemagne; Temporal (de Saint-Rainbert), Wallon (de Paris).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Giorgi (de Venaco).

MARINE. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Lefebvre et Georges Portmann, médecins de réserve.

Au grade de chevalier. — M. Marçon, médecin de 1re classe.

MARINE. — Ont été promus :

Au grade de médecin en chef de 1re classe. — M. Letrosne.

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. Roux.

Au grade de médecin principal. — M. Solcard.

Au grade de médecin de 1re classe. — M. Keraudren.

LIXe CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES A POITIERS (avril 1926). — Le LIXe Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira à Poitiers, le 6 avril 1926, à 2 heures. Les journées des mardi 6, mercredi 7, jeudi 8 et vendredi 9 avril seront consacrées aux travaux du Congrès. M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts présidera la séance générale de clôture.

CONGRÈS ARGENTIN DE CHIRURGIE. — En août 1926 aura lieu le premier Congrès national de chirurgie.

Le Comité d'organisation est présidé par le docteur Daniel J. Cranwelle et composé des docteurs L. M. Allende, Eduardo Belàustegui, Alejandro Ceballos et M. Ruiz Moreno.

JOURNÉES MÉDICALES DE TUNIS. — Cette réunion s'annonce comme un gros succès, les inscriptions sont très nombreuses et nous ne saurions trop recommander aux confrères désireux d'y assister et de visiter dans les meilleures conditions la Tunisie, d'adresser avant le 28 février leurs adhésions au docteur Gérard, secrétaire général, 100, rue de Serbie, à Tunis.

LES MÉDECINS DE LA CHAMPAGNE. — Il vient de se fonder une Amicale des médecins de la Champagne ayant pour but de réunir les médecins originaires de la Marne, de l'Aube, de la Haute-Marne, de l'Aisne.

Pour toute demande de renseignements ou adhésions, s'adresser au docteur Villetard de Laguière, 11, rue du Lac, Saint-Mandé (banlieue) ou au docteur Colanéri, 61 *bis*, boulevard Beauséjour, Paris.

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Les « Médecins parisiens de Paris » ont donné le 11 février leur premier grand dîner annuel, lequel fut précédé de l'assemblée générale et suivi d'une soirée artistique et dansante des plus brillantes.

A l'assemblée générale, le rapport du trésorier fit ressortir l'excellent état des finances, et celui du secrétaire général, la prospérité de cette Société. En effet, alors qu'à la fondation (le 25 mars 1924) 56 médecins parisiens constituaient seuls ce groupement, celui-ci compte aujourd'hui 110 membres, et 11 candidatures nouvelles furent annoncées à cette dernière réunion.

Enfin, fut élu le bureau pour 1926 qui est ainsi composé : président d'honneur, M. le professeur Charles Richet; président honoraire, M. le professeur Balthazard; vice-président honoraire, M. le docteur Vimont; président, M. le docteur Devraigne; vice-présidents, MM. les docteurs Blondin et Duclaux; secrétaire général, M. le docteur Pierre Prost; trésorier, M. le docteur Jules Bongrand.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au secrétaire général, le docteur Pierre Prost, 119, boulevard Malesherbes, Paris (VIIIe).

L'ŒUVRE SOCIALE DU BON LAIT, dont le but principal est d'assurer à la classe la moins fortunée un lait propre et pur par un rigoureux contrôle fait chaque jour dans son laboratoire, vient d'être reconnue comme établissement d'utilité publique. Le décret lui conférant ce titre est la récompense de vingt années d'efforts pour arriver par un travail obscur mais persévérant à l'amélioration du lait amené à Paris.

MISE AU CONCOURS DE LA PLACE DE MÉDECIN DIRECTEUR DU SANATORIUM DE HOHRODBERG. — La place de médecin directeur du sanatorium de Hohrodberg, au-dessus de Munster (Haut-Rhin) sera mise au concours à partir du 1er mars 1926 (concours sur titres).

Les candidats à ce poste devront adresser avant le 15 avril 1926 leurs demandes au Comité de direction de la caisse de maladie des chemins de fer d'Alsace et de Lorraine, 3, boulevard du Président-Wilson, à Strasbourg. A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus et des titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances médicales, scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues, ou des fonctions antérieures. (Prière d'ajouter en même temps un exemplaire des publications.)

Les candidats devront parler couramment la langue allemande.

Une commission technique, nommée par le Comité de direction de la caisse de maladie des chemins de fer d'Alsace et de Lorraine, sera chargée d'examiner les titres des candidats; la nomination sera faite par le Comité de direction de cette caisse.

Le traitement du médecin directeur est de 15.000 francs. Ce médecin sera logé et nourri par le sanatorium.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Eugène Decressac, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital d'Angoulême, père du docteur Decressac (d'Angoulême) et du docteur Decressac (de Mouthiers), beau-père du docteur Dutemps (de Champniers), auxquels nous adressons nos bien vives condoléances; — de M. le docteur Juan B. de Landeta, l'éminent clinicien, doyen des médecins de la Havane, membre de l'Académie des sciences cubaine; ancien interne des hôpitaux de Paris dans la promotion de 1859, M. de Landeta fut le collègue de Brouardel, Dubreuil, Bouyer, Polaillon, Horteloup et Périer; une amitié particulière le lia à Simon Duplay; — Le professeur Serafino Patellani-Rosa, professeur d'eugénétique sociale à l'Université de Milan et auteur de nombreux travaux de gynécologie et d'obstétrique; — MM. les docteurs Gaetano Regondi, médecin adjoint du Manicomio provincial de Rome; Gennaro Balsamo (de Siderno); Alfred Vignaud Dupuy de Saint-Florent (de Saint-Junien); José Pagès Puig, médecin de l'hôpital del Sagrado Corazon (de Barcelone); Léon Baraduc, père de notre collègue et ami Frank Baraduc (de Chatel-Guyon) auquel nous adressons toute notre bien vive sympathie; — Mme Marius Moutet, docteur en médecine à Paris, chevalier de la Légion d'honneur; — MM. les docteurs Enrique Lluria (de Cienfuegos, Cuba); Tomas Hernandez (de Sagua-la-Grande, Cuba).

MISE AU CONCOURS D'UN POSTE DE CHEF DE LABORATOIRE BACTÉRIOLOGIQUE. — La Municipalité d'Alexandrie met au concours sur titres le poste de chef de laboratoire bactériologique d'un traitement initial de L. E. 900 par an, pouvant atteindre le maximum de L. E. 1140 par des augmentations biennales de L. E. 80.

Les candidats à ce poste doivent être pourvus d'un diplôme régulier de docteur en médecine délivré par le Gouvernement égyptien ou par une autre Faculté étrangère reconnue, et doivent avoir acquis une grande expérience dans le travail municipal de Bactériologie, surtout les analyses d'eaux.

Seront préférés les candidats possédant un Diplôme d'Hygiène Publique et qui auraient acquis une expérience effective dans la bactériologie des pays chauds.

Les demandes doivent être adressées au Président de la Commission Municipale d'Alexandrie au plus tard jusqu'au 10 mars 1926.

REVUE GÉNÉRALE

LA NÉVRITE OPTIQUE RÉTROBULBAIRE AIGUË ET UNILATÉRALE [1]

Par le docteur ÉMILE JUNÈS,
Oculiste municipal à Sfax (Tunisie).

VI

ÉTIOLOGIE

Ce chapitre est, comme celui de l'anatomie pathologique, l'un des moins bien connus de la névrite rétrobulbaire aiguë. La recherche de la cause se fait ici souvent au petit bonheur, ressemblant, suivant le mot de Dor, au jeu de Colin-Maillard. C'est que, dans la presque totalité des cas, l'affection survient au milieu d'un état général en apparence excellent et lorsque l'oculiste cherche à en préciser l'étiologie, fréquemment, ou bien celle-ci lui échappe complètement, ou bien lui apparaît tellement vague, que force est pour lui — d'ailleurs sans grand espoir de certitude — de recourir aux bons offices du neurologue, du rhinologiste, du dentiste même, et de mettre en œuvre toutes les ressources que peuvent lui offrir le laboratoire et la radiologie.

Il n'y a pas bien longtemps encore, en présence de cette affection, on se contentait, la plupart du temps, d'invoquer un *refroidissement* plus ou moins intense, ou encore une vive émotion, un *épuisement de l'organisme* créé, par exemple, par la grossesse, la lactation, un surmenage musculaire, ou, plus récemment, par les fatigues de la guerre (Szymanowski, Dinser, Scheffer). C'est ainsi, par exemple, que l'étiquette de névrite rhumatismale ou « a frigore » occupe la place d'honneur dans la plupart de nos traités classiques. Mais pareilles éventualités — qu'il est généralement facile de retrouver lorsqu'on fouille consciencieusesement les antécédents d'un malade quelconque — ne sauraient jamais prétendre à d'autre rôle qu'à celui de *causes occasionnelles*, susceptibles de déterminer, sur le nerf, la localisation d'un processus pathologique en latence (Darier).

Actuellement, c'est par une infection générale ou locale voisine que l'on essaye d'expliquer tous les cas de névrite rétrobulbaire aiguë, si bien que, comme nous l'avons déjà dit, l'épithète d'*infectieuses* caractérise cette forme de névrite, de la même manière que celle de toxique a été réservée à la forme chronique. C'est là une notion sur laquelle Parinaud, puis Morax et son école, ont longuement insisté.

En examinant les résultats acquis jusqu'à ce jour dans cet ordre d'idées, on constate que, parmi les infections reconnues capables de provoquer la névrite rétrobulbaire aiguë dans sa forme unilatérale et typique, les plus solidement établies sont : d'une part, la syphilis et la sclérose en plaques, d'autre part, les sinusites et les affections dentaires. Nous allons les passer successivement en revue.

1° **Syphilis.** — De même que pour toutes les autres névrites optiques, cette cause est considérée ici par plusieurs auteurs, en particulier par Morax, comme l'une des plus fréquentes. La névrite rétrobulbaire aiguë apparaît, dans la syphilis, comme une détermination de nature secondaire, constituée très probablement, par une inflammation primitive et diffuse des gaines optiques (méningite optique syphilitique). On peut l'observer à toute époque de l'infection, que celle-ci soit heréditaire ou qu'elle soit acquise. En ce qui concerne cette dernière, elle survient, le plus souvent, du cinquième au septième mois après l'accident primitif, mais elle peut aussi, dans certains cas, ne se déclarer qu'à une époque beaucoup plus tardive.

L'origine syphilitique de cette névrite n'est pas toujours bien aisée à dépister, cette affection se présentant, dans la très grande majorité des cas, à titre mono-symptomatique, indépendamment de toute autre manifestation syphilitique apparente, soit de l'organe visuel, soit du système nerveux ou d'un autre organe. Aussi faut-il se livrer, bien souvent, à des recherches d'antécédents et à des explorations cliniques et sérologiques très minutieuses, en recourant, au besoin, à la ponction lombaire.

Le diagnostic une fois confirmé, un traitement causal énergique s'impose. Le plus recommandable est le suivant (De Lapersonne). Instituer plusieurs séries de douze à quinze injections intra-veineuses de cyanure de mercure à 1 p. 100 pratiquées tous les deux jours; intercaler, entre ces séries, trois ou quatre injections de 0,30 de néo-salvarsan intra-veineux, administrées à huit jours d'intervalle. Si l'infection paraît particulièrement sévère, c'est par le traitement arsenical qu'il faut débuter.

2° **Sclérose en plaques.** — Cette cause, aujourd'hui bien certaine et devenue classique, est celle que la grande majorité des oculistes allemands place en toute première ligne. C'est Peters (1901) qui, mettant nettement en lumière le rôle de la sclérose en plaques dans cette forme de névrite, affirma, l'un des premiers, qu'elle en était la cause la plus fréquente. Après lui, Fleischer (1908) attribue à cette maladie 66 p. 100 des cas de névrite rétrobulbaire, Langenbeck (1914) lui en attribue 77 p. 100, Dinser (1919) 40 p. 100, Otto Marburg (1920) 58 p. 100. Pareille notion s'est mal acclimatée en France. Tout récemment, G. Weill, de Strasbourg, (1923), sur 34 observations personnelles, en relève 17, soit 50 p. 100, où la sclérose en plaques serait nettement en jeu. Et Morax de demander si cette maladie, d'habitude si peu fréquente, ne serait pas épidémique en Alsace.

Maladie infectieuse probablement due, d'après les recherches les plus récentes, à un spirochète (spirochaeta argentinensis de Kuhn et Steiner, corps spirochétoïdes de A. Pettit), la sclérose en plaques est celle qui, après la syphilis, frappe le plus fréquemment le système nerveux. Elle est connue, depuis les beaux travaux d'Uhthoff (1889), comme présentant, parmi ses manifestations, la névrite optique, et particulièrement la névrite rétro-bulbaire, dans près de 45 p. 100 des cas. Non seulement cette localisation de la maladie sur le nerf optique est l'une des plus fréquentes, mais elle en est souvent aussi l'une des plus précoces, étant susceptible d'apparaître à un moment où les autres symptômes sont à peine ébauchés ou même inexistants. C'est pourquoi, dans nombre de cas, la véritable cause de cette névrite nous échappe facilement, ne se confirmant que beaucoup plus tard, quelques mois ou même quelques années après, lorsque les autres manifestations de la sclérose en plaques sont devenues plus apparentes ou plus typiques.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 13, p. 197.

Parmi les éléments qui, en pareille occurrence, peuvent nous mettre sur la voie, citons, d'après Guillain : 1° l'apparition de la névrite chez de jeunes sujets, entre dix-sept et trente ans, et de préférence dans le sexe féminin; 2° l'absence de toute autre infection générale ou locale; 3° l'abolition des réflexes cutanés, abdominal ou crémastérien; l'exagération des réflexes tendineux, avec signe de Babinski; l'existence de fourmillements, de parésies momentanées des extrémités; 4° l'évolution fluctuante, par poussées et rémissions successives, de certaines manifestations; c'est ainsi que la récidive fréquente d'une névrite rétrobulbaire aiguë plaide fortement en faveur d'une pareille origine; 5° enfin, l'examen du liquide céphalo-rachidien, qui, en l'absence d'un Wassermann positif, offre la réaction positive ou subpositive du benjoin ou de l'or colloïdal.

Abstraction faite de la théorie suivant laquelle la névrite de la sclérose en plaques serait due, comme cette dernière elle-même, à une sinusite, la sclérose en plaques agirait, sur le nerf optique, d'après presque tous les auteurs, de la même façon que sur les autres parties du système nerveux, c'est-à-dire en y déterminant des foyers de névrite interstitielle aiguë, caractérisés par de la vasculite et de la périvasculite, de la sclérose névroglique, une altération de la myéline et, tout au moins au début, l'intégrité des cylindraxes. Cette conservation de la continuité de la partie noble des fibres visuelles, dit Velter, est un fait important qui explique la restauration fonctionnelle rapide du nerf qui se produit dans la grande majorité des cas.

La thérapeutique causale reste ici illusoire. En raison de la nature probablement spirochétique de la maladie on a conseillé, avec des résultats, il est vrai, inconstants et incomplets, un traitement par les arsenicaux (cacodylate de soude à haute dose, arsénobenzols, tryparsamide, acétylarsan).

3° **Sinusites postérieures**. — On appelle ainsi l'inflammation des cellules ethmoïdales postérieures et surtout celle des cellules sphénoïdales. C'est, pour la névrite rétrobulbaire aiguë, une très vieille étiologie qui revient à la mode (A. Terson). Déjà, au XIe siècle, un auteur persan, Ali ben Issa, parlait d'un engorgement du nerf optique à la suite d'un catarrhe se déversant dans le nez. En 1890, Berger conclut à « la possibilité d'une *névrite canaliculaire* qui, faisant suite à de simples rhumes propagés vers les sinus, serait de nature à expliquer les amblyopies aiguës sans manifestations ophtalmoscopiques auxquelles on ne peut trouver d'autre cause que le refroidissement ». Cette hypothèse est celle de Gunn (1896) qui pense que la fameuse périostite rhumatismale du trou optique de Leber pourrait bien provenir des cellules sphénoïdales. C'est aussi celle de Parinaud (1896). Celui-ci invoque une origine nasale de la névrite rétrobulbaire aiguë et admet, dans un grand nombre de cas, l'existence d'un coryza, infectant secondairement les sinus postérieurs, puis le nerf optique (*névrite rhinogène*).

Nettement posée par de Lapersonne au Congrès d'ophtalmologie de 1902, cette question des rapports pathologiques existant entre l'atteinte rétrobulbaire du nerf optique et celle des sinus postérieurs est aujourd'hui de nouveau et très vivement discutée, non seulement en France, mais aussi en Amérique et en Belgique. Tandis que, sur 100 cas de névrite rétrobulbaire aiguë, les classiques rapportent à la sinusite seulement trois à cinq d'entre eux, certains auteurs n'hésitent pas à considérer indistinctement comme d'origine sinusienne toute névrite de cette catégorie dont l'étiologie syphilitique ou sclérose en plaques n'est pas rigoureusement démontrée, et lui attribuent les 2/5 (Cheval) ou même, selon les vues de Segura, les 2/3 de ces cas. Signalons de nouveau ici la théorie suivant laquelle l'inflammation des sinus postérieurs pourrait être un facteur de la sclérose en plaques, théorie suggérée par Stark, puis Lévy, à la suite des observations de Shumway. Si donc, dans de pareilles conditions, on considère aussi, après Blegvad et Roenne, que l'étiologie syphilitique de la névrite rétrobulbaire n'est rien moins que démontrée, on voit quelle importance considérable son origine sinusienne a pu prendre dans l'esprit de quelques-uns.

A cet engouement peut-être excessif en faveur de la sinusite, a succédé une réaction et voici, avec Velter et Liébault, comment on pourrait, désormais, envisager la question. Il existe deux principales catégories de sinusites postérieures, différant par leur symptomatologie et leurs relations avec la névrite rétrobulbaire.

1° Les *sinusites classiques*, avec muqueuse épaissie, irrégulière, tapissant une cavité remplie de pus qui se déverse dans le naso-pharynx et les fosses nasales, constituent une catégorie facilement diagnosticable par ses signes fonctionnels parfois bruyants, par la rhinoscopie antérieure et postérieure, la sinusoscopie, le cathétérisme avec lavage explorateur et par la radiographie. En pareil cas, la névrite rétrobulbaire représente une complication rare, pour ne pas dire exceptionnelle, alors que d'autres complications plus graves, telle que la névropapillite intense, y sont d'une fréquence relativement beaucoup plus grande.

2° La névrite rétrobulbaire aiguë représente, par contre, une complication habituelle, et pour ainsi dire exclusive, des sinusites dites *catarrhales*, *séreuses* ou *congestives*, dans lesquelles n'existe aucune trace de sécrétion purulente. Ces sinusites évoluent d'une manière discrète et ne sont généralement pas diagnosticables par les méthodes que nous venons de signaler. Pour un spécialiste averti, elles possèednt, toutefois, quelques « petits signes » révélateurs et que l'on ne peut guère mettre en évidence que par une comparaison attentive des deux fosses nasales. C'est d'abord, dans l'une ou l'autre de ces deux fosses : le rétrécissement de la fente olfactive par la turgescence de la queue du cornet moyen, ou encore par une saillie anormale de la portion supérieure et la plus reculée de la cloison; ce sont aussi une teinte plus rouge, et tout particulièrement, l'existence d'une légère sécrétion muqueuse et incolore, donnant à toute cette région un aspect foncé, humide et brillant (Velter et Liébault, Sargnon).

Ces sortes de sinusites sont provoquées et entretenues par une infection chronique et peu bruyante du cavum, ou, plus exactement, du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal (Sargnon), situé entre le sphénoïde et le cornet moyen, l'ethmoïde postérieur et la cloison. Elles sont favorisées par la gêne de l'aération et du drainage des sinus, due, précisément, aux obstacles intranasaux que nous venons de signaler. La névrite y éclate souvent à la suite d'une « surinfection », d'une poussée rhino-pharyngée

plus ou moins aiguë et que le malade met sur le compte d'un refroidissement, d'une grippe, d'un coryza, d'une angine...

Quant aux sinusites « latentes » de Sluder et de Ramadier et aux paradoxales « sinusites sans sinusite » de Segura, où l'exploration la plus minutieuse ne révèle aucun signe positif et où l'opération elle-même ne décèle pas la moindre modification pathologique, elles doivent être considérées comme de simples vues de l'esprit. Le grand argument de leurs défenseurs est l'amélioration rapide de la névrite consécutivement à une intervention sur les sinus; si bien qu'ils ont préconisé, comme règle de conduite, toutes les fois qu'un examen attentif du sujet n'a révélé aucune cause patente de cette affection, l'aphorisme suivant : « S'il n'y a rien, opérez quand même ! » Or, cet argument doit d'autant moins nous impressionner, que l'évolution naturelle de la névrite est, dans à peu près 85 p. 100 des cas, nettement favorable. Kalt, dans son étude sur les « illusions thérapeutiques », puis Chaillous, citent des exemples frappants de névrite rétrobulbaire d'allure grave, où l'opération sur les sinus, jugée nécessaire, fut accidentellement retardée, et où l'amélioration se produisit spontanément sans le secours du chirurgien. « Si l'opération avait été pratiquée plus tôt, dit Kalt, on n'aurait pas manqué de lui attribuer un résultat aussi merveilleux. » En outre, cette opération « quand même » n'amène pas toujours la guérison, puisque, d'après l'une des meilleures statistiques d'interventionniste, l'issue favorable ne se déclare, en pareil cas, qu'une fois sur trois (G. Weill).

Certains éléments de probabilité ont été signalés en faveur de l'origine sinusienne d'une névrite rétrobulbaire.

1° Van der Hoeve a insisté sur ce fait, à savoir que, dans un grand nombre de sinusites postérieures (dans 70 p. 100 des cas, d'après une statistique d'Irène Markbreiter), on peut observer un scotome péri-papillaire, consistant en un élargissement de la tache aveugle de Mariotte, d'abord pour les couleurs, puis pour le blanc. Ce scotome « cæcal », dont les malades n'ont, d'ailleurs, nulle conscience, et qui ne peut être constaté que par un examen périmétrique long et délicat, a été considéré, par certains, comme un symptôme de fatigue oculaire, sans grande importance (G. Weill). Quoi qu'il en soit, dans la névrite rétrobulbaire d'origine sinusienne, ce scotome cæcal précéderait toujours l'apparition du scotome central auquel, à un moment donné, il finirait par se rattacher, donnant lieu ainsi à la formation d'un scotome « centro-cæcal ».

2° D'après Pesme, les formes atypiques avec papillite de la névrite rétrobulbaire aiguë représentent une modalité clinique qui doit toujours faire penser à une sinusite. C'est dans les névrites de cette origine qu'on les rencontrerait, en effet, avec une fréquence toute spéciale.

Le mécanisme suivant lequel la sinusite postérieure peut provoquer une névrite diffère selon les auteurs.

1° Pour la très grande majorité d'entre eux, il s'agit d'une véritable périsinusite, c'est-à-dire d'une propagation de proche en proche des lésions de la muqueuse sinusienne aux gaines du nerf optique puis au nerf lui-même. On sait quels rapports anatomiques intimes existent, au niveau du canal optique, entre ce nerf et la paroi supérieure du sinus sphénoïdal. Le nerf n'y est séparé de la cavité sinusienne que par une fine lame osseuse et la dure-mère. Celle-ci joue, à la fois, le rôle de gaine fibreuse du nerf et de périoste pour le canal optique. Quant à la paroi osseuse, habituellement si mince et si diaphane qu'elle paraît, pour ainsi dire, papyracée, elle est souvent peu étanche, présentant des déhiscences congénitales parfois assez étendues : si bien que le nerf, enveloppé de ses gaines, peut baigner librement, en partie ou même en totalité, dans l'intérieur du sinus, recouvert seulement par sa muqueuse (Berger). En outre, cette paroi est traversée par de nombreux et fins pertuis vasculaires, unissant le revêtement muqueux à la dure-mère. On comprend, par suite, pourquoi la moindre altération de cette muqueuse pourra retentir, immédiatement et avec la plus grande facilité, sur les enveloppes et sur le tissu même d'un nerf très fragile.

Semblables considérations ont été développées par Onodi et par Ramadier en ce qui concerne la dernière cellule ethmoïdale postérieure; celle-ci, dans certains cas qui paraissent assez fréquents, refoule le sinus sphénoïdal et se met en rapport plus ou moins intime, par sa paroi supérieure très mince, avec le nerf optique qui repose alors sur elle.

2° Pour quelques auteurs, n'ayant en vue que les accidents consécutifs aux sinusites dites congestives, il s'agirait, le plus souvent, d'un simple trouble vaso-moteur de nature réflexe (Liébault). L'irritation, partie, soit de la muqueuse des sinus, soit principalement de la muqueuse rhino-pharyngée supérieure, se réfléchirait sur les vaisseaux du nerf optique par l'intermédiaire des nerfs de la vie organo-végétative. Le ganglion de Meckel, ou sphéno-palatin (situé, comme on le sait, à la hauteur de la queue du cornet moyen, immédiatement en dehors du trou sphéno-palatin) et qui est le ganglion sympathique des fosses nasales et des sinus, jouerait, en pareil cas, un rôle prépondérant. La névrite rétro-bulbaire apparaîtrait ainsi, de même que certains coryzas, certaines céphalées, etc., comme l'une des manifestations de ce que Sluder a appelé le « syndrome sphéno-palatin ».

La conduite à tenir est la suivante, en supposant qu'il s'agisse, par exemple, d'une sinusite sphénoïdale :

1° En présence de signes nets de cette sinusite, intervenir directement et le plus tôt possible, soit par ponction du sinus intéressé (Terrien), soit, de préférence, par une trépanation. Celle-ci sera exécutée, suivant l'opérateur, par voie externe, par voie trans-septale (Segura) ou par voie endonasale (Liébault).

2° Mais si la sinusite reste douteuse et ne se manifeste que par les petits signes indiqués par Velter et Liébault, il est conseillé d'attendre au moins huit à quinze jours, tout en poursuivant énergiquement le traitement symptomatique ordinaire de la névrite. Si alors, la guérison ne s'amorce pas, intervenir, non plus sur le sinus lui-même, mais par une opération plus modeste, plus bénigne, et purement endonasale. Cette opération est, avant tout, la résection totale, ou mieux postérieure, du cornet moyen (Sargnon). Exécutable sous anesthésie locale, elle permet le dégagement du sinus, facilite son aération et son drainage naturels et entraîne, soit par l'hémorragie qui en est la conséquence (et qu'il

est bon, à moins d'accidents graves, de ne pas arrêter), soit par section et dilacération des nerfs à leur émergence du trou sphéno-palatin (Sargnon), la décongestion de sa muqueuse et, par suite, celle du nerf optique. En outre, en raison du grand jour que l'on se donne ainsi sur la région, on peut agir ensuite plus aisément sur le carrefour et le sinus par les procédés thérapeutiques d'usage (badigeonnages de l'ostium à la cocaïne-adrénaline, cathétérisme et lavage du sinus...). Ajoutons que, dans tous les cas, elle permet de préciser définitivement le diagnostic, si bien qu'en présence de lésions graves et insoupçonnées du sinus, elle peut toujours constituer le premier temps d'une opération plus radicale.

L'intervention peut parfois être plus simple encore. Un curettage, une scarification de la muqueuse nasale destinés à provoquer l'hémorragie décongestive (Aurand et Alerie), un badigeonnage des fosses nasales à la cocaïne-adrénaline (Jung, Bahringer, Ramadier), de simples inhalations médicamenteuses (Genet et Jacod), ont suffi, dans quelques cas, pour déclancher la guérison.

D'après Halphen, pareille thérapeutique a surtout pour effet une action sur le système trigémino-sympathique. C'est pourquoi recommande-t-il de porter ces scarifications ou ces attouchements de préférence sur la zone sphéno-palatine des fosses nasales, c'est-à-dire aux environs de la queue du cornet moyen.

Signalons, pour terminer, le curieux procédé préconisé par Jocqs et qui consiste à administrer à tout sujet suspect de sinusite, de l'iodure de potassium à haute dose. « Ce médicament, en raison de son action sécrétante sur la muqueuse, dilue, augmente et chasse l'exsudat sinusien. Cette action évacuatrice est précédée de fortes céphalées surtout occipitales, puis se produit une « vomique » nasale abondante, une expulsion du contenu sinusien qui dégage et améliore la situation. »

4° **Affections dentaires**. — C'est en Amérique que, dans ces derniers temps, s'est le mieux accréditée la notion de l'origine dentaire des névrites optiques. Il existe, là-bas, une théorie, dite de la « focal infection », d'après laquelle des foyers infectieux chroniques peuvent, par métastase, provoquer, à distance, un certain nombre d'accidents. Deux localisations de ces foyers ont été surtout incriminées : la dentaire et l'amygdalienne. En France, on se montre encore hostile ou simplement indifférent à cette théorie. Depuis 1917, cependant, L. Dor s'en est fait le champion, tout au moins en ce qui concerne les accidents oculo-dentaires. En particulier, la névrite rétrobulbaire aiguë serait, selon lui, imputable, 19 fois sur 20, à une périostite alvéolodentaire de la mâchoire supérieure.

Cette périostite correspondant, en règle générale, aux deux prémolaires (très exceptionnellement aux canines), constitue la lésion originelle fondamentale de la névrite. Ses propres causes sont multiples et peuvent être rangées sous deux chefs.

1° Les infections dentaires *apparentes* (carie et ses complications, pyorrhées alvéolaires) sont rarement en jeu, en raison de leurs allures bruyantes et de la thérapeutique efficace à laquelle elles sont presque immédiatement soumises.

2° Les infections dentaires *inapparentes* — provenant, soit d'une racine non extraite et servant ou non de surface à une dent à pivot, soit d'une dent « morte », soit surtout de soins conservateurs, actuellement très à la mode (amalgames, couronnes, bridges...) — représentent l'origine la plus habituelle de la périostite. L'inflammation qu'elles déterminent gagne l'extrémité de la racine, généralement sa seule voie de sortie possible, franchit le trou apical et envahit le périoste, pouvant, par surcroît, provoquer, chemin faisant, au voisinage de l'apex, la formation d'un kyste radiculo-dentaire, d'un granulome, d'un abcès borgne... Toutes ces complications, périostite, kyste, etc., évoluent silencieusement; le malade n'en souffre pas et déclare être satisfait. Seule la radiographie permet de bien les mettre en évidence. Pour la périostite, cependant, L. Dor conseille d'appuyer fortement l'index au niveau de la racine qui correspond à la dent suspecte ; on provoque alors, à travers la gencive, une douleur plus ou moins vive.

Plus des 4/5 des adultes étant atteints d'une infection dentaire, apparente ou non, il y a de grandes chances pour qu'on retrouve, chez un grand nombre de sujets atteints de névrite rétrobulbaire aiguë, une périostite des prémolaires supérieures. Comment établir, alors, une relation de cause à effet entre les deux lésions? D'après Fromaget, il faut, pour cela : 1° que toute autre cause de névrite puisse être écartée ; 2° que la névrite siège du même côté que la dent incriminée; 3° que l'hémoculture établisse la présence, dans le sang, de germes provenant du foyer dentaire ; 4° que la thérapeutique dentaire amène l'amélioration immédiate des troubles oculaires.

Quant à la pathogénie, Fromaget admet ici une théorie réflexe. Il s'agirait, d'après lui, d'une dilatation active des petits vaisseaux du nerf optique, provoquée, à travers le trijumeau et l'appareil sympathique, par une excitation partie de la dent malade, cette perturbation vasculaire du nerf pouvant, d'ailleurs, y préparer le lit de l'infection de provenance dentaire. De Saint-Martin admet, par contre, la formation d'une méningite optique par propagation rétrograde de l'infection à travers les veines ou les lymphatiques; théorie, dit Fromaget, contraire à toutes les notions anatomiques et physiologiques qui nous ont été enseignées.

La thérapeutique causale consiste à avulser la dent malade et à désinfecter son foyer alvéolaire. En raison de la simplicité de cette pratique, une bonne précaution serait, dans tous les cas de névrite rétrobulbaire aiguë, de supprimer systématiquement toute prémolaire non reconnue saine. Le sujet n'y peut qu'y gagner, même si cette dent n'est pour rien dans l'accident oculaire. Au point de vue prophylactique, les dentistes, dit L. Dor, peuvent librement s'exercer sur les incisives, les molaires et même les canines de la mâchoire supérieure et y installer leurs dents à pivot, leurs couronnes, etc. ; mais qu'ils en respectent les prémolaires !

5° **Les autres causes**. — Telles sont les principales causes auxquelles il faut songer tout d'abord, et d'une manière pour ainsi dire réflexe, en présence d'une névrite rétrobulbaire aiguë et unilatérale. Nous insistons *sur cette particularité très curieuse*, à savoir que ces causes n'apparaisent généralement pas d'une manière bien nette, puisque, comme nous venons de le voir, il s'agit presque toujours, soit d'une manifestation syphilitique monosymptomatique, soit d'une sclérose en plaques fruste, soit d'une sinusite à évolution silencieuse, soit encore

d'une affection dentaire oubliée ou constamment ignorée par le malade.

I. Les auteurs ont toutefois signalé un certain nombre d'autres infections capables de déclancher cette forme de névrite.

1° Le « *rhumatisme* » auquel, il n'y a pas longtemps, on rapportait presque tous les cas de cette affection, doit être, comme nous l'avons vu, rayé du cadre de son étiologie et considéré seulement comme une de ces expressions sans signification précise, destinées surtout à masquer l'indécision ou l'ignorance des observateurs.

2° Nous avons déjà dit aussi ce qu'il fallait penser de la « *grippe* », état pathologique le plus souvent mal défini et qui ne représenterait habituellement ici qu'une infection naso-pharyngée réchauffée, provocatrice d'un état purulent, catarrhal ou congestif des sinus postérieurs.

3° Dans certains cas, absolument exceptionnels, la névrite rétrobulbaire est apparue à la suite d'une pyrexie telle que la *rougeole*, la *scarlatine*, la *variole*, la *diphtérie*, la *fièvre typhoïde*, ou encore l'*érysipèle*, la *pneumonie*, etc. Etant donné les localisations si importantes que plusieurs de ces maladies offrent au niveau des voies aériennes supérieures, il est légitime de penser qu'en pareil cas, la névrite a été la conséquence d'une sinusite provoquée par une infection ou une surinfection du naso-pharynx. Ajoutons, avec Morax, que, chez les syphilitiques, il n'est pas rare de voir une maladie aiguë quelconque agir à la façon d'une des causes occasionnelles dont il a été déjà question et créer une prédisposition à une localisation névritique de l'infection syphilitique latente.

4° Enfin, si l'on s'en rapporte à Roenne (1912), c'est dans le cadre de la sclérose en plaques qu'il faudrait renfermer tous les cas de névrite rétrobulbaire aiguë que différents auteurs, depuis Elschnig (1892), ont attribués à certaines myélites aiguës non syphilitiques. Ce groupe de « *neuromyélites optiques aiguës* » ou « *ophtalmo-neuro-myélites* » et celui de la sclérose en plaques doivent, en effet, d'après cet auteur, être considérés comme deux formes d'évolution d'une seule et même maladie, la première représentant une forme aiguë de la seconde. Il rapporte une observation avec examen anatomique, paraissant confirmer cette hypothèse (1).

II. Le terrain étant ainsi déblayé en faveur de la syphilis, des sinusites, de la sclérose en plaques, auxquelles nous devons ajouter les affections dentaires, nous restons en présence de tous les autres cas dans lesquels, ni l'exploration clinique la plus minutieuse, ni l'étude très serrée des antécédents, ni les divers renseignements que peut nous fournir actuellement le laboratoire, ne nous permettent de retrouver avec certitude leur cause réelle. Or, ces cas, que Roenne classe sous l'étiquette de névrites rétrobulbaires *idiopathiques*, sont relativement nombreux, puisque, tout récemment, Duverger leur attribue un pourcentage de 50 p. 100, ce qui est à peu près le chiffre donné par Uhthoff dans sa statistique de 1904. Très souvent donc, l'on se trouvera désarmé au point de vue de la thérapeutique causale.

(1) Quant aux *tumeurs cérébrales*, parfois mises en cause, elles n'agissent que dans des conditions très particulières. Nous en avons parlé à propos des formes dites « atypiques » de la névrite.

C'est pourquoi, il faudra alors, avec plus d'énergie que jamais, mettre en œuvre le traitement symptomatique sur lequel nous avons plus haut longuement insisté.

VII

BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX CITÉS

AURAND et ALERIE. Deux cas de névrite optique d'origine sinusienne, *Soc. d'oph.*, Lyon 1924.

AVALOS (E.). Injections parentérales de lait en thérapeutique oculaire, *Ann. Soc. d'oph.*, Mexico 1923.

BAHRINGER. Névrite rétrobulbaire d'origine nasale, *Amer. Journ. of oph.*, 1913.

BARATOUX. Sinusites postérieures et complications ophtalmologiques, *Clin. oph.*, 1924.

BEHR. Adaptation à l'obscurité dans la névrite optique, *Klin. Mon. f. Augen.*, 1915.

BERGER (E.). *Chirurgie du sinus sphénoïdal*, 1890; — *Les Maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale*, 1892.

BLEGVAD et ROENNE. Etude sur les névrites rétrobulbaires, *Klin. Mon. f. Augen.*, 1920.

CHAILLOUS. Guérison spontanée des névrites rétrobulbaires aiguës, *Soc. d'oph.*, Paris 1924.

CHEVAL. Cité in Ramadier.

DARIER. *Traité de thérapeutique oculaire*, 1921, p. 634 et suiv.

DEUTSCHMANN. Névrite rétrobulbaire d'origine rhumatismale, *Beit. f. Augen.*, 1892.

DINSER. Névrite rétrobulbaire chez les combattants, *Klin. Mon. f. Augen.*, 1919.

DOR (L.). La névrite rétrobulbaire, *Clin. oph.*, 1917; — Troubles oculaires et kystes radiculo-dentaires, *Soc. franç. d'oph.*, 1924.

DUFOUR et GONIN. Maladies du nerf optique, in *Encycl. franç. d'oph.*, 1907, t. VII.

DUVERGER. Considérations sur les névrites rétrobulbaires, *Soc. oto-neuro-ocul.*, Strasbourg 1924.

ELSCHNIG. La névrite rétrobulbaire aiguë, *Arch. f. Augen.*, 1892.

FAVA. Panophtalmies métastatiques expérimentales, *Ann. d'ocul.*, 1913.

FLEISCHER. Névrite rétrobulbaire aiguë et sclérose en plaques, *Klin. Mon. f. Augen.*, 1908.

FROMAGET. Troubles oculaires d'origine dentaire, rapport, *Soc. franç. d'oph.*, 1924.

GENET et JACOD. Névrites optiques et sinusites postérieures, *Soc. d'oph.*, Lyon 1923.

GRAEFE (A. VON). Neurorétinites et cécités subites, *Arch. f. Oph.*, 1866.

GREEFF (R.). Maladies du nerf optique, in *Traité d'ophtalmologie* Axenfeld, trad. Meunier, 1914.

GUILLAIN. Névrite rétrobulbaire au cours d'un état méningé, *Soc. méd. des hôpit.*, 1913; — La sclérose en plaques, rapport, *Réunion intern. neurol.*, 1924.

GUNN. Névrite rétrobulbaire, *Soc. d'oph.*, Royaume-Uni 1896.

HALPHEN. Phénomènes sympathiques en rhinologie, rapport, *Congrès d'oto-rhino-laryng.*, 1925.

HOCK. Névrite rétrobulbaire aiguë, *Soc. d'oph.*, Heidelberg 1884.

HOEVE (VAN DER). Agrandissement de la tache aveugle, *Arch. f. Oph.*, 1910.

HUTCHINSON. Cécité immédiate, *Oph. hosp. Rep.*, 1869.

JOCQS. Névrite rétrobulbaire et sclérose en plaques, *Clin. oph.*, 1917; — Névrite optique par sinusite, iodure de potassium, *Clin. oph.*, 1923; — Traitement de la névrite rétrobulbaire, *Clin. oph.*, 1924.

JUNG. Névrite optique et maladies du nez, *Arch. f. Oph.*, 1910.

KALT. Névrite optique avec arrêt brusque et illusions thérapeutiques, *Soc. d'oph.*, Paris 1923.

KOENIG. Névrite optique périphérique. Essai d'un traitement chirurgical, *Recueil d'oph.*, 1907.

KRIES (VON). Névrite rétrobulbaire, *Arch. f. Oph.*, 1878.

LANGENBECK. Névrite rétrobulbaire en pathologie générale, *Arch. f. Oph.*, 1914.
LAPERSONNE (DE). Névrites optiques liées aux sinusites sphénoïdales, *Ann. d'ocul.*, 1899; — Complications orbitaires et oculaires des sinusites, rapport, *Soc. franç. d'oph.*, 1902; — La méningite optique de la syphilis récente, *Soc. belge d'oph.*, 1913.
LEBER. Maladies du nerf optique, in ancien *Traité* Graefe-Sasmisch, 1877, t. V.
LENOIR. La névrite rétrobulbaire infectieuse aiguë, *Th. de Paris*, 1916.
LENOIR et BEAUJEU. Névrite optique rétrobulbaire aiguë, *Ann. d'ocul.*, 1924.
LIÉBAULT. Névrite rétrobulbaire et sinusites postérieures, *Soc. franç. d'oph.*, 1924.
MARBURG (Otto). Névrite rétrobulbaire et sclérose en plaques, *Zeit. f. Augen.*, 1920.
MARKBREITER (Irène). Altérations du champ visuel, *Zeit. f. Augen.*, 1914.
MORAX. *Précis d'ophtalmologie*, 1907; — Etiologie de la névrite rétrobulbaire aiguë, *Soc. d'oph.*, Paris 1923.
MULLER. Névrite rétrobulbaire avec protrusion du globe, *Klin. Monat.*, 1893.
ONODI. Troubles de la vue d'origine nasale, *Arch. f. Laryng.*, 1905.
PANAS. *Traité des maladies des yeux*, 1894, t. I.
PARINAUD. Périnévrite rétrobulbaire, *Soc. d'oph.*, Paris 1891; — Névrite optique rétrobulbaire, *Journ. de méd. et de chir.*, 1896.
PESME. Névrite rétrobulbaire aiguë bilatérale, *Ann. d'ocul.*, 1924.
PETERS. Névrite rétrobulbaire aiguë, *Zeit. f. Augen.*, 1901.
RAMADIER. Sinusites postérieures latentes, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1922.
ROENNE. Nerf optique dans la sclérose en plaques aiguë, *Arch. f. Oph.*, 1912; — Scotomes centraux neurogènes, *Arch. f. Oph.*, 1913; — Névrite rétrobulbaire localisée au chiasma, *Klin. Mon. f. Augen.*, 1915; — Névrite rétrobulbaire aiguë avec scotomes itinérants, *Klin. Mon. f. Augen.*, 1916.
ROSENOW. Localisations électives du streptocoque, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1915.
SAINT-MARTIN (DE). Névrite rétrobulbaire aiguë d'origine dentaire, *Clin. d'oph.*, 1921.
SAMELSOHN. Névrite rétrobulbaire aiguë, *Soc. d'oph.*, Heidelberg 1892.
SARGNON. Sinus profonds et névrite optique, *Soc. d'oph.*, Lyon 1923.
SARGNON et TROSSAT. Traitement endonasal des lésions optiques, *Soc. d'oph.*, Lyon 1924.
SCHEFFER. Névrite rétrobulbaire pendant la guerre, *Klin. Monat. f. Augen.*, 1919.
SEGURA. Ouverture du sinus sphénoïdal dans la névrite rétrobulbaire, *Soc. d'oph.*, Paris 1923.
SHUMWAY. *Coll. Med.*, Philadelphie 1915.
SLUDER. Cité in RAMADIER.
STARK. Complications oculaires provoquées par une focal infection, *W. Mexico med. Journ.*, 1916.
SZYMANOWSKI. Névrite rétrobulbaire chez les combattants, *Klin. Mon. f. Augen.*, 1919.
TERRIEN. Etiologie de certaines névrites rétrobulbaires, *Soc. franç. d'oph.*, 1921.
TERSON (A.). Discussion sur les névrites optiques, *Soc. franç. d'oph.*, 1924.
UHTHOFF. *Troubles oculaires dans la sclérose multiple*, 1890; Rapports avec les maladies générales, in *Nouveau Traité* Graefe-Saemisch, 1904.
VELTER. Voies optiques dans la sclérose en plaques, *Arch. d'oph.*, 1912; — Accidents oculaires des sinusites postérieures, *L'Hôpital*, 1925.
VELTER et LIÉBAULT. Névrite rétrobulbaire aiguë, *Arch. d'oph.*, 1923.
VILLARD. Névrite optique dans le cours de l'allaitement, *Ann. d'ocul.*, 1912.
WECKER (DE). Maladies du nerf optique, in *Traité d'ophtalmologie* Wecker et Landolt, 1889, t. IV.
WEILL (G.). Névrite rétrobulbaire aiguë, *Ann. d'ocul.*, 1923.
WETZ. Statistique de la névrite optique, *Th. de Giessen*, 1902.
WILBRAND. La névrite axiale, *Klin. Mon. f. Augen.*, 1878.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1926)

Isolement d'une substance anticoagulante non phosphorée extrêmement active, par l'autolyse prolongée des organes et d'alcool acide. — MM. DOYON et I. VIAL.

Influence de la nature des aliments ternaires sur la grandeur de la rétention azotée au cours de la croissance. — M. Emile F. TERROINE et Mlle Anne-Marie MENDLER.

Le passage des polypeptides digestifs dans la circulation porte et leur arrêt dans le foie. — MM. P. CRISTOL, L. HÉDON et A. PUECH. — Grâce à une méthode de dosage de l'acide polypeptidique dans le sang et les liquides organiques les auteurs apportent une très intéressante contribution à l'étude de cette question si discutée.

Les résultats fournis par leurs examens paraissent prouver que des polypeptides passent dans la veine porte au cours de la digestion et qu'ils sont arrêtés par le foie puisqu'on ne les retrouve pas dans le sang artériel ou même dans le sang du cœur droit.

Sur le mécanisme des caractères favorables du plasma des animaux sarcomateux comme milieu pour la culture des tissus. — MM. A. POLICARD et M. BOUCHARLAT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1926)

Présentations de volumes. — Parmi les présentations nous devons citer particulièrement celle qu'a faite M. Doléris.

Il s'agit d'un ouvrage de chirurgie gynécologique écrit en français et édité en France dont l'auteur est un de nos confrères de l'Amérique du Sud, M. le docteur Sobre Casas (de Buenos Ayres).

La « *Gynécologie chirurgicale génito-statique* » est un livre écrit dans le style simple et succinct qui convient à un atlas iconographique de ce genre. Le texte en est de beaucoup dépassé par l'abondance, le fini et l'exactitude des magnifiques planches en couleur qui l'illustrent.

M. le docteur Sobre Casas s'est limité à une série d'interventions qui cadrent avec le titre de son ouvrage : « Gynécologie chirurgicale génito-statique ».

M. Doléris fait un grand éloge du livre et de l'originalité de ses conceptions.

La fuso-spirochétose bronchique. — M. H. VINCENT, rappelant les constatations bactériologiques qui ont été faites dans la gangrène pulmonaire et dans la bronchite de Castellani, signale les très nombreux travaux français et étrangers qui démontrent le rôle du B. fusiformis et du spirochæta Vincenti au moins dans cette dernière affection. H. Rothwell, le premier (bronchialis Vincent's Angina), a assimilé complètement les parasites de la bronchite à ceux de l'angine dans quatre cas qu'il a observés. Frank J. Hall, P. Chamberlain, Phalen et Kilbourne, Peter, etc., ont décrit ou constaté la même symbiose dans la bronchite de Castellani. Perrin, Sabrazès, Ch. Roubier et Cl. Gauthier, L. Robert (11 cas), Baur et Codvelle, ont conclu à l'identité de spirochæta bronchialis et de spirochæta Vincenti.

Beaucoup d'autres publications relatives à ce sujet (A. Beckerich et G. Ferry, Grimault, Auguste et Duthoit, Peyrot, Fontan et Clarac, Dupérié, Cadenaule, etc.) ont donné lieu à la même conclusion.

M. G. Delamare, qui s'est consacré depuis longtemps à

l'étude des spirochétoses, a démontré également que le spirochæta Castellani est absolument identique au spirochète de l'angine.

M. Vincent fait remarquer que le spirochète est souvent prédominant dans l'expectoration des malades, mais que la coexistence, en proportion variable, parfois énorme, de B. fusiformis, imprime à la présence du spirochète une signification toute spéciale. On ne songe pas toujours à rechercher ce bacille. Il est nécessaire de procéder à un examen attentif, à l'état frais, à l'ultramicroscope, ou après coloration par la méthode Fontana-Tribondeau.

M. Vincent note que l'expectoration des malades renferme parfois de rares exemplaires d'autres spirochètes reconnaissables à leurs dimensions, à leurs spires régulières et rapprochées. Il a même constaté une fois un tréponème ou un microorganisme très analogue. Mais ces éléments sont exceptionnels. Le voisinage de la cavité buccale, l'inhalation des poussières, etc., peuvent introduire dans les bronches ces microorganismes étrangers que le microscope permet de retrouver.

L'organisation du Service de santé dès le temps de paix. — M. Tuffier revient sur cette question si importante, l'adaptation du Service de santé aux nécessités de la guerre moderne par la collaboration des médecins de l'armée active et des médecins de réserve dès le temps de paix.

Les suggestions de M. Tuffier sont renvoyées à l'examen d'une commission comprenant MM. Delorme, Dopter, Sieur, Vaillard, Vincent, Chauffard, Legendre, Sergent, Lejars, J.-L. Faure, Quénu, Walther et M. Tuffier.

Inoculations endo-bronchiques et tuberculose pulmonaire expérimentale. — M. G. Petit.

Recherches expérimentales sur le virus tuberculeux filtrant et son passage à travers le placenta. — MM. Fernand Arloing et A. Dufourt, au cours de leurs nombreuses expériences faites sur des produits pathologiques provenant d'enfants tuberculeux ont pu mettre en évidence l'existence de formes filtrantes invisibles du virus tuberculeux. Sur trente lésions différentes examinées (tuberculose pulmonaire, gomme de la peau, ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques, liquide de méningite tuberculeuse, etc.), seize filtrats ont donné des résultats positifs montrant la grande fréquence du virus tuberculeux invisible dans les lésions de la tuberculose de l'enfant et du nourrisson.

Ils ont décrit deux types évolutifs et anatomiques de l'infection du cobaye par ce virus. Dans le premier, existe, sans chancre d'inoculation, ni adénopathie similaire, une infection lymphatique ganglionnaire avec nombreux bacilles acido-résistants typiques aboutissant à la cachexie et à la mort. Le second type, beaucoup plus rare, s'accompagne de lésions ganglionnaires et viscérales sans chancre d'inoculation.

Enfin, ils ont démontré la possibilité du passage à travers le placenta d'une cobaye en gestation du virus tuberculeux filtrant provenant de produits tuberculeux humains et aboutissant à la présence de nombreux bacilles acido-résistants dans un ganglion d'un fœtus de cette femelle.

La cancérisation. — M. Bounhiol, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, adresse une communication sur les étapes de la cancérisation.

Iritis syphilitique aiguë à forme hémorragique. — M. Valude apporte une observation intéressante par l'aspect du petit cercle de l'iris teinté fortement en rouge par des vaisseaux de nouvelles formations alors que le grand centre irien se montrait à peu près indemne.

Il insiste sur le succès rapide du Quinby dans cette attaque d'iritis qui a été réglée en quinze jours alors que par le traitement mercuriel classique il est habituel de voir une iritis durer environ un mois à six semaines.

M. Valude emploie volontiers la même médication en ophtalmologie, dans d'autres affections spécifiques comme la kératite interstitielle des enfants où elle lui a donné d'excellents résultats.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 12 février 1926)

Un cas de grande aphasie de Wernicke avec déficit particulièrement marqué de la représentation spatiale. — MM. Laignel-Lavastine et Valence. Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, ancien éthylique, non syphilitique, atteint d'une aphasie sensorielle intéressante à un double point de vue :

1° En ce qu'elle a pu être prise pendant quelques jours pour une démence artério-scléreuse, tellement les troubles intellectuels étaient marqués. Mais, en réalité, il s'agit d'une grande aphasie de Wernicke avec grosse incompréhension de la parole, oubli du vocabulaire, alexie complète, écriture très restreinte, apraxie idéo-motrice et gros déficit intellectuel. Le liquide céphalo-rachidien est normal au point de vue lymphocytose, albuminose, benjoin et Wassermann.

2° En ce que l'on a pu mettre en évidence, grâce à des textes moteurs appropriés (exécution de certains gestes, écriture) et malgré l'apraxie, ce que P. Marie, Bouttier et Bailey ont appelé planotopokinésie (perte de la notion de la représentation spatiale en rapport avec l'exécution de certains gestes).

Maladie de Recklinghausen avec dystrophies osseuses. — MM. Laignel-Lavastine et Valence.

Ostéopathies multiples et polymorphes chez un tabétique pseudo-acromégalique. — MM. P. Harvier, I. Rachet et Jean Blum présentent un tabétique pseudo-acromégalique, atteint, d'une part de lésions banales, de rhumatisme ostéophytique au niveau de la colonne lombaire et des épiphyses supérieures radiales et cubitales, et, d'autre part, de lésions polymorphes, de syphilis osseuse, prédominante au niveau des mains et des pieds. Ces données réalisent toute la gamme des lésions osseuses de la syphilis tertiaire, végétations épiphysaires, spina ventosa syphilitique, et ont une évolution progressive.

Luxations métacarpophalangiennes généralisées des deux mains avec nodosités paraarticulaires au cours d'un rhumatisme chronique. — MM. O. Crouzon et Christophe présentent une malade atteinte de rhumatisme chronique dont l'évolution a abouti à des déformations des mains remarquables surtout par des luxations généralisées des articulations métacarpophalangiennes avec laxité articulaire très marquée à leur niveau.

A côté des déformations classiques du type en flexion ou en extension décrites dans le rhumatisme chronique avec lésions ankylosantes, on peut observer des subluxations ou des luxations, mais leur importance, dans le cas présenté par les auteurs, aboutit à une variété de déformations exceptionnellement rencontrée.

Syphilis nerveuse familiale (tabes chez le père et la mère, signe d'Argyll-Robertson chez leur enfant âgé de quatre ans). — MM. Georges Guillain, Périsson et Thévenard présentent trois malades, le père, la mère et leur enfant, qui offrent un exemple de syphilis nerveuse familiale : tabes typique chez le père et la mère, mydriase bilatérale avec signe d'Argyll-Robertson et réaction de Wassermann positive chez leur enfant âgé de quatre ans.

Les cas de paralysie générale juvénile héréditaire, de tabes juvénile héréditaire, quoique rares, existent dans la littérature médicale, mais les observations où l'on constate à la fois le tabes chez le père et la mère, un signe d'Argyll-Robertson bilatéral avec réaction de Wassermann positive chez leur enfant sont exceptionnelles.

Cette observation apporte un document sur cette question de la syphilis à virus neurotrope étudiée cliniquement et expérimentalement.

Il paraît évident, et cette constatation a été faite depuis longtemps par Fournier, Pierre Marie, Nonne, Erb, Mott, que certains virus syphilitiques, ne déterminant que peu ou pas de lésions cutanées ou viscérales, ont un pouvoir pathogène spécial pour le névraxe, sans qu'on puisse, pour expliquer ce fait, invoquer seulement une question de terrain ou

de milieu et encore moins une question de coïncidence fortuite.

Rapports de l'épreuve de Meltzer-Lyon et de la bile vésiculaire. — M. Feissly.

Action d'un sérum cyto-toxique sur le cancer thyroïdien. — M. E. Coulaud présente plusieurs malades atteints de cancer du corps thyroïde, qu'il a traités avec un sérum antithyroïdien. Sur 10 cas, il y a eu 4 échecs, 3 améliorations nettes et 3 succès, dont 2 se maintiennent depuis plus de deux ans. Les échecs semblent tenir à la forme histologique du cancer. Les épithéliomas atypiques n'étant pas influencés, bien entendu, par le sérum antithyroïdien.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1926)

Traitement des états parkinsoniens par la stramoine. — MM. Juster et Huerre exposent les avantages d'administration et d'efficacité de la poudre de feuilles de stramoine dans le traitement des états parkinsoniens. Donnée à doses progressives par pilules ou cachets de 5 à 10 centigrammes, de 50 centigrammes à 2 grammes par jour, suivant la tolérance des malades, la stramoine a produit une nette diminution de la rigidité et une augmentation de l'activité psychique et physique des malades.

Des dosages ont montré aux auteurs qu'il existait moins de 0g33 d'alcaloïdes pour 100 grammes de poudre de feuilles. C'est à ces alcaloïdes : hyosciamine, atropine et isomères, qu'est due cette action de la stramoine dans la maladie de Parkinson. La stramoine présente en plus de sa grande activité une très faible toxicité, surtout si l'on prend la précaution de donner des doses progressives.

M. Perrot. Le datura renferme, outre l'atropine et l'hyoscyamine active, une certaine quantité de scopolamine dont il serait bon de tenir compte.

M. Vinchon fait remarquer qu'à la Pitié on emploie les pilules de poudre de datura, et pour éviter l'accoutumance on alterne avec un autre médicament (hexaméthylènetétramine).

M. Busquet. On peut retenir que les effets du datura sur la rigidité des parkinsonniens pourraient n'être dus qu'à une forte dose d'un alcaloïde quelconque; le sulfate d'atropine a produit aussi des effets remarquables : amélioration à la dose de 6 milligrammes; on arrive à 1 centigramme par voie sous cutanée.

M. Juster estime que l'atropine en injections sous-cutanées donne de bons résultats, mais qu'elle est moins bien tolérée que le datura. D'autre part, comme M. Vinchon, l'auteur alterne avec d'autres médicaments (actuellement composés arsénicaux). M. Juster signale, à titre documentaire, que l'alcoolature de lycium augmente la rigidité des parkinsoniens.

Preuves biologiques et cliniques de l'accumulation de l'émétine chez l'homme. — M. Ch. Mattei (de Marseille), dans une étude très complète sur l'élimination de l'émétine chez l'homme, arrive aux conclusions suivantes :

La notion du pouvoir d'accumulation démontré par l'élimination urinaire se confirme par les effets prolongés de l'alcaloïde sur la fonction uréo-secrétoire et l'activité myocardique. Cette notion de l'accumulation de l'émétine doit régler strictement l'usage thérapeutique de la drogue.

Elle nous conduit à penser que la dose maxima de sécurité, chez l'homme normal, ne doit pas dépasser 80 centigrammes en un mois, et par séries d'injections hypodermiques successives espacées. Cette dose totale atteinte, il importe, et le mode d'élimination urinaire le démontre, de suspendre pour six semaines l'emploi de l'émétine.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

JANVIER 1926

Cancer du rectum traité par la radiothérapie profonde et guéri depuis deux ans. — M. MORIN-GÉRARD.

Dislocation intra-ilio-ischiatique paraissant spontanée chez une enfant de cinq ans. — M. L. BOSSY.

Volumineux éclats de verre tolérés pendant quinze ans dans l'orbite et dans l'œil. — M. Jean SEDAN a énucléé un moignon oculaire atrophique, indolore, mais empêchant la prothèse, chez un homme blessé quinze ans auparavant, par éclats de vitres. Il a trouvé dans l'orbite un éclat en forme de flèche de 40 millimètres, 9 millimètres, 40 millimètres, qu'il n'a pu extraire qu'avec une pince à mors en caoutchouc. Dans l'œil, éclat de 10 millimètres, 9 millimètres, 6 millimètres. La flèche de verre intraorbitaire s'étant brisée au milieu, la découverte du fragment terminal (pointe) a été faite à l'exploration digitale de la cavité, toujours indispensable dans ces cas. L'auteur signale le danger de croire « que l'on a tout enlevé lorsqu'on a enlevé quelque chose ». (Cf. Dupuy-Dutemps, Onfray, etc).

Occipitalisation de l'atlas et axialisation de la troisième vertèbre cervicale sans syndrome clinique. MM. H. ROGER, J. REBOUL-LACHAUX et CHABERT présentent un jeune homme chez lequel la radiographie a révélé outre un aspect grêle de l'atlas avec tendance à l'occipitalisation, une fusion des corps et des apophyses épineuses de C_2 et C_3 par disparition de l'interligne osseux, sans spina bifida. Pas de syndrome clinique de Klippel-Feil ; mobilité et musculature du cou, implantation des cheveux normales. Un syndrome d'atrophie thénarienne et d'irritation pyramidale droites légères, présenté par le malade, paraît attribuable moins à une malformation des sixième et septième segments médullaires qu'à une localisation médullaire récente d'une hérédo-syphilis (dystrophies dentaires, arrêt intellectuel, Bordet-Wassermann positif dans le sang), qui expliquerait également l'anomalie rachidienne.

Corps étranger de l'urètre ayant entraîné une large perte de substance et provoqué une périurétrite aiguë. Dérivation des urines par cystostomie. Réparation spontanée de l'urètre. — M. MARTIN-LAVAL.

Tétanos aigu généralisé guéri par sérothérapie intensive. — MM. ROGER, CHABERT, et Mlle GAYRAUD.

LIVRES NOUVEAUX

Introduction à l'étude de la psychogénèse (1), par le docteur Maurice DIDE.

Le nouveau livre du docteur Dide, surtout connu comme aliéniste, lui donne droit de cité parmi les philosophes, voire les métaphysiciens. A toutes les étapes de l'évolution psychologique l'auteur met en évidence les attributs fondamentaux de l'énergie, toujours à la fois convergente et divergente ; il révèle dans tous les complexes mentaux d'une part la poussée positive et vibrante de l'instinct et de l'émotion qui rattachent l'être vivant au passé et l'orientent vers l'avenir, de l'autre le reflet du monde extérieur qui, au moment où il atteint la conscience, semble réaliser une intégration de l'énergie voisine de l'immobilité.

Le neurologiste trouvera beaucoup à glaner dans un livre largement synthétique. Les chapitres consacrés aux apraxies, aux agnosies et aphasies ne sont ni des revues générales, ni de simples mises au point. M. Dide étudie ces grands syndromes en philosophe et découvre partout l'antériorité de la tendance active par rapport à la représentation suggestive. La tendance crée la fonction et celle-ci crée l'organe. Dans l'instinct toute la vie psychologique se trouve virtuellement incluse et la psychogénèse représente une doctrine de l'évolution énergétique en même temps qu'une méthode d'examen plus adéquate que la psychanalyse, car elle dévoile parmi les démarches les plus obscures de notre être une volonté de conscience.

DELHERM.

(1) Un volume. Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Mariano Castro, professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, fera, le vendredi 19 février 1926, à 11 h., à l'hôpital de la Charité (Chaire de clinique propédeutique, M. le professeur Sergent), une conférence en français sur le « Diabète rénal ».

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Cours annuel de broncho-œsophagoscopie du professeur agrégé Portmann.* — Le cours aura lieu du lundi 1er mars au jeudi 11 mars 1926. Il comprendra des conférences théoriques et des exercices pratiques sur le cadavre, les chiens chloralosés et les malades.

Droit d'inscription : 100 francs.

On est prié de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

COURS (laboratoire, 54, rue Saussure, XVIIe). — M. Rubinstein fera son cours de sérologie appliquée à la clinique, du 26 avril au 26 mai. Les conférences suivies de travaux pratiques auront lieu les mardis, jeudis et samedis, de 14 à 18 heures.

Le nombre des places est limité. Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire, de 14 à 18 heures.

Un registre d'inscriptions est également ouvert pour les cours et travaux pratiques de chimie médicale qui seront faits au laboratoire par M. Broun, ancien assistant de M. le professeur Blum de la Faculté de médecine de Strasbourg.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 22 AU 27 FÉVRIER 1926)

THESES

Lundi 22 février. — Jury : MM. Roger, président; Hartmann, Ménétrier et Couvelaire. — M. MÉDIONI (A.). Instincts d'imitation morbides. — M. CARAÈS. Du cloisonnement du vagin. — M. BAUDRILLART. Etude sur la Maternité de Baudelocque. — M. MÉRY (R.). Aspects radiologiques des séquelles des affections respiratoires de l'enfance.

Mardi 23 février. — Jury : MM. Brindeau, président; Lecène, Terrien et Vaudescal. — M. KIPARRISSI. Statistique de l'application des forceps (clinique Tarnier). — M. MERCIER (J.). Etude des œdèmes palpébraux. — M. FAVORY. Le syndrome chromatique. — M. CASTERAN. Le syndrome de la fente sphénoïdale. — M. LABORDE (J.). Etude sur les spondylites de l'adulte.

Jeudi 25 février. — Jury : MM. Widal, président; Cunéo, Sergent et Sicard. — M. ISCH-WALL. L'hémogénie (étude clinique). — M. CALAS. Les spermatocystites non tuberculeuses. — M. KERHERVÉ. Etude des coudes ballants. — M. SMILJANITCH. Anaphylaxie (recherche de l'absorption vésicale).

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Ménétrier, président; Jeanselme, Dechambre, Moussu, Cocquot et Robin. — M. BLANCHET. De l'eczéma des membres chez les solipèdes. — M. LOURDEL. Le berceau d'une race ovine « La Charmoise ».

Samedi 27 février. — Jury : MM. Gilbert, président; Jeanselme, Villaret et Baudouin. — M. POLLET. La rachifibrinimétrie. — M. JAILLOT (P.). Traitement de la pelade. — Mlle MAIGRON. Les érythèmes arsénicaux du troisième jour. — M. AGNÈS (J.). Essais sur la recherche de l'albumicholie.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Cunéo, président; Brumpt, Henry, Panisset et Bourdelle. — M. JULIEN. Recherches sur les toxines vermineuses. Anaphylaxie. — M. ILIESCO. Recherches sur les cavités nasales chez le chat.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **9 fr. 50.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* **48-31**

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . **45** *fr.*
Tarif n° 1 : **55** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Commission de classement des assistants d'électro-radiologie. — Le jury est définitivement composé de MM. Chicotot, Beaujard, Mallet.

— Concours de l'internat (Sainte-Périne et Hendaye). — *Epreuve orale.* — Séance du 19 février. — Question donnée : « Diagnostic des épanchements pleuraux. »

MM. Goldberg, 16; Hiély, 13; Briault, 14; Sallé, 18; Laffaille, 17; Deliencourt, 15; Petit, 14; Peytavin, 15; Lalourdy, 13; Delaporte, 16.

Séance du 19 février. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la coxalgie. »

Mlle Chemin, 19; M. Hiély, 17.

Classement : Sainte-Périne et Chardon-Lagache, MM. Casaubon, 47; Vendel, 46.

Brévannes, MM. Laffaille, 43 ; Delaporte, 42 ; Goldberg et Sallé, 41 ; Peytavin et Deliencourt, 38; Briault, 37; Petit, 36.

San Salvadour et Hendaye, MM. Paris, 43; Mlle Chemin, 40; M. Hiély, 39.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Philippe Rochet.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation de médecine. — Quatrième division.* — Chirurgie et obstétrique. Section B : obstétrique.

Bordeaux. — M. Rivière, 13 + 17 = 30.

Lyon. — M. Bansillon, 15 + 15 = 30.

Montpellier. — M. Colidecarréra, 17 + 17 = 34. (*J. O.*, 19 fév. 1926, voir pour les listes précédentes, *Gaz. des hôpit.*, nos 6, 7, 8, 9, 11 et 14.)

Jury d'agrégation de médecine. — En vue du concours pour deux places d'agrégé des facultés de médecine (section d'ophtalmologie), ouvrant le 22 mars 1926, le tirage au sort des membres du jury a eu lieu le 20 février 1926, à 11 h. 1/2 du matin, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, en séance publique, devant une commission composée de MM. Roger, doyen de la Faculté, président; Charmeil, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille; Auvray, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris; Lecouturier, chef du 1er bureau de la direction de l'enseignement supérieur; Magnin, secrétaire de la Faculté de médecine.

Jury de l'agrégation de l'ophtalmologie. — *Tirage au sort.* — Juges titulaires : MM. Georges Gérard (de Lille), Cange (d'Alger), Rollet (de Lyon), Lagrange (de Bordeaux), Duverger (de Strasbourg).

Juges suppléants : MM. Teulières, agrégé de Bordeaux ; Jeandelize (de Nancy).

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Doctorat en médecine. — Le décret suivant rendu après avis du conseil supérieur de l'instruction publique modifie les conditions des examens pour le doctorat en médecine :

« Par dérogation aux articles 1er et 22 du décret du 10 septembre 1924, les étudiants en médecine ajournés à une matière ou aux deux épreuves d'une même matière des 1er, 2e, 3e et 5e examens de fin d'année à la session d'octobre, s'ils ont obtenu pour l'ensemble des autres matières de l'examen une moyenne d'au moins 7 points (maximum 10), seront admis à poursuivre leur scolarité sous condition de réparer leur échec à la session extraordinaire de mars. La même facilité pourra être accordée aux candidats ajournés en juillet dans les mêmes conditions et qui, pour des raisons reconnues valables par le doyen de la faculté, ne se seraient pas présentés en octobre.

En cas de nouvel ajournement, la scolarité que ces étudiants auront accomplie par dérogation à l'article 22 sera annulée et ils retomberont sous le coup des prescriptions dudit article.

Le bénéfice de cette mesure ne sera pas applicable aux étudiants ajournés à la session d'octobre à l'une ou à l'autre des épreuves orales du 4e examen (pathologie et accouchements).

En dehors de cette dérogation aux dispositions réglementaires, aucune dispense ne pourra être accordée. (*J. O.*, 20 février 1926).

GUERRE. — Mutations (active) :

Médecin principal de 1re classe. — M. Picqué, de l'armée française du Rhin, est affecté aux troupes d'ocupation du Maroc.

Médecins principaux de 2e classe. — MM. Paris, de l'hôpital militaire de Belfort, est affecté à l'hôpital militaire Gama à Toul, médecin chef; Pheulpin, de l'hôpital militaire de Belfort, est désigné comme président de commission de réforme.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Bertelé, de la place d'Agen, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte d'Agen, médecin chef; Viry, de la place de Strasbourg, est affecté à l'hôpital militaire de Strasbourg; Boulin, de la place d'Angoulême, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême; Delbru, de la place de Toulouse, est affecté à l'hôpital militaire de Toulouse; Ser, du centre de réforme de Limoges, est affecté au 308e rég. d'artillerie portée, à Limoges; Petit, de la place de Nancy, est affecté à l'hôpital militaire de Nancy; Miorcec, de la place de Tours, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Tours; van Merris, de la place d'Amiens, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens; Champeaux, de la place de Bourges, est affecté à l'hôpital militaire de Bourges; Metoz, de la place de Belfort, est affecté à l'hôpital militaire de Belfort; Coudeyras, de la place de Compiègne, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Compiègne; Lecomte, de la place de Sarrebourg, est affecté à l'hôpital militaire de Sarrebourg, médecin chef; Yvermault, de la place du Mans, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte du Mans; Jeannin, chirurgien des hôpitaux militaires, de la place de Tours, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Tours; Clarion, de l'armée française du Rhin, est affecté (pour ordre), à l'hôpital Percy, à Clamart; Barthes, désigné pour les troupes d'occupation du Maroc (n'a pas rejoint), est maintenu au centre d'instruction physique de Saint-Omer; Lacaze, chirurgien des hôpitaux militaires, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté à l'hôpital militaire de Nancy; Sondag, médecin des hôpitaux militaires, du laboratoire de bactériologie de Marseille, est affecté à l'armée du Levant; Potier, du 22e rég. d'aviation, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc; Vendeuvre, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au 54e rég. d'artillerie divisionnaire, à Lyon.

— Sont désignés pour assurer en 1926 le fonctionnement des hôpitaux thermaux :

Hôpital militaire de Barèges (10 juin-30 septembre). — MM. le médecin-major de 1re classe Rebierre, médecin chef; le médecin major de 2e classe Laban; le médecin aide-major Frejaville.

Hôpital militaire de Bourbonne (1er mai-30 septembre). — MM. le médecin principal de 2e classe Dehoey, médecin chef; le médecin-major de 1re classe Dellys; le médecin aide-major Authier.

Hôpital militaire du Mont-Dore. — MM. le médecin-major de 1re classe Langlois, médecin chef; le médecin aide-major Moulène.

Hôpital militaire de Vichy (1er mai-26 octobre). — MM. le médecin-major de 1re classe Verdeau; les médecins-majors de 2e classe Cazalas, Fauque et Dillenseger; les médecins aides-majors André, Lesbats, Bravet, Robert.

MARINE. — Le *Journal officiel* du 19 février publie la loi donnant aux élèves de l'Ecole du Service de santé de la marine versés dans le Service de santé des troupes coloniales une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, lors de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien aide-major des troupes coloniales.

LE MONUMENT AUX MORTS DE LA FACULTÉ DE PHARMACIE. — Le monument élevé aux pharmaciens morts pour la France a été inauguré dimanche dans le hall de la Faculté de pharmacie de Paris, sous la présidence de M. Painlevé, ministre de la Guerre et de M. Durafour, ministre de l'Hygiène.

Le Président de la République s'était fait représenter par le colonel Derendinger.

Des discours émus furent prononcés par les membres du Comité d'organisation, le représentant de l'armée belge, le président de l'Association des étudiants en pharmacie, le doyen de la Faculté et M. Painlevé.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Peyssonnié.

CALENDRIER DES PROCHAINS CONGRÈS. — Nous avons donné (v. *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 14, p. 210) le calendrier des prochains Congrès. Voici une liste complémentaire, nous n'osons pas dire définitive.

1926. — XXIe Réunion de l'Association des anatomistes (Liége, 29-31 mars). — Secrét. gén. : Professeur A. Nicolas, 7, rue Pierre-Nicole, Paris.

LIXe Congrès des Sociétés savantes (Poitiers, 6 avril).

VIIe Congrès italien de neurologie (Turin, 7-9 avril). Au cours de ce Congrès un livre d'or sera offert au professeur Eugenio Tanzi à l'occasion de son 70e anniversaire. — Secrét. gén. : docteur Alfredo Coppola, R. Clinica Psichiatrica, viale Requia Margherita, 137, Turin.

IIe Congrès italien de chimie pure et appliquée (Palerme, mai 1926).

Ier Congrès d'urologie de l'U. R. S. S. (Moscou, printemps, date non fixée).

Congrès de l'Association française du cancer (Bruxelles, juillet).

Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Lyon, 26-31 juillet 1926).

Ier Congrès national argentin de chirurgie (Buenos-Ayres, août).

Ve Conférence de la tuberculose (Washington, 30 septembre-2 octobre).

VIIe Congrès italien de radiologie (Naples, octobre).

Journées médicales de Montpellier (novembre).

Date non fixée. — IIe Congrès international de pathologie comparée (plusieurs fois remis depuis deux ans).

XXVe Congrès italien d'obstétrique (Palerme).

1927. — XIXe Congrès français de médecine (Lyon).

IVe Congrès de médecine militaire (Varsovie).

IIe Congrès international de radiologie (Stockholm).

NOTES DE PRATIQUE

CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Se rappeler les préceptes de Huchard et Fiessinger :

« Le traitement rénal constitue la base fondamentale de la médication. Seulement, si l'on renforce la valeur diurétique de la théobromine par l'action cardiotonique de la digitaline à très faibles doses, les effets heureux seront bien plus marqués. »

Il convient donc de prescrire, cinq à dix jours de suite, deux cachets par jour de 0g50 de *Théosalvose digitalique*. On suspend quatre à cinq jours, pour reprendre ensuite cinq à dix jours.

Entre temps, deux cachets par jour de *Théosalvose spartéinée*. Continuer plusieurs mois.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par M. CHASTENET DE GÉRY.

TÊTE ET COU

Réflexions sur le traitement chirurgical des tumeurs de l'hypophyse. (Robert LUND. *Acta chir. Scandinavica*, janv. 1926, vol. LIX, fasc. 6, p. 491.) — L'auteur relate six opérations hypophysaires dont quatre ont été pratiquées selon le procédé de Schloffer modifié par V. Eiselberg et par le procédé de Hirsch. Dans les trois premiers cas il s'agissait d'adénomes (diagnostic confirmé par l'examen histologique) : un bon résultat et deux améliorations passagères, la mort étant survenue respectivement six mois et trois ans après l'intervention. Dans le quatrième cas la mort suivit immédiatement l'opération (il ne s'agissait vraisemblablement pas de tumeur hypophysaire). Le cinquième malade était atteint d'acromégalie typique. La symptomatologie indiquait, d'ailleurs comme dans les autres cas, que la tumeur avait largement dépassé les limites de la selle turcique. L'opération permit de vider un kyste occupant la totalité de la selle turcique élargie. Mort dix-huit mois plus tard d'urémie. A l'autopsie on trouva le reste de la tumeur (adénome développé dans la partie antérieure de l'hypophyse) s'étendant très loin vers le cerveau. Dans le sixième cas il n'y avait aucune tumeur dans la selle; le malade, ultérieurement traité par le radium, s'améliora.

S'appuyant sur ces observations, l'auteur expose et apprécie les divers procédés opératoires trans-craniens et trans-sphénoïdaux. Il décrit en détails la méthode de Hirsch dans laquelle on passe entre les muqueuses périostées de la cloison nasale et qui ne diffère de celle de Cushing que par la manière d'aborder la cloison.

Enfin, l'auteur signale les divers éléments diagnostiques jouant un rôle dans la localisation et la détermination de l'étendue de la tumeur. Une lésion très prononcée des nerfs optiques indique une tumeur ayant dépassé les limites de la selle par le haut. Dans l'acromégalie, tumeur née dans la selle, l'opération se fait par la voie transsphénoïdale. Les tumeurs du canal pharyngo-hypophysaire — généralement cas de dystrophie adiposo-génitale — devront toujours être abordées par la voie transcranienne. Il peut se faire qu'aux rayons X la selle paraisse de dimensions normales, notamment dans les tumeurs du canal pharyngo-hypophysaire. D'autre part, la selle peut être notablement agrandie sans qu'il existe de tumeur cérébrale (hydrocéphalie) ou concurremment avec une tumeur cérébrale n'intéressant pas l'hypophyse. Le fond de la selle turcique peut à la radiographie paraître effondré sans l'être en réalité. La voie transcranienne est contre-indiquée toutes les fois que le liquide céphalo-rachidien n'est pas normal (pléocytose) ; l'augmentation du nombre des cellules peut, en effet, être le signe d'une communication, à travers le fond de la selle effondré, entre les méninges et le pharynx, auquel cas le risque de méningite à la suite de l'opération transcranienne devient considérable.

L'exophtalmie pulsatile. (B. BARONI. *Arch. ital. di chir.*, sept. 1925, vol. XIV, fasc. 3, p. 225.) — L'auteur relate un cas d'exophtalmie pulsatile causée par un anévrisme artério-veineux réunissant la carotide interne et la jugulaire interne droites et siégeant en dedans de la branche montante du maxillaire inférieur, au-devant de l'apophyse styloïde. La ligature de la carotide interne donna une guérison complète et définitive vérifiée au bout de six ans.

Puis l'auteur reprend dans une étude d'ensemble toutes les notions acquises sur la maladie en se référant aux faits et aux travaux antérieurement publiés.

La cause la plus fréquente de l'exophtalmie pulsatile est la rupture traumatique ou spontanée de la carotide interne dans le sinus caverneux. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les anévrismes de la carotide interne intracranienne extra ou intracaverneuse, ceux de l'ophtalmique, les tumeurs orbitaires et cérébrales, les phlébites du sinus caverneux et des sinus pétreux et circulaire de Ridley. Il n'y a pas d'autres cas d'exophtalmie consécutive à un anévrisme jugulo-carotidien que celui de l'auteur.

Des deux variétés étiologiques la traumatique et la spontanée, tandis que la première est habituellement unilatérale et plus fréquente chez l'homme, la seconde peut être bilatérale et se rencontre assez souvent chez la femme en raison du rôle que jouent, au point de vue des lésions vasculaires, la grossesse et la puerpéralité.

La forme traumatique a presque toujours comme origine une fracture de la base du crâne avec lésion de la carotide interne. Si l'artère est primitivement et assez largement ouverte par le traumatisme les symptômes peuvent apparaître immédiatement. Si la paroi vasculaire n'est que partiellement lésée, il se forme d'abord un anévrisme simple et les symptômes apparaissent au bout d'un temps plus ou moins long. D'ailleurs, l'anévrisme simple persistant sous cette forme, sans rupture secondaire, peut déterminer l'exophtalmie pulsatile s'il trouble par compression la circulation veineuse.

Mais dans la forme spontanée l'apparition des symptômes est toujours subite et violente. Les signes fondamentaux sont accompagnés ou quelquefois précédés par les signes accessoires : injections des vaisseaux conjonctivaux et péri-orbitaires, chemosis, diminution de l'acuité visuelle, paralysie des nerfs de la VIe et de la IIIe paires, diplopie d'origine mécanique ou paralytique, apparition d'une tumeur pulsatile à l'angle interne de l'œil, dans le sillon orbitaire supérieur. Certains de ces symptômes peuvent du reste faire défaut.

La guérison spontanée est possible (1,6 p. 100 des cas), mais elle est si incertaine et si longue à venir qu'elle ne peut faire rejeter le traitement chirurgical si ce n'est chez les sujets fortement tarés.

La compression de la carotide primitive n'est pas une méthode curative, mais c'est un bon moyen à employer avant l'acte opératoire pour favoriser le développement de la circulation collatérale.

La ligature de la carotide primitive doit être abandonnée. Les résultats qu'elle donne sont nettement inférieurs à ceux des ligatures de la carotide interne et de la veine orbitaire : mortalité plus élevée, pourcentage de guérisons plus faible.

Mais laquelle des deux autres méthodes doit-on préférer? Les statistiques sont favorables à la ligature veineuse. Cependant la question doit être discutée. La ligature de la veine orbitaire qui agit par thrombose propagée au sinus caverneux ne semble physiologiquement indiquée que dans le cas d'anévrisme artério-veineux du sinus. Mais alors elle est l'opération de choix en raison de sa bénignité et de son efficacité habituelle dans les cas de ce genre. Il serait d'ailleurs toujours possible, en cas d'échec ou de récidive, de pratiquer dans un second temps la ligature de la carotide interne. Par contre, quand il s'agit d'anévrisme simple de la carotide ou de l'ophtalmique ou d'anévrisme artério-veineux exo-cranien, comme dans le cas de l'auteur, la ligature carotidienne est le seul moyen rationnel. Enfin, dans les cas où on n'a pu déterminer la cause anatomique exacte de l'exoptalmie il semble qu'on soit autorisé à pratiquer d'abord l'opération la plus simple, c'est-à-dire la ligature veineuse, quitte à lier l'artère si cela paraît secondairement nécessaire.

Anatomie chirurgicale de la crosse du canal thoracique. (J. A. Careiro. *Revista med. latino-americana*, sept. 1925, p. 1367.) — Les opérations cervicales gauches, en particulier les résections des ganglions sympathiques cervical inférieur et premier thoracique exposent à la blessure du canal thoracique. Or, les lésions de ce tronc lymphatique ne sont pas toujours aussi innocentes qu'on l'a dit. Dans les cas où elles n'ont pas causé d'accidents, le canal thoracique avait sans doute plusieurs voies d'abouchements dans la veine sous-clavière ou peut-être des anastomoses thoraciques avec les azygos. Partant de là l'auteur a voulu réétudier l'anatomie de la portion cervicale du canal thoracique et il donne un compte rendu de ses recherches sur vingt sujets avec d'excellentes figures en noir et en couleur.

L'abouchement veineux du canal thoracique peut se faire suivant des modes différents. Les dispositions suivantes ont été rencontrées :

Onze fois sur vingt, tronc unique ayant un diamètre de 4 à 5 millimètres et se jetant dans l'angle externe des veines sous-clavière et jugulaire interne; quatre fois, deux branches, une externe se terminant comme précédemment, une interne plus volumineuse allant à la partie inférieure de la jugulaire interne; une fois tronc unique allant à la jugulaire interne; une fois deux branches allant à la jugulaire interne; une fois tronc unique se jetant dans l'angle interne de la jugulaire interne et du tronc brachiocéphalique; enfin, deux fois terminaisons multiples (trois dans un cas, quatre dans l'autre) se rendant à la jugulaire et à la sous-clavière.

On voit qu'il y a une disposition assez constante mais qui souffre de nombreuses exceptions. Quand le canal thoracique se ramifie, la blessure n'en est dangereuse que si elle l'atteint au niveau de l'artère vertébrale, point où il est constitué en général par un tronc unique.

Au point de vue de ses rapports on peut considérer deux faces au canal thoracique : une postéro-externe profonde, une antéro-interne superficielle et deux bords.

Par sa *face profonde*, le canal entre en contact avec les organes suivants : le muscle long du cou et quelques filets sympathiques, l'origine de l'artère vertébrale, rarement la veine (1 fois sur 4), le tronc thyro-scapulaire ou quand celui-ci est court l'origine de la thyroïdienne inférieure, puis le nerf phrénique et le bord du scalène antérieur, enfin les artères scapulaire supérieure et scapulaire postérieure.

Par sa *face superficielle* le canal thoracique croise la veine vertébrale et des filets sympathiques, le paquet vasculo-nerveux du cou, et il se met en rapport avec les aponévroses cervicales moyenne et superficielle ainsi qu'avec les insertions claviculaires du sterno-cléido-mastoïdien.

Son *bord supérieur*, dans la région de l'artère vertébrale, est au voisinage immédiat du ganglion sympathique cervical inférieur, quelquefois en contact intime avec lui.

Son *bord inférieur* repose sur le dôme pleural, l'artère sous-clavière et l'origine de l'artère vertébrale.

L'auteur insiste sur les rapports du canal avec le ganglion cervical et l'artère vertébrale, rapports tellement intimes qu'il est nécessaire, pour atteindre le ganglion, de découvrir le canal thoracique fixé par les prolongements nerveux qui l'entourent.

Quatre observations de tuberculose sterno-costo-claviculaire traitée par la résection totale de l'articulation. (L. Dufourmentel. *Bull. et mém. de la Soc. des chir. de Paris,* 1925, t. XVII, n° 15, p. 576.) — L'auteur emploie, pour réséquer l'articulation sterno-costo-claviculaire, un procédé dû à Reymond (Congrès de Budapest, 1909, et thèse de Gaujoin, Paris 1910) dont la caractéristique est une ablation en bloc des éléments de la jointure sans curettage ni morcellement.

Cette opération comporte quatre temps :

1° *Découverte du plan osseux* par une incision en L ou en demi-lune concave en haut;

2° *Libération des trois os* à la rugine ou au bistouri de façon à désinsérer les muscles et à écarter les vaisseaux;

3° *Section des trois os* à la scie de Gigli;

4° *Extirpation de l'articulation libérée et suture cutanée*, sans aucun drainage.

S'il se produit un suintement dans le foyer, on l'évacuera par ponction avec une aiguille de Pravaz. Le pansement devra être assez compressif pour assurer l'adhérence de la peau et du plan profond.

L'auteur a pratiqué cette opération trois fois sur un seul côté et une fois sur les deux côtés. Dans ce dernier cas la malade fut d'abord atteinte d'adénite tuberculeuse du cou qui nécessita une exérèse ganglionnaire à gauche en 1919 et l'ablation d'un second paquet à droite en 1920. La tuberculose sterno-costo-claviculaire apparut des deux côtés à la fois en 1921 et fut traitée en 1922 par la double résection suivant le procédé sus-indiqué. La malade est restée parfaitement guérie, ses cicatrices sont peu visibles et elle ne présente aucun trouble fonctionnel des membres supérieurs.

L'auteur insiste sur l'importance qu'il y a, dans cette opération comme dans l'exérèse des ganglions tuberculeux du cou, à ne pas drainer même avec des crins, le moindre corps étranger maintenu entre les lèvres de la plaie étant une amorce à la fistule. C'est ainsi qu'il évite le plus possible les points perforants et ferme la peau le plus souvent avec des agrafes ou à l'aide d'un surjet intradermique.

TUBE DIGESTIF ET ABDOMEN

Volvulus de l'estomac. (Frederick Gill. *Irish Journ. of med. science*, sept. 1925. p. 418.) — La malade qui fait l'objet de cette intéressante observation, âgée de cinquante-huit ans, avait souffert d'un ulcère de l'estomac à deux époques de sa vie, à trente-huit ans et à cinquante-quatre ans. En décembre 1924 elle est prise de nausées, de vomissements et de malaise après les repas. L'appétit disparaît. Fladulence et constipation. Le 19 janvier 1925, dans la nuit, nombreux vomissements. Les jours suivants, elle rend tout ce qu'elle essaie de prendre et commence à souffrir du ventre. Puis les vomissements continuent clairs, aqueux et d'un volume supérieur à celui des liquides ingérés. Le 22 janvier au moment où elle est examinée par l'auteur, son état paraît très grave. Elle a un teint livide, 82 pulsations, une température à 98 degrés F. et 24 respirations. L'abdomen est distendu dans les régions lombaire gauche, pelvienne et ombilicale. Péristaltisme visible et clapotement. Rétention presque complète des matières et des gaz depuis trois jours. L'abdomen n'est ni sensible, ni contracté. On ne sent pas de tumeur et le toucher rectal est négatif.

Opération immédiate. Le ventre ouvert, l'estomac paraît divisé en deux poches, la supérieure plus grande et très distendue. Cette disposition est due à une torsion, le segment pylorique ayant tourné de 360 degrés autour d'un axe vertical et de gauche à droite.

Dans ce déplacement la poche pylorique a passé à travers une fente de l'épiploon gastrohépatique et pénétré dans l'arrière-cavité des épiploons, entraînant le grand épiploon dans la torsion.

Au niveau de la partie atrésiée on remarque des adhérences anciennes et on sent une induration qui semble causée par un ulcère ou un néoplasme.

L'estomac est détordu, la fente du ligament gastrohépatique est suturée et on se hâte de terminer l'opération en raison de l'état de la malade. La guérison est rapide et en apparence complète. Mais une radiographie montre un estomac en sablier, cette déformation paraissant due à un cancer de l'organe.

Aussi la malade est-elle réopérée le 23 mars. Quoique l'induration gastrique eut pratiquement disparu, on put cependant reconnaître deux petits ulcères. Gastrectomie partielle. Guérison.

L'examen histologique des ulcères et des ganglions n'a montré que des lésions inflammatoires sans dégénérescence néoplasique.

Le volvulus de l'estomac est une lésion vraiment exceptionnelle. Max Thorek n'en a réuni que 31 cas dans un article du *Journal of the american Association* (25 août 1923). Un autre cas a été relaté depuis par Nockolds dans le *British Journal of surgery* (avril 1924).

Pseudo-tumeur inflammatoire d'origine appendiculaire. (G. Jean et Fontaine. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, nov. 1925, p. 222.) — Un homme de trente-cinq ans est pris, au cours d'efforts de défécation, de très vives douleurs abdominales siégeant dans la fosse iliaque droite et s'irradiant vers

le foie et la région inguinale. Vingt-quatre heures plus tard au moment de l'examen, les douleurs persistent, la palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse. Malgré la contracture pariétale il existe une voussure à ce niveau et on sent une masse assez volumineuse. Rétention complète des matières et des gaz. Température 38°3. Pouls 94.

Certains symptômes font songer à une occlusion par étranglement, torsion ou invagination. Mais l'appendicite paraît plus probable en raison de la contracture pariétale, de la température et de quelques crises douloureuses dans les antécédents.

L'opération est pratiquée sans délai. Un peu de liquide trouble dans le péritoine. La fosse iliaque droite contient une tumeur mobile, grosse comme une tête de fœtus et formée d'une masse inflammatoire scléro-lipomateuse englobant le cæcum, l'appendice, la moitié du côlon ascendant et la fin de l'iléon. Ces différents organes sont libérés par dissection. L'appendice épais et rouge siège dans l'angle iléo-cæcal fermé par des adhérences. Ablation de la masse graisseuse. Hémostase laborieuse. Après quelques incidents sans gravité, guérison complète.

L'examen histologique a montré du côté de l'appendice des lésions inflammatoires chroniques avec épaisissement des tuniques et sclérose et dans la masse scléro-adipeuse des amas lymphoïdes représentant sans doute des follicules ganglionnaires dégénérés.

Cette forme pseudo-tumorale de l'appendicite causée par le développement de masses inflammatoires scléro-lipomateuses a été assez rarement observée. Les auteurs rappellent une communication de Plisson et Carrive à la Société nationale de chirurgie (19 oct. 1921) et trois autres observations présentées récemment (9 fév. 1925) par Cottalorda à la Société de chirurgie de Marseille.

L'observation dont il est question ici présente une particularité clinique qui est la crise aigue par laquelle la lésion s'est révélée et dont la cause reste assez obscure.

Tumeur solide du mésentère (tératoblastome). (J. CARMON et D. O'KELLY. *Irish Journ. of med. science*, déc. 1925, p. 571.) — Cette tumeur a été observée chez un petit garçon de trois ans qui ne présentait aucun autre symptôme qu'une augmentation de volume de l'abdomen datant de quelques mois. Elle occupait la partie supérieure et droite de l'abdomen disparaissant en haut sous le rebord costal, dépassant en dedans la ligne médiane et descendant plus bas que l'ombilic. On ne pouvait guère la mobiliser dans aucune direction et on trouvait une zone sonore à la percussion au-devant de son segment inférieur. Peu de dilatations veineuses superficielles. On fit le diagnostic de tumeur du rein du type mixte embryonnaire.

La tumeur fut abordée opératoirement par une longue incision de laparotomie médiane. Elle venait au contact de la paroi et était recouverte d'anses grêles. En relevant l'intestin on vit que son mésentère enveloppait la tumeur. Incision du mésentère sur le pôle inférieur de la masse et énucléation de celle-ci après ligature de quelques gros vaisseaux. Fermeture de la brèche mésentérique et de la paroi abdominale sans drainage. La tumeur siégeait, autant qu'on a pu en juger, dans le mésentère d'une partie élevée de l'intestin grêle.

Les suites opératoires furent troublées par de la diarrhée et par une hématurie, mais le malade put quitter l'hôpital complètement guéri au bout de trois semaines.

L'auteur rappelle que l'ablation des tumeurs mésentériques met quelquefois en danger la vitalité de l'intestin et que certains chirurgiens résèquent systématiquement le segment intestinal correspondant à la tumeur. Dans le cas présent quoique l'intestin parût un peu ischémié, on ne fit pas de résection et l'événement prouva qu'il n'en était pas besoin.

La tumeur sphérique, mesurait 6 pouces de diamètre. Elle était molle, d'un blanc terne sur la coupe, hémorragique par places avec des zones jaunes et brunes.

Histologiquement une grande partie de la masse constituée par des cellules fusiformes avait un aspect de myxosarcome. En outre, se détachant des amas de cellules fusiformes, on remarquait des acini tapissés de cellules cylindriques puis des cylindres de cellules carcinomateuses ou des cellules carcinomateuses dispersées sans ordre. Peu de stroma. Enfin on rencontrait encore des cellules multinucléées éparses.

Ces caractères sont ceux d'un teratoblastome et l'auteur croit qu'aucune tumeur analogue n'a encore été observée dans le mésentère.

Un cas d'ictère acholurique traité par la splénectomie et les injections d'adrénaline. (Mac ERLEAN. *Irish. Journal of médical Science*, janvier 1926. p. 35.) — La malade âgée de vingt et un ans consulte pour faiblesse et dyspnée d'effort. A douze ans elle a eu un ictère accompagné de céphalée, de tremblements des mains et de faiblesse des jambes empêchant la marche. Les troubles fonctionnels ont guéri en quelques semaines. Mais l'ictère a persisté trois ans. Réglée à dix-huit ans.

La maladie actuelle a débuté il y a dix-huit mois par des nausées, des vomissements et un ictère progressif. Six mois plus tard hémorragies nasales et gingivales.

On est étonné par le degré et l'étendue de la pigmentation jaune verdâtre. Décoloration des gencives et des lèvres. Quelques petites glandes dures et indolores dans les aisselles et les aines. Pubis et aisselles glabres. Soufles anémiques au niveau du cœur et des vaisseaux. Pouls 85. L'examen du sang donne :

Globules rouges	1.852.000	
Globules blancs	3.000	
Hémoglobine	35	p. 100
Globules blancs polymorphes	63	p. 100
Larges lymphocytes	26	p. 100
Petits lymphocytes	1,6	p. 100
Eosinophiles	1,6	p. 100
Myélocytes	5	p. 100
Mastzellen	1,6	p. 100

Pas de globules rouges nucléés ni géants. Fragilité globulaire nettement augmentée.

Le foie déborde un peu le rebord costal. Rate très grosse dépassant la ligne médiane et l'ombilic. Suc gastrique normal. Urines normales.

La malade est observée pendant quatre semaines. La rate grossit encore et devient douloureuse. La température atteint 100 degrés F. On décide d'opérer.

Par une laparatomie sous-costale gauche on découvre la rate qui emplit la plus grande partie de l'abdomen et est fixée par quelques adhérences lâches. Extériorisation de l'organe. Une rate accessoire occupe la face antérieure du pédicule et la queue du pancréas est assez adhérente en arrière. La rate est enlevée, la rate accessoire est laissée en place. Le foie paraît normal. Hémorragie minime.

L'examen histologique de la rate montre une augmentation de volume des corps de Malpighi, les sinus dilatés, une augmentation du tissu fibreux trabéculaire, une phagocytose des globules rouges par les cellules de la couche endothéliale.

Après l'opération disparition de l'ictère en vingt-quatre heures mais la température monte et devient irrégulière ; douleurs dans l'épaule droite, vomissements, diarrhées. La plaie opératoire a guéri par première intension et il n'y a pas de complication infectieuse décelable. L'auteur se rappelant un cas analogue de Barlow et Gordon dans lequel on avait trouvé une atrophie des surrénales, a l'idée d'administrer de l'adrénaline à sa malade. Le retour à l'état normal se fait en quarante-huit heures.

Deux mois plus tard, le sang contient 2.820.000 globules rouges, 12,000 blancs 55 p. 100 d'hémoglobine; l'hémolyse est normale. Revue six mois après l'opération la malade était en excellente santé.

La splénectomie dans le purpura hémorragique trombopénique. (VINCENT. *Boston medical and. chirurgical Journal*. vol. 193, mai 1925.)

Un cas de trombopénie essentielle guérie par la splénectomie. (DIETZE. *Gesell f. Natur. u. Heilk.*, nov. 1924.)

Le fibrome de la paroi abdominale. (G. PETRESCO. M. NOVLEANO. *Journal de chirurgie*, t. XXVI, nov. 1925, p. 486.) — Les auteurs reprennent l'étude des fibromes pariétaux de l'abdomen en s'appuyant sur huit observations personnelles de ces tumeurs opérées avec succès. Ils résument ainsi leur étude :

Le fibrome de la paroi abdominale est une tumeur faite de

tissu fibreux simple, développée surtout dans le plan musculo-aponévrotique et avec tendance à envahir la musculature.

Il n'est jamais situé sur la ligne médiane, mais sur la ligne para-médiane, ordinairement en deux régions : inguino-abdominale et sterno-costo-pubienne.

On le trouve d'habitude chez les jeunes femmes et exceptionnellement chez l'homme.

Son apparition est en rapport avec la grossesse le plus fréquemment, plus rarement avec un traumatisme ; on cite des cas de développement sur une cicatrice opératoire.

La tumeur est habituellement unique, de consistance dure, à évolution lente, indolore, de dimensions variables. Microscopiquement c'est un fibrome typique contenant aussi des fibres musculaires en dégénérescence ou à divers stades de régression.

Le diagnostic est simple, il s'impose presque toujours (surtout pour ceux qui en ont déjà vu un cas).

C'est une tumeur bénigne, elle ne donne jamais de métastase et ne met jamais la vie en péril.

Le traitement chirurgical consiste dans l'extirpation large comprenant aussi une partie du muscle ou du tissu auquel elle adhère intimement ; en suivant cette technique préconisée par Lecène et Delamare on prévient les récidives sur place.

Un cas de kyste hydatique à siège lombaire. (A. CAMPATELLI. *Il Policlnico. Sezione chirurgica*, 15 octobre 1925, p. 493.) — Cette localisation du kyste hydatique est rare. Lassen et Laney dans une récente statistique (1923) ne l'ont notée que 23 fois.

Elle fut observée ici chez une femme de dix-huit ans qui souffrait un peu de la région lombaire gauche depuis un an, surtout dans la station debout prolongée. On crut d'abord qu'il s'agissait d'un lumbago. Mais une tuméfaction apparut dans la région lombaire, ovalaire, longue de 10 centimètres, large de 6, parallèle à la colonne vertébrale, indolore, fluctuante, sans frémissement hydatique. Il n'y avait pas de limitation des mouvements de la colonne vertébrale ni de contracture de défense mais la pression des apophyses transverses des IVe et Ve lombaires était légèrement douloureuse. La radiographie montrait une ombre en regard des IIIe et IVe vertèbres lombaires ainsi qu'un épaississement et une irrégularité de contours des apophyses articulaires gauches des IVe et Ve lombaires. Cuti-réaction à la tuberculine de von Picquet négative.

Le diagnostic le plus vraisemblable était cependant celui d'abcès froid. Mais par la ponction on retire une première fois un liquide fluide et rougeâtre, une seconde fois un liquide clair comme de l'eau et il y avait 11 p. 100 d'éosinophiles dans le sang. Il s'agissait évidemment d'un kyste hydatique bien que la réaction de Rivalta et l'intradermoréaction eussent été négatives et qu'on n'eût pas trouvé de crochets dans le liquide.

L'opération fut faite sous rachi-anesthésie. Le kyste gros comme un œuf de poule siégeait dans la masse sacro-lombaire et la membrane péri-kystique adhérait à l'articulation des IIIe et IVe vertèbres lombaires. La tumeur enlevée en bloc contenait deux kystes uniloculaires. La guérison eut lieu sans incident.

La hernie lombaire. (F. VIRGILLO. *Archivio italiano di chirurgia*, vol. XIV, fasc. 4, octobre 1925, p. 337.) — L'auteur donne dans cet article, à propos d'un cas personnel, une revue générale très importante et complète de la question avec un résumé des 108 observations de hernie lombaire qui ont été publiées avant la sienne. Voici abrégée l'observation nouvelle qu'il relate :

Le malade, âgé de vingt et un ans, marinier depuis l'âge de treize ans, a toujours été bien portant jusqu'au début des troubles actuels qui remontent à deux mois. Il éprouve dans la région lombaire gauche et inguinale droite des douleurs plus marquées le soir et qui disparaissent au lit.

C'est un sujet maigre et vigoureux. Dans la région inguinale droite, pointe de hernie inguinale. Dans la région lombaire gauche au milieu de l'espace costo-iliaque, à environ 4 doigts de la ligne médiane, il y a une tuméfaction du volume d'une grosse amande, à contours mal définis, lisse, élastique, indolente, se gonflant quand le malade tousse et s'affaissant dans le décubitus ventral. On arrive à sentir une dépression pariétale au niveau de la tuméfaction

Opération sous rachi-anesthésie. Incision oblique de la douxième côte à la partie moyenne de la crête iliaque dans une étendue de 12 centimètres. L'aponévrose d'enveloppe du grand dorsal présente un orifice elliptique, transversal, long de 5 centimètres qu'on agrandit verticalement. La hernie s'est faite par le triangle de Grynfelt. L'aponévrose qui forme le fond de cet espace est en effet amincie, soulevée par la hernie et même éraillée ou manquant par places, la graisse sous-jacente sortant par les fentes aponévrotiques. La hernie est constituée par une masse graisseuse qui a entraîné le péritoine adhérent mais sans qu'il y ait, à proprement parler, de sac. Isolement, ligature et résection de la masse graisseuse. La paroi est reconstituée par suture, dans un premier plan, des parties solides de l'aponévrose du transverse, dans un deuxième plan, des bords du petit oblique et du petit dentelé postérieur et inférieur, enfin dans un troisième plan, des bords du grand dorsal et du grand oblique. La guérison fut rapide et complète.

ORGANES GÉNITAUX

Tuberculome du cordon spermatique. (J. PIQUET et P. INGELRANS. *Echo méd. du Nord*, 12 déc. 1925, p. 597.) — Les lésions du canal déférent sont très fréquentes dans la tuberculose génitale mais il est exceptionnel de rencontrer une tuberculose isolée du cordon. C'est ce qui fait l'intérêt du cas observé par les auteurs.

Le malade, un enfant de quatorze ans, se présentait avec une tumeur du cordon spermatique que son médecin avait prise pour un kyste. Il n'avait aucun antécédent ni héréditaire ni personnel et sa tumeur qui évoluait depuis un mois n'avait cessé de grossir, sans d'ailleurs, lui causer aucune douleur. Dans la partie droite du scrotum sous les téguments un peu rouges mais mobiles on sentait une grosseur du volume d'un marron, lisse, à contours nets, confondue avec les éléments du cordon et séparée du testicule par un sillon large de 1 centimètre. Il y avait un petit noyau dur dans la queue de l'épididyme correspondant. Le testicule et le cordon gauches étaient normaux. Pas de lésions prostatique ni vésiculaires décelables par le toucher rectal. Aucun trouble urinaire.

L'ablation de la tumeur fut facile car le cordon était sain et put en être séparé sans difficulté.

La masse arrondie parsemée de nodosités était formée de tissu lardacé, friable, sans traces de caséification. Curtis, qui en fit l'examen histologique, la vit constituée par un tissu de granulation jeune dans lequel se trouvaient une énorme quantité de mononucléaires et de petits lymphocytes mélangés à de nombreuses cellules épithélioïdes. Le groupement péricapillaire de ces dernières cellules ne lui laissa pas de doutes, bien qu'il n'y eût aucune cellule géante, sur la nature tuberculeuse de la lésion. Et il conclut qu'il s'agissait d'un tuberculome développé autour des capillaires et d'origine sanguine embolique.

Les auteurs estiment que leur observation confirme la théorie de l'infection hématogène dans la tuberculose génitale de l'homme. Il est en tout cas regrettable que l'inoculation au cobaye n'ait pas été faite pour ajouter un contrôle bactériologique indiscutable aux indications fournies par l'histologie.

Kyste dermoïde du cordon. (PAITRE et BRUAS. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, nov. 1925, p. 217.) — Les kystes dermoïdes du cordon sont très rares. En juin 1924 dans une communication à la Société de chirurgie de Toulouse, Gorse et Sarrost disaient n'en avoir trouvé que cinq cas dans la littérature.

Celui dont les auteurs relatent l'observation a été rencontré chez un sujet de vingt ans ; il était apparu trois ans plus tôt au niveau de l'orifice inguinal gauche, avait atteint en un mois et demi le volume d'un œuf de poule et n'avait pas augmenté depuis. C'était une tumeur dure, mobile rentrant dans le canal inguinal quand le malade était couché et qui fut diagnostiquée : kyste du cordon.

En l'opérant, on fut obligé de débrider l'orifice inguinal externe et d'inciser le crémaster et la fibreuse commune. Cependant elle était indépendante des éléments du cordon. Elle fut énucléée facilement. Elle contenait un liquide louche, une sorte de mastic et de poils décolorés blanchâtres.

R. C., 176 249, Seine.

MEMBRES

Syndrome de Volkmann consécutif à une ligature de l'artère axillaire. (Clivio V. Nario. *Annales de la Facultad de medecina* (Montevideo), t. X, n° 7 juillet 1925, p. 560). — Cet important mémoire comporte une observation très complète et une longue étude pathogénique de la maladie de Volkmann.

La malade observée par l'auteur était atteinte d'une volumineuse tumeur axillaire survenue deux ans après l'ablation d'un néoplasme du sein sans aucune localisation métastatique. Cette masse ganglionnaire englobait la veine axillaire et adhérait à l'artère. La veine fut délibérément sacrifiée ; l'artère, ayant été blessée au cours de la dissection, fut liée après avoir été dénudée dans l'étendue de quelques centimètres. On nota qu'elle saignait par les deux bouts. Il n'y eut aucune lésion des nerfs.

Aussitôt après l'opération, léger refroidissement de la main et disparition du pouls radial. Puis la guérison se fit sans incidents. Mais quinze jours après l'intervention alors que le pouls radial reparaissait, d'ailleurs très affaibli, la main prit une attitude en griffe qui s'accentua progressivement. Au bout d'un mois tous les doigts étaient rétractés en flexion légère pour la première et forte pour les deuxième et troisième phalanges. Atrophie de l'éminence thénar. Main en pronation. La supination possible et douloureuse ne pouvait être maintenue. En palpant la face antérieure de l'avant-bras on sentait une tuméfaction irrégulière et dure occupant la masse musculaire des fléchisseurs. Sensibilités tactile et douloureuse diminuées. Pas d'œdème ni de troubles trophiques.

Cinq mois plus tard, les trois premier doigts restent fléchis, les deux derniers sont étendus avec légère flexion de la phalangette. La sensibilité est normale. La pression artérielle est 15-8 du côté sain, 10-7 1/2 du côté malade. Les réactions électriques des nerfs sont normales. Celles des muscles du bras le sont aussi. A l'avant-bras les réactions des muscles ne sont modifiées que quantitativement : hypoexcitabilité ou inexcitabilité. Pas de réaction de dégénérescence.

L'auteur donne une description étendue, illustrée de microphotographies, des coupes pratiquées dans des fragments musculaires de l'avant-bras et il résume ainsi sa description : atrophie musculaire, sclérose interstitielle, artérite exsudative, proliférative et oblitérante des vaisseaux de petit calibre.

Dans son étude pathogénique il indique d'abord que le syndrome de Volkmann succède rarement à la ligature d'un tronc artériel. Cependant Dustin a publié un cas dans lequel une ligature de l'artère tibiale antérieure entraîna une sclérose ischémique des muscles de la loge antérieure de la jambe, tandis que les muscles péroniers voisins présentaient une paralysie banale par section du sciatique poplité externe. Or l'auteur remarque que, dans le cas de Dustin comme dans le sien, l'examen histologique révéla une *thrombose intra-musculaire diffuse* très nette.

Et après avoir critiqué les diverses théories par lesquelles on cherche à expliquer actuellement le syndrome de Volkmann : ischémie, lésions des troncs nerveux périphériques, lésions du sympathique vasculaire ou intra-nerveux, il expose sa théorie personnelle qui rattache le syndrome à la thrombose intra-musculaire.

Dans cet exposé très méthodique il envisage et discute minutieusement tous les arguments favorables à sa thèse ainsi que les arguments qui pourraient lui être opposés et qu'il réfute et il conclut ainsi :

1° La cause effective du syndrome est la thrombose diffuse intra-musculaire.

2° Le rôle du sympatique est sûrement secondaire.

3° On peut classer les causes cliniques du syndrome en deux catégories d'accord avec la pathogénie par thrombose :

a. Sclérose par rétablissement circulatoire consécutive à des compressions ou oblitérations vasculaires temporaires ou définitives (bande d'Esnarch, appareils platrés, ligature, embolie).

b. Sclérose par traumatisme direct des muscles (contusion musculaire avec ruptures capillaires étendues).

4° Le caractère d'indépendance des territoires vasculaires intra-musculaires fait comprendre les effets définitifs de la thrombose diffuse qui les atteint.

5° La caractéristique régionale de l'irrigation artérielle dans l'avant-bras et dans la jambe est à la base de la localisation presque exclusive de la maladie.

6° La thrombose agissant d'abord devient une cause d'irritation sympathique qui détermine les symptômes d'ordre trophique.

Fracture fermée de l'extrémité inférieure du radius avec luxation ouverte de l'extrémité inférieure du cubitus. (Eysséric. *Bull. de la Soc. de méd. milit. franç.*, 15 oct. 1925, p. 207.) — Il s'agit d'un traumatisme par retour de manivelle. Le cubitus ayant déchiré les parties molles de l'éminence hypothénar faisait à la face antérieure de la main une saillie de 2 centimètres. Il n'y avait aucune lésion de cet os, le ligament latéral interne s'était déchiré au ras de la styloïde. D'autre part on constatait tous les signes d'une fracture complète du radius avec déformation en dos de fourchette très accusée.

Sous anesthésie générale on fit le nettoyage de la tête du cubitus souillée de terre et de cambouis, l'exérèse des bords de la plaie, la réduction de la fracture radiale, une suture du périoste de la styloïde cubitale au ligament latéral interne, et la fermeture complète de la plaie. Gouttière plâtrée maintenue pendant vingt-cinq jours. Puis massage et mobilisation articulaire.

Deux mois plus tard la guérison était complète sans limitation des mouvements, sans diastasis, ni atrophie musculaire.

Cette association de fracture du radius et de luxation du cubitus est rare et plus rares encore sont les cas où la luxation cubitale était ouverte.

Traitement des fractures bimalléolaires par le vissage de la malléole interne. (G. Leclerc. *Presse méd.*, 16 janv. 1926, p. 66.) — L'auteur a déjà publié en 1922 plusieurs observations de fractures bimalléolaires traitées par le seul vissage de la malléole interne. Mais il pensait à cette époque que l'opération n'était pas applicable aux fractures avec fragment marginal. Depuis, parmi les nouveaux cas qu'il a ainsi traités, s'en est trouvé un dans lequel la fracture bimalléolaire comportait un fragment marginal postérieur et qui a été un succès complet pour le procédé du vissage.

Cette opération n'a pas pour but de faciliter la réduction, en général aisément obtenue sous anesthésie, mais de la maintenir. Une incision arquée qui contourne en bas le fragment malléolaire permet de réunir ce fragment au tibia à l'aide d'une vis de Lambotte de 7 centimètres enfoncée obliquement en haut et en dehors. Les os fracturés sont alors si solidement maintenus qu'on peut soulever la jambe et la secouer sans que le déplacement se reproduise.

Cette contention étendue à l'ensemble de la fracture résulte de ce fait que la fixité de la malléole interne entraîne celle de l'astragale et indirectement celle du péroné grâce au ligament péronéo-astragalien. Mais un tel mécanisme ne peut jouer que si la fracture du péroné est à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la pointe de l'os et n'intéresse pas la malléole elle-même.

Quoi qu'il en soit, les indications de la méthode sont fréquentes. Toute fracture bimalléolaire, avec déplacement important des fragments, avec ou sans fragment marginal et dont la réduction est possible en est justiciable. Après le vissage une simple gouttière est appliquée pendant quelques jours et les mouvements du cou de pied sont repris le plus tôt possible.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES HÉPATOMÉGALIES CHRONIQUES [1]

2° Hépatomégalie avec splénomégalie associée, sans ictère, ni ascite, ni circulation collatérale. — Si l'hépatomégalie est plus marquée que la splénomégalie, il s'agit sans doute d'une cirrhose. Dans le cas contraire, penser surtout au paludisme chronique, à la leucémie myéloïde, à la maladie amyloïde. Mais, insistons sur ce fait que ce sont là indications très schématiques, les cirrhoses

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 14, p. 220.

syphilitiques, par exemple, pouvant s'accompagner de splénomégalie.

1. **Syphilis hépatique.** — Dans les cas typiques, gros foie dur, avec des saillies et des sillons, foie atropho-hypertrophique, foie « ficelé » de la syphilis tertiaire. Cette cirrhose syphilitique est souvent douloureuse à cause de la périhépatite. La rate est plus tardivement hypertrophiée, mais l'albuminurie fréquente traduit une lésion rénale. La coexistence d'autres accidents (signes de syphilis nerveuse, aortite), le Wassermann positif, les renseignements fournis par la ponction lombaire aideront au diagnostic.

Savoir que, à un moment donné de l'évolution, on peut voir survenir de l'ascite et de l'ictère, et que la syphilis peut simuler les différents types de cirrhoses.

2. **Cirrhose hypertrophique du foie sans ascite.** — Le type en est fourni par la cirrhose alcoolique anascitique de Hanot et Gilbert, à la phase de *début* de son évolution. Il s'agit d'un sujet alcoolique ancien, souvent syphilitique, parfois tuberculeux, et il est difficile de faire la part de chaque facteur dans cette étiologie. L'état général est bien conservé, l'évolution assez lente.

3. **Paludisme chronique.** — Le foie et surtout la rate peuvent être très volumineux. Les antécédents généralement bien nets dans ces cas, la pigmentation de la peau, aideront au diagnostic. Savoir que l'examen du sang est, dans la règle, négatif à cette période.

De ces faits, il faut rapprocher les autres *cirrhoses pigmentaires* avec ou sans diabète (*diabète bronzé*), avec ou sans ascite. Mais c'est là un syndrome bien plus qu'une entité morbide, et l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, s'en partagent l'étiologie.

4. **Leucémie myéloïde.** — Ici une hépatomégalie modérée, mais une rate *énorme*, qui est le symptôme majeur. Le sujet est pâle, asthénique. Il y a peu de ganglions, mais l'examen du sang est bien caractéristique, révélant une hyperleucocytose bigarrée avec prédominance de la série myéloïde.

5. **Maladie amyloïde.** — Le diagnostic causal de l'hépatomégalie est en général facile. Il s'agit de suppurants de longue date qui présentent un état cachectique avec diarrhée, albuminurie.

3° Hépatomégalie avec splénomégalie et ascite. — Il s'agit le plus souvent d'un aspect évolué d'une des affections précédentes.

1. *Presque toujours*, il s'agit de **cirrhose hypertrophique type Hanot et Gilbert**. Le foie est perçu à travers l'ascite, par le phénomène du glaçon. Après ponction de l'ascite, il apparaît dur, régulier, granuleux. L'état général est relativement bon. L'évolution est lente et moins grave que dans la cirrhose atrophique. Nous avons vu sur quel terrain évolue cette cirrhose hypertrophique.

2. *Plus rarement :* **cirrhose syphilitique** à un stade avancé dont on apprécie le foie ficelé après ponction.

3. **Cancer nodulaire du foie**, avec compression de la veine porte. Le diagnostic est basé ici sur l'antécédent du cancer primitif, l'aspect marroné du foie après ponction, les douleurs, et parfois, la présence d'ictère. Evolution fatale à bref délai.

4. **Adénocancer avec cirrhose.**

5. **Cirrhose maligne.** — Soit cirrhose hypertrophique graisseuse type Hutinel-Sabourin, soit cirrhose hypertrophique diffuse type Gilbert et Garnier. Après l'apparition de l'ascite, la cirrhose brûle les étapes.

4° Hépatomégalie avec splénomégalie et ictère. — Avec ou sans ascite.

1. **La cirrhose hypertrophique biliaire (Maladie de Hanot)** est extrêmement rare. Il faut cependant y penser en présence d'une hépatomégalie avec grosse splénomégalie, ictère franc cholurique pleiochronique, sans décoloration des matières. L'état général est relativement bon; il n'y a pas d'ascite. Caractère particulier : l'évolution se fait par *poussées* successives au cours desquelles l'ictère s'accentue, l'état général s'altère, tandis que fièvre et douleurs apparaissent. L'évolution est grave et aboutit à la mort en deux à cinq ans, avec des accidents d'ictère grave. Savoir qu'on a décrit une forme microsplénique de cette affection (Gilbert) et que l'étiologie en est imprécise (rôle invoqué de la syphilis, de la spirochétose ictérohémorragique).

2. **Formes ictériques** des cirrhoses ascitogènes, du cancer du foie, du foie ficelé syphilitique, du kyste hydatique. L'ictère peut être éphémère ou durable, et ne doit point faire confondre ces formes anormales avec la maladie de Hanot.

3. **Obstructions biliaires.** — L'hépatomégalie relève de la stase biliaire, et s'accompagne d'un ictère franc avec décoloration des matières. La splénomégalie, l'ascite sont ici très inconstants.

La lithiase du cholédoque, le cancer des voies biliaires, le cancer du pancréas peuvent être responsables d'un tel syndrome. Nous n'insisterons pas sur leurs signes différentiels.

4. **Certains ictères chroniques acholuriques.** — Avec hépatomégalie et subictère.

Ce syndrome fait apparaitre au cours d'une affection hépatique antérieure (foie cardiaque, syphilis). Il est plus caractéristique lorsqu'il apparaît primitif (cholémie familiale, ictères hémolytiques).

B. **CHEZ L'ENFANT.** — Des causes différentes pourront être invoquées suivant l'âge de l'enfant.

1° Au cours de la première enfance. — Le foie, énorme, est presque toujours accompagné d'une très grosse splénomégalie. Trois causes, dont l'une essentielle, doivent être évoquées :

A. **La syphilis héréditaire**, *tout d'abord*, dans sa forme *spléno-hépatique* (Chauffard).

Il s'agit d'un enfant de quelques mois qui présente sans raison évidente, des troubles gastro-intestinaux allant s'aggravant, tandis que l'amaigrissement augmente rapidement. A l'examen, on trouve un foie et une rate énormes. On pense à la syphilis, et l'examen complet de l'enfant confirme rapidement ce soupçon : en montrant des stigmates variés d'hérédo-syphilis (lésions muqueuses, cutanées, dystrophies, lésions osseuses). On relève par l'interrogatoire l'antécédent de pemphygus à la naissance. Le traitement spécifique institué d'*urgence* apporte une rapide amélioration.

B. **Accessoirement.** — Leucémie myéloïde (examen du sang). Paludisme (circonstances étiologiques particulières).

2° Au cours de la seconde enfance. — A côté des causes précédentes, il en faut retenir d'autres.

a. **Syphilis héréditaire tardive.** — Elle donne des lésions comparables à celles de l'adulte (foie ficelé).

b. Avant tout : **foie cardiaque**, consécutif à une symphyse péricardique rhumatismale ou tuberculeuse.

1° SYMPHYSE RHUMATISMALE. — Les phénomènes asystoliques sont ici évidents. La décompensation est précoce. Les antécédents, les signes cardiaques et hépatiques font le diagnostic. On sait d'ailleurs qu'en face d'une hépatomégalie chez l'enfant, il faut toujours penser à une étiologie cardiaque.

2° SYMPHYSE CARDIO-TUBERCULEUSE DE HUTINEL. — Au premier plan du tableau clinique : l'hépatomégalie et l'*ascite*. Peu de signes cardiaques sauf la fixité de la pointe.

c. **Sarcome du foie** très rare, généralement secondaire à un sarcome osseux, et rapidement mortel.

d. **Kyste hydatique**, rare, et qui se présente chez l'enfant avec les mêmes symptômes que chez l'adulte.

En résumé. — L'hépatomégalie chronique est un symptôme fréquent en pathologie. Elle est souvent associée à une splénomégalie plus ou moins volumineuse (synergie fonctionnelle des deux organes). En tous cas, c'est le diagnostic étiologique qu'il faut préciser, et les problèmes se posent bien différents, suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte, d'une hépatomégalie isolée ou associée à un complexus symptomatique plus ou moins complet.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Prix exceptionnel de ce numéro : 1 franc.

N° 17. — SAMEDI 27 FÉVRIER 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 27 FÉVRIER 1926. — N° 17.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **9 fr. 50.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

BELGIQUE ET ITALIE. . . . **45** *fr.*

Tarif n° 1 : **55** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Admissibilité.* — Séance du 22 février. — Questions écrites : « Paralysies diphtériques. — Spirochétose ictérigène. »

Hôpitaux consignés. — Série A : Hôtel-Dieu, Pitié, Charité, Tenon.

Série B : Laënnec, Boucicaut, Saint-Antoine.

— Le Conseil municipal a approuvé les conclusions de sa cinquième commission tendant à la création de 632 lits nouveaux dans les hôpitaux. Les crédits nécessaires s'élèvent à 5.413.200 francs.

— Sur la proposition de M. Jean Varenne, le Conseil municipal a voté une allocation viagère de 5.000 francs à M. Henri Vadon, interne des hôpitaux, victime du devoir.

HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Le concours d'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Büsser, Moraux, Salavert, Beaux (pour prendre rang en 1927). Brongniart, Paris (pour prendre rang en 1928).

Internes provisoires : MM. Van der Horst et Pannier.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Concours spécial d'agrégation des facultés de médecine pour deux places* (section d'ophtalmologie) *le 22 mars 1926.* — La liste que nous avons publiée dans notre dernier numéro étant incomplète, nous la publions à nouveau d'après le *Journal officiel* du 24 février :

1° Juges titulaires : MM. Gérard (Georges), professeur sans chaire (clinique ophtalmologique) à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille; Cange, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger ; Rollet, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon ; Lagrange, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux; Duverger, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Strasbourg; Truc, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Montpellier; Frenkel, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

2° Juges suppléants : MM. Teulières, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; Jeandelize, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Nancy ; Cotte, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté a émis l'avis de maintenir la chaire de clinique infantile.

Il a donné un avis favorable à la permutation demandée par M. R. Cruchet, professeur de pathologie et de thérapeutique générales.

— MONTPELLIER. — M. Jean Crouzat, président honoraire de la section de médecine de l'A. G. et secrétaire général du sanatorium des étudiants auquel il s'est consacré avec autant de dévouement que de succès, vient de passer sa thèse de doctorat en médecine sur *Le Sanatorium des étudiants, son organisation et son avenir.*

LE SECOND CENTENAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ÉDIMBOURG. — Au mois de juin prochain la Faculté de médecine d'Edimbourg célébrera le 200e anniversaire de sa fondation. En réalité, ses origines remontent beaucoup plus loin, puisque dès 1505 elle donna des grades universitaires, mais ce n'est qu'en 1726 qu'elle fut définitivement constituée.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le docteur Julien Huber, médecin des hôpitaux de Paris, a été nommé auditeur auprès du Conseil supérieur.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le professeur Charles Richet est élevé à la dignité de grand-officier de la Légion d'honneur.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les professeurs Lanelongue et Rivière (de Bordeaux), les docteurs Santenoise (de Saint-Ylie), Pellot (d'Epernay), Druesne (de Roubaix), Anthaume et Faivré (de Paris).

M. Mourier, directeur de l'Assistance publique à Paris.

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Wibaux (de Camiers), Heulz (d'Anglet), Killian (de Saverne), Ungerer (de Strasbourg), Fleurent (de Colmar), Kleinknecht et Ostermann (de Mulhouse), Richard (de Macon), Mme Yves (de Paris).

M. Bourdon, préparateur en radiographie à l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Barthélemy (de Fuveau), Kagi (de Toulon), Camus (de Langeais), Delaunay (de Montbazon), Couronnet (de Nantes-Doulon), Guérin (de Nantes), Beaussart (de la Charité-sur-Loire), Denis (de Mâcon), Jocotton (du Creusot), Patet (de Tramayes), Sanerot (de Mâcon), Berthoumeau (de Saint-Maurice), Georges Netter (de Paris).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve. — MM. les médecins sous-aides-majors Bonnemaison, Salsse, Boissel, Bousquet, Gueullette, Grivet, Demaret, Manhes, Gourdeau, Calvet, Raoul.

MM. les médecins auxiliaires Chantemesse, Laurent, Davigo, Gory, Therme, Zilberblatt, Avon, Gauche, Doussin, Demasles, Bouchet, Demasure, Arthaud, Bansillon, Lebail, Oblin, Gonin, Trotsky, Bourdin, Simon, Gayer, Schaller, Foucart, Meyer, Minon, Poncet, de Rougemont, Chauveau, Bonnet, Vachey, Bruneau, Blanchaud, Clément, Creyssel, Gley, Lemière, Thomas, Voulmier, Ricard, Lefrançois, Selter, Mugniéry, Viallefont, Rullière, Massot, Exaltier-Badin, Legrain, Lucq, Paupert-Ravault, Pelissier, Pellorce, Thibault, Pelcot, Gendarme de Bevotte, Capel, Guinard, Serrus, Solanes, Tourtou, Chambon, Isnel, Fouché, Rochas, Gauthier, Naud, Calvet, Vallet, Soulier, Pigot, Datin, Colmez, Froissard, Senicourt, Fougerat David de Lastours, Benoit, Serre, Gallois, Subileau, Girard, Duyck, Lançon, Despres, Bonnel, Fabre, Maffre-Bauge, Roche, Debray, Laur, Benazet, Levêque, Dunaud, Houdard, Chatelot, Coriat, Mazet, Desvallées, Roque, Lecorné, Hamel, Pigheon, Bessis, Diacono, Uzan, Chabannes, Bernex, Chapuis, Falcoz, Peillex, Rosier, Gomez, Bried, Blayac, Menard, Amran, Bouquet, Duboc-quet, Depaulis, Leboucher, Lequellec, Cuynat, Savage, Willot, Dufresnoy, Deguison, Ducellier, Greselle, Pansu, Etienne, Bourret, Damas, Castellan, Floren, Frichement, Jourdan, Ricordi, Stefani, Aubert, Bouillat, Martin, Munera.

— Mutations (active) :

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Euvrard, de la place de Metz, est affecté à l'hôpital militaire Plantières, à Metz; Coic, de la place de Nantes, est affecté à l'hôpital militaire Broussais, à Nantes; Dumas, du 7e rég. de spahis, est affecté au 16e escadron du train des équipages militaires, à Lunel; Cayotte, du 18e rég. de tirailleurs nord-africains, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc; Mailhe, du 15e d'infanterie, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc; Wurmser, du 13e rég. de dragons, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc; Hombourger, du 1er rég. de dragons, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte du Mans, laboratoire de bactériologie; Richard, du 16e bat. de chasseurs à pied, est affecté au 403e rég. de défense contre aéronefs, à Metz; Montel, médecin des hôpitaux militaires, de la place du Mans, laboratoire de bactériologie, est affecté à l'hôpital militaire Michel-Lévy, laboratoire de bactériologie, à Marseille; Fil, du 3e rég. d'aviation, est affecté au 401e rég. de défense contre aéronefs, à Romainville.

Médecins aides-majors de 1re classe. — MM. Maleviele, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté à l'armée française du Rhin; Peyrus, du 1er rég. de dragons, est affecté à l'armée du Levant; Carbillet, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au 15e d'infanterie, à Rodez; Accoyer, du 31e d'infanterie, est affecté à l'armée du Levant; Thabourin, désigné pour l'Ecole d'application du Service de santé militaire (n'a pas rejoint), est affecté au 353e rég. d'artillerie portée, à Clermont-Ferrand.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Le *Journal officiel* du 19 février publie le tarif des nouveaux traitements du personnel de l'Académie de médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Debout (de Rouen), Duché (de Montluçon), Louis Heulz (de la Bourboule), décédé à Anglet; Alphonse van der Vloet (d'Anvers); Paul Lévêque (de Reims); Vanneufville (de Tourcoing); — M. Tempère, l'éminent naturaliste, bibliothécaire de la Société scientifique d'Arcachon.

PRATIQUE MÉDICALE

INDICATIONS & TECHNIQUE DE L'ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE A L'HÉMYPNAL (1)

Par le docteur L. POULIOT.

Ceux que préoccupe le problème de l'accouchement indolore rêvent d'un analgésique, non toxique, sans action sur la contractilité utérine, applicable à tous les cas, et supprimant la douleur pendant la totalité des phases de l'accouchement. Ce serait là l'analgésique idéal, qu'il est permis de concevoir en théorie, mais qui, en pratique, n'existe pas encore, car il n'y a pas actuellement de substance agissant électivement sur les fibres nerveuses sensitives, à l'exclusion des fibres motrices. Faut-il en attendant sa découverte (hypothétique) s'abstenir de toute analgésie au cours de l'accouchement? Une attitude aussi résolument abstentionniste serait peu médicale, d'autant plus que les agents dont nous disposons, quoique encore imparfaits, permettent cependant d'assez beaux résultats lorsqu'ils sont bien utilisées. Au premier rang de ceux-ci s'inscrit l'hémypnal qui est un composé peu toxique, ne comptant aucun accident à son passif, et dont on peut avec une technique bien réglée obtenir d'excellents résultats.

L'hémypnal s'administre sous forme de cachets et de suppositoires; c'est à ces derniers que l'auteur donne la préférence. Il en recommande l'emploi surtout chez les primipares et dans les accouchements traînants par présentation vicieuse, avec ou sans rupture prématurée des membranes. Le travail qui se prolonge alors exagérément s'accompagne d'une excitation nerveuse intense, de cris incessants et d'une agitation désordonnée qui jettent le désarroi dans l'entourage. Il importe dans l'intérêt de tout le monde — et même de l'enfant à naître — de calmer ces manifestations. On le peut grâce à l'hémypnal, et ce médicament, loin de faire payer ses bienfaits par quelque rançon, permet au contraire un accouchement meilleur sous tous les rapports. Il peut entraîner un ralentissement du travail dans les accouchements normaux, mais dans les accouchements longs par hypertonie utérine, on observe plutôt son accélération.

En résumé l'hémypnal, inoffensif pour la mère comme pour l'enfant, mérite de prendre une large place comme calmant obstétrical.

(1) *Journ. de méd. de Paris*, 27 juin 1925.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE ET DE LABORATOIRE
DES INTERNES ET EXTERNES
POUR L'ANNÉE 1926-1927

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Gilbert; chef de clinique : M. Tzanck; chefs de clinique adjoints : MM. Fatou, Surmont; chefs de labor. : MM. Bénard (Henri), Dumont, Deval, Mlle Tissier; internes : MM. Haye, Rudolf; externes : MM. Wester, Moline, Briau (L.), Enriquez, Deléage, Darnis, Postel, Amiard, Mlle Menneret, MM. Séguinot, Boyer (A.), Sallet.

2. Médecin : M. Caussade; interne : M. Servel; externes : MM. Berny, Trial, Yampolsky, Ayrignac, Pouey, Retat.

3. Médecin : M. Rathery; interne : M. Marie (Julien); externes : MM. Terrenoire, Mlle Mouneyrât, M. Fraenkel, Mlle Levina, M. Contiadès, Mlle Arrighi de Cas.

4. Médecin : M. Sainton; interne : M. Maximin (M.); externes : MM. Chomet, Bérardier, Huret, Mlle Munier.

5. Médecin : M. Halbron; interne : M. Lenormant; externes : Mlles Versini, Parent, MM. Horovitz, Cohen-Solal, Bonnahen, Bergenstein.

6. Chirurgien : M. le prof. Hartmann; assistant : M. Ockinczyc; chef de clinique : M. ; chefs de clinique adjoints : MM. ; chef de labor. : M. internes : MM. Dessaint, Jubé, Debray; externes : MM. Delay, Monjot, Fiehrer, Bridot, Kindynis, Mornas, Bonnet (Pierre), Lepart, Blondeau, Gluck (L.).

7. *Annexe de la Clinique chirurgicale.* — Assistant : M. Ockinczyc; internes : MM. Avril, Querneau; externes : MM. de Langre, Bouconnot, Gignoux, Gibert, Leca (Louis).

8. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. le prof. Terrien; assistant : M. Prélat; suppléant : M. Chapuis; chef de clinique : M. Cousin; chefs de clinique adjoints : M. Weil, Mlle Ostwalt; internes : MM. Dolfus, Renard; externes : MM. Grintzesco, Judde.

9. Accoucheur : M. Macé; internes : Mlle Wolff, M. Levaxelaire; externes : MM. Lebecq (Paul), Senoze, Chartol, Capart, Laborde, Jalley.

10. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Chabrol; suppléant : M. ; interne prov.; M. Perrin; externes : MM. Thoizon, Grenaud, Bretey, Bruneton.

11. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Houdard; suppléant : M. ; externes : MM. Fourniat, Josso, Delmas.

12. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lagarenne; adjoint : M. Lucy; assistant : M. ; hydrothérapie et thermothérapie, chef de labor. : M. Dausset; adjoint : M. Gérard; assistant : M.

B. HÔPITAL DE LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Vaquez; chef de clinique : M. Mouquin; chef de clinique adjoint : M. Tisné; chefs de labor. : MM. Bordet, Géraudel; interne : M. Durand (P.); interne prov. : M. Ravier; externes : MM. Thévenin, Dansaert, Mlle Lemaire, MM. Aubert, Paul (Ch.), Nataf.

2. Médecin : M. Lion; interne : M. Vanbockstaël; externes : MM. Barzilai, Cottet, Gaston (René), Cheynet, Mahieu, Lecoconier.

3. Médecin : M. Thiroloix; interne : M. Leloup; externes : MM. Salmon (J.), Balmelle, Lardier, Hennion, Mlle de Montauzon, M. Duvernois.

4. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Wahl (Rob.); externes : M. Illaire, Mlles Vidal, Lebourlier, MM. Herman (P.-A.), Cros, Prugniaud, Coste (P.), Ortegat.

5. Médecin : M. Marcel Labbé; interne : M. Renault; externes : MM. Hesse (J.), Roulin, Patte, Taquet, Gasne (A.), Zitzermann.

6. Médecin : M. Laignel-Lavastine; internes : MM. George, Bachelier; externes : MM. Liquier, Merle, Mlle Odru, MM. Audemar, Charapanowsky, Hayon, Debon, Vié, Mme Ducourtioux.

7. Chirurgien : M. Lenormant; internes : MM. Coudert, Cohen (P.-J.), Lyonnet; externes : MM. Uhry, Maroger, Grégoire, Mlle Perrin, MM. Boidot, Feuillastre, Tavennec, Peney, Klotz.

8. Chirurgien : M. Fredet; internes : MM. Fredet, Coudrain, Delage; externes : MM. Tardif, Massier, Sidi, Robert (Yvon), Casalis, Chevalier, Souilhé, Thomann.

9. Chirurgien : M. Chevrier; internes : MM. Louvel, Sicard, Armand, Mlle Neumann; externes : MM. Lerolle, Buy, Delteil, Bruneau, Baqué, Augereau, Hermabessière.

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin; chef de clinique : M. Pareux; chefs de clinique adjoints : MM. Grenaudier, Chome; chef de labor. : M. Minvielle; interne : M. Weill (L.-R.); externes : Mme Trivas, Mlle Sylvestre.

11. *Consultation (Médecine.)* — Assistant : M. Faroy; suppléant : M. Deron; interne prov. : M. Merklen; externes : MM. Noirot, Artin, Langue.

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Kuss; suppléant : M. Kuss (Marcel); externes : Mlle Brunel, MM. Courbil, Laouennan.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Halphen; suppléant : M. Buneau; assistant de la consultation : M. Cuvillier; externes : MM. Potiquet, Angéras, Courtois (Jacques).

14. *Consultation. (Ophtalmologie.)* — Ophtalmologiste : M. Coutela; suppléant : M. Weissmann-Netter; externes : MM. Hervaux, N....

15. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Delherm; adjoints : MM. de Brancas, Thoyer-Rozat; externe : M. Desgrez.

C. HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent; chefs de clinique : M. de Massary et Oury; chef de labor. de la Faculté : M. Cottenot; chef de labor. : M. Durand; interne : M. Benda; externes : Mlle Bourdin, MM. Paschetta, Grollet, Arnaudet, Ho dac di.

2. Médecin : M. Weill-Hallé : interne : Mlle Wayerbaum; externes : M. Guillemin, Mlle Girardeau, MM. Benaërts, Golé, Thomas.

3. Médecin : M. Babonneix; interne : M. Mornet (Jean); externes : MM. Busson, Gavois, David (J.-P.), Jourdan.

4. Médecin : M. Léri; interne : M. Escalier; externes : MM. Pérachon, Delattre, Mlle Glotz, M. Pougin.

5. Médecin : M. Laederich; interne : M. Jany; externes : MM. Guilloux, Chauvineau, Bérard, Battesti.

6. Chirurgien : M. Baumgartner; internes : MM. Pascal, Baillis, Maximin; externes : Mlle Szymkievicz, MM. Rachelsberg, Macé de Lepinay, Coen, Mlle Gagneur, M. Périer, Mlle Bresson.

7. Chirurgien : M. Descomps; internes : MM. Codet, de Vadder, Arviset; externes : M. Queinnec, Mlle Bozorage, MM. Bonte, Pescaroto. Brimont, Guyon, Wirz.

8. Accoucheur : M. Levant; interne : Mlle Laurent; externes : MM. Verboud, Hébert, Suffrin, Corsa, Ardoin (Gust.).

9. *Consultation. (Médecine).* — Assistant : M. Touraine; suppléant : M. Mangin-Bocquet; interne prov. : M. Guillon; externes : MM. Vialle (P.), Leconte (H.), Fourcade.

10. *Chirurgie.* — Assistant : M. Denicker; suppléant : M. Bloch (René); externes : MM. Goguel, Minet.

11. *Service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Gautier; interne prov. : M. Sée; externes : MM. Battesti (Antoine), Sterbini, Lebovitz.

12. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Turchini; adjoint : M. Lomon; assistant : M. Cagninacci.

D. HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Bezançon; chefs de clinique : MM. Azoulay, Jacquelin; chefs de clinique adjoints : M. Bernard; chefs de labor. MM. Grigaut, Ronneaux, Brel; interne : MM. Celice, Duhamel, Pollet; interne lauréat; externes : MM. Weyl (R.), Tourmant, Trubert, Jehiel-Benoist, Meyer (And.).

2. *Service de tuberculeux.* — Externes : M. Caillaud, Mlle Letailleur.

3. Médecin : M. le Noir; interne : M. Kensinger; externes : MM. Amaraggi, Alalinarde, Chapon, Halphen, Desormaux, André (Daniel).

4. Médecin : M. Ramond; interne : M. Longchampt; interne prov. : M. Fouquet; externes : MM. Calamy, Lançon (R.), Schiever, Milhiet, Hébert (Roger), Bonnet (G.-).

5. Médecin : M. Bensaude; interne : M. Hamburger; externes : MM. Hambourg, Weill (A.), Maes, Nicolas, Friedmann.

6. Médecin : M. Coyon; interne : M. Willemin; externes : MM. Arnon, Guibé, Schalck, Delaffond.

7. Médecin : M. Comte; interne : Mme Mornet; externes : MM. Casalis, Vétillard, Gaudin, Cohen (Asdriel).

8. Médecin : M. Pagniez; interne : M. Lerond; externes : MM. Bardin (F.), Rousseau, (P.), Goidin, Lebel, Le Moniet.

9. Chirurgien : M. le prof. Lejars ; chef de clinique : M. Gueullette ; chef de labor. : M. Giet; internes : MM. Moruzi, Barrague, Rossert; externes : MM. Laude, Goutaillier, Strouzer, Lannegrace, Duval (Raoul), Zha.

10. Chirurgien : M. Lapointe; internes : MM. Bartet, Barret, Burgeat ; externes : MM. Dumon, Roseau, Mayrargue, Billiard, Debuire, Boursat, Parienté (Jacques).

11. Accoucheur : M. Lévy-Solal; assistant : M. internes : Mlle Wolff, M. Faure; externes : MM. Barbara, Gibert, Cannac.

12. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Weil (P.); suppléant : M. ; interne prov. : Mlle Frey; externes : MM. Tchudnowsky, Langlois, Mlle Poulain (Odette).

13. *Chirurgien.* — Assistant : M. Bazy; suppléant M. Millet; externes : MM. Dubois (J.), Champenois, Vassitch, Lataix.

14. *Service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Brodin; interne prov. : M. Pichard; externes : M. Penteuil, Mlle Trousson, Mme Espinosa, M. Lapiné.

15. *Consulations d'ophtalmologie.* — Ophtamologiste : M. Cerice; suppléant; M. Neda; externes : MM. Lelièvre (A.), Faucher.

16. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Grivot : assistant : M. Leroux; assistant de la consultation : M. Caussé; internes : MM. Lallemant, Lévy (M.-M.) : externes : MM. Lucchetti, Chavanon, Blondeau, Salgo, Cocagne.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Salomon; adjoint : M. Aimé.

18. *Radiothérapie.* — Préparateurs : MM. Groust, Bisson, Gibert ; externe : M. Terrade.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Brouardel; interne : M. Poumailloux; externes : MM. Champeval, Puyaubert, Grasset (J.), Kreyts, Mlle Bescond.

2. Médecin : M. Sicard; interne : M. Mayer; externes : Mlle Weill; M. Hamelin (R.), Mlle Jacob, MM. Gaston (Allain), Bernard.

3. Médecin : M. Hallé; interne : M. Giroire; externes : Mlle Bégand, MM. Tchou, Porin, Barrat.

4. Médecin : M. Ribierre; interne : M. Pellissier; externes : MM. Gilbrin, Meyse Lepage, Cord.

5. Chirurgien : M. le prof. Legueu; chef de clinique : M. Fey; chef de clinique adjoint ; M. Flandrin; chefs de labor. : MM. Chabanier, Verliac, Foy; internes : MM. Chureau, Priollet; externes : MM. Asthiany, Motz, Hogarth, Dreyfus (M.), Mlle Pinel, MM. Durand, Magloire, Boyer, Sliosberg, Deschamps.

6. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Delagenière, Duval, Ombrédanne; externes : MM. Auzepy, Fron, Mlles Roussy, Jammet, MM. Attaix, Foucaud, Le Boulanger.

7. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Huard, Lévy (Jean); externes : MM. Tixier, Iliovici, Toulemonde, Bousser, Lévy (Stéphan).

8. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Duvoir; suppléant : M. Jacquelin (André); interne prov. : M. Lemoyne; externes : MM. Collin, Néron.

9. *(Chirurgie.)* — Assistant : MM. Desplas; suppléant : M. Reinhold; externes : MM. Benoist (Marcel), Gibert (Paul).

10. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. ; adjoint : M. ; assistant : M.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Widal; chefs de clinique : MM. de Gennes, Ollivier, Bocage; chefs de labor. : MM. Joltrain, Laudat, Raulot-Lapointe, May; internes : MM. Coffin, Thomas, Laporte; externes : M. Parmentier, Mlle de Mayo, MM. Gorodiche, Hamelin (J.), Frémont, Mlle Moutet, MM. Bonnard, Beuzart, Mlle Develay, MM. Marion, Attal, Mlles Corbillon, Heimann, MM. Salomon, Gourdon, Arsonneau.

2. Médecin : M. Fournier; internes : MM. Boltanski, Froyez; externes : MM. Nouail, Muffang, Rauch, Noury, Lamouche, Seidmann.

3. *Service du dispensaire.* — Assistant : M. Baumgartner; interne : Mlle Zimmer; externes : MM. Bercovici, Fourès, Bines.

4. *Service temporaire de tuberculeux.* — Assistant prov. : M. David; interne prov. : M. Blanche; externes : MM.

5. Médecin : M. Pissavy; assistant : M. Avezou; interne : M. Lejard; externes : MM. Lafay, Gérard, Melun, Valençon, Mlle Berger, M. Lewin.

6. Médecin : M. Darré; assistant : M. Barthélemy; interne : M. Mollaret; externes : MM. Devaux, Billet, Raymond, Jouanneau, Quénée, Peytavin, Bozoraze.

7. Chirurgien : M. le prof. Delbet; chef de clinique : M. Monod; chefs de clinique adjoints : MM. Lascombe, Godard; chef de labor. : M. Herrenschmidt; internes : M. Dublineau. Mlle Rappoport, M. Guyot; externes : MM. Timsit, Mathis, Paquet, Thouzard, Conte (A.), Carbonell, Nazarian, Jacobé.

8. *Annexe de la Clinique chirurgicale.* — Chirurgien : M. Mocquot; internes : M. Petit, Mlle Maas; externes : Mlle Vannier, Mme de Pierredon, MM. Baldy, Deslandres (J.), Mlle du Bouchet.

9. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Pichat, Péribère; externes : MM. Flahaut, Jaudel, Mlle Smirssoff, MM. Limasset, Henrion, Parnet.

10. Chirurgien : M. Chevassu; internes : MM. Jondeau, Py; externes : MM. Leroy (J.), Nigay, Catonné, Achard, Delaby, Sevin, Pollack, Clavel.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Bénard; suppléant : M. Blamoutier; interne prov. : Mlle Lequin; externes : MM. Lavoipierre, Migault.

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Monod; suppléant : M. Guelfucci; externes : MM. Regnault, Pajot, Gardette, Durand (M.).

13. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Bollack; suppléant : M. ; externes : MM.

14. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Ménard; assistants : MM. Saidmann, Foubert.

G. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le prof. Achard; chef de clinique : M. Mouzon; chef de clinique adjoint : M. Chauveau; chefs de labor. : MM. Foix, Feuillée, Ribot, Lièvre; internes : MM. Lacapère, David; externes : MM. Colin, Lévy-Klotz, Lecomte, Castets, David (J.-G.), Laussel.

2. Médecin : M. Carnot; interne : M. Bariéty; externes : MM. Roquejeoffre, Georgi, Hepp, Leroy, Bos (L.-H.), Gandy, Maison.

3. Médecin : M. Laffitte; interne : M. Nativelle; externes : M. Guran, Mlle Rœderer, MM. Fromont, Périn (René).

4. Médecin : M. Villaret; assistant pour le centre de triage de tuberculeux : M. Godlewsky; interne : M. Imbert; externes : M. Delorme, Mlle Roux, MM. Cornier, Louvet.

5. Chirurgien : M. Souligoux; assistant : M. Mondor; internes : MM. Seguy, Lapeyre; externes : Mlle Lamy, M. Barbat, Mlle Baquette, MM. Hurez, André.

6. *Chirurgie* (chroniques). — Interne : M. de Perretti; exerne : M. Bons.

7. Chirurgien : M. Michon; internes : MM. Olry, Laffitte; externes : MM. Revel, Caplain, Mencière, Hélion, Catalette, Barrier.

8. Chirurgien : M. Alglave; internes : MM. Gallois, Saingery; externes : M. Prumet, Bamas, Polacco (Et.), Delaborde, Vautrin, Bellière.

9. Accoucheur : M. Funck; assistant : M. X...; internes : MM. Baron (Pierre), Tariel; externes : MM. Monnerot-Dumaine, Vernholes, Martin (Ch.-R,). Toubiana.

10. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Weissenbach; suppléant : M. Gy; interne prov. : Mlle Wertheimer; externes : MM. Hesse-Didier, Mimin, Diriart.

11. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Guimbellot; externes : MM. Capandi, Paille, Breton (François).

12. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. Cantonnet; interne : Mlle Bucsan; externes : Mlles Ulmann, Besson.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Baldenweck; suppléant : M. Granet; externes : MM. Magnien, Vial, Martin (H.)

14. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Desternes; assistant : MM. David de Prades; adjoints : MM. Guilbert, Vignal; externes fais. fonct. : MM. Mignon, Gauillard.

H. LARIBOISIÈRE. — 1. Médecin : M. Macaigne; interne : M. Delalande; externes : Mme Le Maux, MM. Boulland, Lelourdy, Rivierez, Houlnick, Ribérol, Vaudour.

2. Médecin : M. de Massary; interne : M. Cournand; externes : MM. Bosquet, Preux, Glaive, Arondel, Moullard, Milleret, Martin (René), Louvet (Louis).

3. Médecin : M. Gandy; interne : M. Foulon; externes : MM. Bosnière, Antonelli (J.), Douvry, Lyonnet, Comar, Durel (M.-J.), Vandenbosche.

4. *Service de tuberculeux.* — Externes : MM. Le Loupp, Parent.

5. Médecin : M. Garnier; interne : M. Oumansky; externes : MM. Willemin, Lebis, Amid, Mlle Lassery, MM. Cofino, Béraudy.

6. Médecin : M. Clerc; interne : M. Stieffel; externes : MM. Schwoob, Allard, Morchain, Lagasquie, Mathan, Marian, Ficonetti.

7. Chirurgien : M. Marion; assistant : M. Richard; internes : MM. Denoy, Pérard; externes : MM. Bogdanovitch, Sabetay, Garnier (André), Bordier, Naggiar, Baron (P.), Poret, Jonard, Grippon.

8. Chirurgien : M. Cunéo; internes : MM. Fèvre, Banzet, Leydet; externes : MM. Bloch (Léon), Alivisatos, Boutot, Boudin, Mlle Chapiro, M. Hubert, Mlle Jeannacopoulo.

9. *Chirurgie* (chroniques). — Externe : M. Lemaitre.

10. Chirurgien : M. Wiart; internes : MM. Bouillie, Duncombe, Breger; externes : MM. Grozieux de Laguerenne, Belètre, Piel, Le Guay, Boutet, Bardin.

11. Chirurgien : M. Labey; internes : MM. Mabille, Martin (J.), Bidoire; externes : MM. Prost, Felsenswelle, Pouzergues, Filloux, Bourdial, Damon, Stoclet.

12. Chirurgien : M. le prof. Sébileau (chargé du service d'oto-rhino-laryngologie); assistant : M. Winter; chefs de clinique : MM. Winter, Chatellier; chef de clinique adjoint : M. Carrega; chefs de labor. M. Cléret; internes : MM. Harburger, Rémy-Néris; externes : MM. Pillière de Tanouarn, Marion (André), Béal, Piton, Henault, Durand (A.), Limal.

13. Accoucheur : M. Devraigne ; internes : M. Suzor, Mlle Hébert; externes : Mlle Benoist, MM. Hirsch, Katz, Mlle Gillard.

14. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Pruvost; suppléant : M. Lesage; interne prov. : M. Abd el Nour; externes : MM. Camail, Le Rochais, Lévy (E.), Quereilhac.

15. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Picot; suppléant : M. Brétégnier; externes : MM. Bourdin, Vinceneux, Bourdillon.

16. *Ophtalmologiste.* — M. Morax; assistant : M. Hartmann; internes : MM. Kalt, Blum (J.); externes : MM. Elboz, Puccinelli, Wauthier, Camps.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Haret; adjoint : M. Dariaux; assistants : MM. Truchot, Cassan; externes : MM. Cottet, Azam.

I. TENON. — 1. Médecin : M. Michel; interne : M. Mevel; externes : M. Lacaze, Mlle Moreau, MM. Devaux, Marot.

2. Médecin : M. Loeper; interne : M. Garcin; externes : MM. Dausse, Masquet, Bufnoir, Joseph (R.), Lardennois, Boquin.

3. Médecin : M. Weill (P. E.); interne : M. Lévy (Robert); externes : MM. Grancher, Benzaquen, Delorme, Moyse.

4. Médecin : M. Boidin; interne : M. Rouquès; interne prov. : M. Darré; externes : MM. Kaufmann, Plat, Arnaud (J.), Mlle Fayot, MM. Aidan, Omnès, Mlle Wesbacher, M. Tubiance.

5. Médecin : M. Vincent; interne : M. Dereux; externes : Mlle Weiss, MM. Marceau, Palmer, Marie (R.); Mlle Grand; (Service des tuberculeux). Externes : MM. Thiboumery, Bobine.

6. Médecin : M. Paisseau; interne : M. Véran; externes : MM. Aujay, Masquin, Lebenthal, Levassor (Paul); (Service des tuberculeux). Externes : MM. Laurent, Brisset.

7. Médecin : M Herscher; interne : M. Carteaud; externes : MM. Lazerme, Graffin, Sergent, Fichet; (Service des chroniques). Externe : M. Bernard (Camille).

8. Médecin : M. Lian; interne : M. Kanony; externes : MM. Parlier, Villechaize, Fortin (A.), Fortin (R,), Laflotte, Moricard.

9. Chirurgien : M. Riche; internes : MM. Moatti, Ganem, Vincent; externes : MM. de Soria, Poirier, Mlle Vimeux, MM. Wechsler, Victor, Lellouche.

10. Chirurgien : M. Proust; internes : MM. Bureau (Rob.); Armingeat, Vergez-Honta; externes : MM. Reboul, Dumas, Parienté, Judet, Jomain, Raganeau.

11. Chirurgien : M. Grégoire; internes : MM. Meillère, Galtier, Krief; externes : MM. Cohen-Bacric, Haik (M.); Thorel, Schwartz, Lieffring.

12. Accoucheur : M. Metzger; interne : Mlle Baudry; externes : MM. Topart, Deransart, Zaliouck, Clément (Yves).

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Hautant; assistant : M. ; assistant de consult. : M. ; interne : M. Valat; externes : Mlle Bondoux, MM. Andrieu, Touchard, Agostini, Romeyer, Rogès.

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Magitot; assistant : M. Lagrange; assistant de consult. : M. ; interne : Mlle Dartin; externes : MM.

15. *Consultations. (Médecine).* — Assistant : M. Guy Laroche; suppléant : M. Serrand; interne prov. : M. Mannasse; externes ; MM. Chabrol, Fabre, Rousset.

16. *Chirurgie.* — Assistant : M. Martin; suppléant : M. Buquet; externes : MM. Labesse, Moureau, Bourguignon

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Darbois; assistants : MM. Descoust, Dogny; externe : M. Stuhl.

J. HÔPITAL LAËNNEC. — 1. Médecin : M. le prof. Léon Bernard; interne : M. Triboulet; externes : MM. Schmitt, Heim de Balzac, Frain, Meizel, Mlle Samama, MM. Cabaille, Draillard, Saullière.

2. *Crèche.* — Médecin : M. le prof. Léon Bernard; externes : MM. Lucas, Ronceray.

3. Médecin : M. Rist; interne : Mlle Odier; externes : MM. Adida, Cabrit, Picot (Jean), Rist (Noël), Defaix, Meidinger, Mlle Leconte, M. Maleplate.

4. *Service de femmes tuberculeuses.* — Médecin : M. Rist; interne : M. Huguenin; externes : Mlle Domela, MM. Harmann, Marx, Demailly, Mme Robert (O.), M. Filliozat.

5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Assistants de M. le prof. Léon Bernard : MM. Bigart, Baron (Salomon); assistants du docteur Rist : MM. Brissaud, Jacob, Goulaud; externes : MM. Gastaud, X..., Gasne, Magnin, Tellier, Mlle Delon.

6. Médecin : M. Claisse; interne : M. Drouineau; externes : MM. Léculier, Devin, Cautru, Rouart.

7. Médecin : M. Jousset; interne : M. Couturat; externes : MM. Lang, Abrahamian, Poinceau, Mlle Henry (S.).

8. Médecin : M. L. Ramond; interne : M. Bascourret; externes : MM. Audouin (J.), Rouquès, Stérin, Couturat.

9. Médecin : M. Rivet; interne : M. Laënnec; externes : Mlle Forthomme, MM. Boudelot, Logeat, Beaufils.

10. Chirurgien : M. Auvray; internes : MM. Paris (P.), Frantz, Gorostidi; externes : Mlle Chapiro (Rachel), MM. Martin (Jean-Paul), Gorelick, Mlle Lataste, MM. Masselin, Makhluf, Chérubin.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Troisier; suppléant : M. ; interne prov. : Mlle Lefilliâtre; externe : M. Ardin.

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Leveuf; suppléant : M. X...; externes : MM. Luthereau, Bernard (Et.).

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Bourgeois, internes : MM. Aubry, Maduro; externes : MM. Costes (L.), Bertrand (H.-M.), Benech, Bouvet.

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Monthus; assistant : M. ; adjoint : M. ; interne : M. Parfonry; externes : MM.

15. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Maingot; adjoint : M. Lignac; assistants : MM. Gally, Portret; externe : M. Amiot.

K. HÔPITAL BICHAT. — 1. Médecin : M. Bruhl; interne : M. Duruy; externes : MM. Michaut, Demoly, Leconte, Brandy.

2. Médecin : M. Lemierre; interne : M. Kourilsky; externes : MM. Eliaschef, Gadaud, Mlle Courtine, MM. Couvelaire, Benassy, Piollet.

3. Chirurgien : M. Baudet; internes : MM. Berson, Derocque, Michel-Béchet; externes : MM. Pradier, Merlaud, Rouher, Brizard, Werner, Couallier, Haick (Henri), Enriquez.

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Stévenin;

suppléant : M. Deschamps ; interne prov. : M. Troncin; externes : MM. Mantion, Magat.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Moulonguet ; suppléant : M. N... ; externes : MM. Bouvier, Jeanne (H.).

5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Beaujard; assistant : M. Le Goff.

L. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Dufour ; internes : M. Widiez ; externes : MM. Girard, Fournié (F.), Hyronimus, Lapeyre, Mlle Colombu.

2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Dufour ; interne prov. : M. Castéran ; externes : MM. Collart, Beaume (Marcel).

3. Médecin : M. Laubry ; interne : M. Trocmé ; externes : MM. Baillet, Ardouin, Nadji, Heim de Balzac, Bocquentin.

4. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Laubry ; interne prov. : M. Vadon ; externes : MM. Cohen-Deloro, Favre (F.).

5. Chirurgien : M. Gernaz ; internes : MM. Moraux, André (G.) ; externes : MM. Boutteau, Mauric, Mézard, Cottin (Pierre), Dulot, Béchet.

6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Heuyer ; suppléant : M. Piédelièvre ; externes : MM. Zucman, Vanier (Jean).

7. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Berger ; suppléant : M. Gerber ; externes : MM. Vaissié, Montant.

8. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bonniot ; suppléant : M. Ledoux-Lebard ; assistant : M. Blot.

M. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Courcoux ; interne : M. Godel; externes : MM. Plessier, Langumier, Mlle Pichot, M. Veslot.

2. *Centre de triage.* — Médecin : M. Courcoux; assistant : M. Bidermann, externes : MM. Brunet, Lowenbruck.

3. Médecin : M. Trémolières; interne : M. Moussoir; externes : MM. Hodanger, Motz, Guillain, Fischbacher.

4. Chirurgien : M. Dujarier; interne : MM. Beaujard, Lecœur, Beaux; externes : MM. Katchoura, Meilland, Gencel, Mlle Herr, MM. Arnaud, Patey, Voignier, Jurist.

5. Accoucheur : M. Le Lorier; interne : M. Meurisse; externes : MM. Lacoste, Bachmann, Auclair, Mlle Magrah.

6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Rouillard; suppléant : M. ; interne prov. : M. Calmels; externes : MM. Gloppe, Segrestaa.

7. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Rouhier; suppléant : M. X... ; externes : MM. Turpault, Guybert de la Beausserie, Puymartin, Kenesi.

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Moulonguet ; suppléant : M. Durand; externes : MM. Lair, Guéret.

9. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Aubourg; adjoint : M. Lebon; assistants : MM. Tribout, Quivy.

N. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Jeanselme; assistant : M. N... ; chefs de clinique : MM. Hufnagel, Fouet; chef de clinique adjoint : M. Terris; chefs de labor. : MM. Pomaret, Bloch ; interne : MM. Cohen (R.), Jonesco; externes : MM. Houlnick, Schapiro (R.), Mamou, Thiéry, Paublan, Petit (M.), Mlle Morin, M. Laporte.

2. Médecin : M. Hudelo; assistant : M. Rabut; internes : MM. Huet (L.), Kaplan; externes : MM. Grenierboley, Picarda, Mlle Cuénin, MM. Falaise, Mourrut, Stérianos, Mlle Lecocq (L.), M. Codet (P.).

3. Médecin : M. Milian; assistant : M. Sauphar : internes : Mlle Dreyfus-Sée, M. Lotte; externes : Mme Lecomte, MM. Eliet, Rabetrano, Métais, Fabre (Georges), Menillet, Mlle Chuit, M. Fournié (Roger).

4. Médecin : M. Ravaut; assistant : M. Ferrand; internes : MM. Blondel, Wallich; externes : MM. Ranglaret, Mialaret, Regaud, Laroche, Maksud, Maruani, Hussenstein, Mlle Stoeber.

5. Médecin : M. Lortat-Jacob; assistant : M. Legrain; internes : MM. Morlaas, Bourgeois (Pierre); externes : MM. Bompard, Duval, Baussan, Le Baron (R.), Spatzierer, Ferrer, Maricot, Prat.

6. Médecin : M. Louste; assistant : M. Thibaut; internes : M. Ducourtioux, Mlle Tisserand; externes : MM. Boyer de Véricourt, Douady, Roy (L.), Sustendal, Cayet, Lacroix, Rosier, Leviez.

7. Médecin : M. Aubertin; interne : M. Destouches; externes : MM. Masson, Ollivier (H.), Goreki, Voillemin.

8. Chirurgien : M. Lecène; internes : MM. Leibovici, Mounier, Redon; externes : MM. Baumann, Trocmé; Mégnin, Mlle Pithon, MM. Brisard, Blanquini, Demirleau, Dreyfus (Pierre).

9. Chirurgien : M. Chifoliau; internes : MM. Ibos, Gautier, Mer; externes : Mlle Moret (L.), MM. Joly (M.), Farah, Auzetoux, Laquerrière, Le Garrec, Dutray, Battier.

10. Chirurgien : M. Heitz-Boyer; assistant : M. N... ; externes : MM. Chaignon, Hirschberg, Vernier (Paul), Barthélemy.

11. Chirurgien : M. Cadenat; internes : MM. Grandperrin, Funck, Dulac; externes : Mlles Champagne, Danzig, Abramson, MM. Guichard, Sabourin, Lachter-Pachter, Jauneau, Mlle Lang.

12. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Renault (J.); internes : MM. Cayla, Ferru; externes : MM. Blanchard, David (P.), Loup, Schatz, Mlle Gautheron, M. Mesplomb, Mlles Hirsch, Dreyfus (S.).

13. Chirurgien : M. Mouchet; internes : MM. Tambareau, Chevereau (J.), Sébileau; externes : MM. Constantoulakis, Bachelier, Mlle Guéry, M. Chauveau, Mlle Cligny, MM. Pyt, Pierre (Félix).

14. *Maternité.* — Accoucheur : M. Cathala; internes : Mlle Bach, M. Hurez; externes : MM. Pannier (P.), Vienne, Miget, Moutarde.

15. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Lemaître; assistant : M. Aubin; suppléant : M. Ruppe ; assistant de la consult. : M. Raoul; internes : MM. Fumery, Huet (P.-C.); externes : M. Sassier, Mlle Oppenot, MM. Moussette, Lefranc, Brunet, Breton (René).

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps; assistant : M. Charpentier; interne : M. Cadilhac; externes : MM. Rouchaud, Dupuy-Dutemps, Le Guet, Gauthier.

11. *Consultation.* (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Moure; suppléant : M. Senèque; externes : MM. Fort (Roger), Thévenard, Havret.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Belot; adjoint : M. Gastaud; assistants : MM. , ; externes : MM. Kempel, Deruas.

O. — Hôpital de Vaugirard (*Fondation franco-brésilienne, clinique de thérapeutique chirurgicale de la Faculté de médecine*). — 1. Chirurgien : M. le prof. P. Duval; chef de clinique : M. Oberlin; chef de clinique adjoint : M. Chastang; chef de labor. : M. Moutier; attaché médical : M. Girault; internes : MM. Ménégaux, Merle d'Aubigné, Blondin (M.); externes : MM. Viala, Barrier, Sambron, Robert (Joseph), Pautrat, Barneville, Rudler, Mlles Saint-Laurent, Lefebvre, M. Lefebvre.

2. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Béclère; assistant : M. Porcher.

P. Hôpital Ambroise Paré. — 1. Médecin : M. Israëls de Jong; interne : M. Seligmann; externes : MM. Maire (R.), Bolgert, de Palma, Brehier, Monod.

2. Médecin : M. Abrami; interne : M. Thurel; externes : MM. Basset (And.), Fauvert, Hoang, Sanz, Bernal.

3. Médecin : M. Lemaire; interne : Mlle Desbrousses; externes : MM. Schlessinger, Hortopan, Bourgois, Mlle Lépine.

4. Chirurgien : M. Desmarets; internes : MM. Ferey, Diamantberger; externes : M. Desbœuf, Mlle Kaz, MM. Couperot, Robert (Paul), Pierron, Caména.

5. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Flandin; suppléant : M. ; interne prov. : Mlle Nicolle; externes : MM. Besseyrias, Lardat.

6. *Chirurgie.* — Assistant : M. Métivet; suppléant : M. ; externes : MM. Chabaud, Drouhard, Mlle Pauc.

Q. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Tixier; assistant : M. Vallery-Radot (Pierre) ; chef de labor. : M. ; interne : M. Bize; externes : MM. Gordon, Saraudy, Delange, Hamon, Cantin, Buisson (Louis), Sautet.

2. *Consultation de blennorragie.* — Médecin : M. Tixier; externes : MM. Phalippon, Bidegaray.

3. Médecin : M. Sezary; assistant : M. ; interne : M. Lichtvitz; externe : MM. Griveaud, Perrault, Chipot, Savigny, Roeder, Natier, Guiheneuc.

4. Chirurgien : M. le prof. J.-L. Faure; chefs de clinique :

MM. Leroy, Braine; chefs de labor. : MM. Champy, Douay; internes : MM. Beclère, Theillier, Blum (Gaston); externes : Mlle Lamberjack, MM. Grange, Poisson, Chatagnon, Burnouf, Mlles Mercier, de Peretti.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lehmann; adjoint : M. Dunier (fais. fonct.).

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit, interne : M. Liège ; externes : MM. Leroy, Séjournet, Nicolle, Lacaille, Farell O'Reilly.

2. Médecin : M. Fiessinger; interne : M. Olivier (H.); externes : MM. Cazès, Moutard, Messimy.

3. Chirurgien : M. Sauvé; internes : MM. Carvaillo, Wuillième ; externes : MM. Rousseau (Georges), Garnier (Jean), Bosc, Giard, Mlle Loriot, MM. Dauban de Silhouette, Gluck (Gol.).

4. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bouchacourt; adjoint : M. Charlier.

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt; chef de clinique : M. Pichon; chef de clinique adjoint : M. Boulanger-Pilet; chef de labor. : M. Bidot; chef de labor. de la diphtérie : M. Marie; interne : M. Martin (René) : externes : MM. Gouyen, Vannier, Van der Elst, Merger, Grasset (Jacques), Mlle Bizou.

2. Médecin : M. Méry; interne : M. Michaux; externes : M. Sacuto, Mlle Labatt de Lambert, MM. Mégret, Pompanon, Dufour.

3. *Crèche.* — Médecin : M. Méry; interne prov. : M. Corman; externe ; M. Bernheim.

4. Médecin : M. Aviragnet; interne : Mlle Guérin; externes : Mlle Riom, MM. Clément (A.), Cachera, Decourt, Mlle Oguse.

5. *Sélection.* — Médecin : M. Aviragnet; interne prov. : M. Rollet.

6. Médecin : M. Apert; interne : M. Benoist (F.), externes : M. Mirallié, Mlle Swirsky, M. Carlotti, Mlle Urçat, M. L'Hoir.

7. Médecin : M. Lereboullet ; interne : M. Pierrot ; externes : M. Houzeau, Mme Zucmann, MM. Jeantet, Blin, Guyot (Jean), Mlle Meinier.

8. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne; chef de clinique : M. Huc; chef de clinique adjoint : M. Aurousseau; chef de labor. : Mme Houdré; internes : MM. Garnier, Dumas (J.), interne lauréat : M. Marchand; externes : M. Asselin (J.), Mlles Falguière, Douville de Franssu, MM. Coumétou, Petit (P.), Martin (Jean), Durrbach.

9. *Service médical d'Antony.* — Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne; interne prov. : M. Duminil; externes : M. Henry (G.), Zagdoum.

10. Chirurgien : M. Basset; interne : Mlle Boegner; interne prov. : M. Gomet ; externes : M. Foubert, Mlles Ronget, Derombies.

11. *Ophtalmologie.* — Médecin : M. Poulard; assistant : M. Lavat; interne : M. Hudelo; externes : MM. Maraval, Josset, Mlle Péchenard.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Le Mée; suppléant : M. Mahieu; externes : MM. Alépée, Boiffin.

13. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Duhem ; assistants : MM. Chaperon, N... ; externe : M. Danhier.

T. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Lesné; interne : M. Lambling; externes : MM. Samitca, Lemaire, Mlle Ogliastri, M. Redaud, Mlles Brosse, Legrand.

2. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné; interne : M. Jacquet.

3. Médecin : M. Papillon; interne : M. Heraux; externes : MM. Dany, Boureau, Mme Moyse-Chrétien, MM. Laffitte, Fayot, Petit (René).

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Papillon; interne : M. Vialard.

5. Médecin : M. Bréchot; internes : MM. Roullet, Pellé, Lejeune ; externes : MM. Lainé, Lindemann, Goliger, Leblanc, Goulet, Etcheborne, Guerlot, Couty, Durmeyer.

6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Richet; suppléant : M. ; interne prov. : Mlle Bardy ; externes : MM. Mézard (J.), Tacquet, Vasseur, Carle.

7. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Rouget ; suppléant : M. Loyauté; externes : MM. Ferrand (Paul), Tilman.

8. *Ophtalmologie.* — Assistant : M. Velter; suppléant : M. N... ; externes ; MM. Solignac, Baillot.

9. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Mahar; assistant : M.

U. Hôpital des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le prof. Marfan; chefs de clinique : MM. Florand, Lestocquoy; chef de clinique adjoint : M. Debray; assistant : M. Roudinesco; chefs de labor. : M. Dorlencourt, Mlle Spanich; internes : MM. Samsoen, Schmite; externes : M. Demailly, Mlle Cabanel, M. Huguenin, Mlle Hallard, MM. Picot, Mascadar.

2. Chirurgien : M. Veau; internes : MM. Magdelaine, Lemariey; externes : MM. Dragomiresco, Durieux, Loisel (Guy), Ferrère, Pellegrin.

3. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Barret; assissistant : M. Chauffour.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Faure-Beaulieu; interne : M. Cahen (Robert) ; externes : Mlle Sentis, MM. Poileux, Richard, Chennevière.

2. Médecin :M. Monier-Vinard; interne : M. Puech ; externes : MM. Demoulin, Soleillant, Soleil, Aubin.

3. *Consultation de médecine.* — Assistant : M. Moreau; interne prov. : M. Peynet; externes : MM. Macé, Alvarès de Avezedo.

W. Bicêtre. — 1. Médecin : M. Harvier; internes : Mlle Linossier, M. Lemaire; externes : MM. Lefèvre, Camus (Jean), Delafarge, Thiercelin.

2. *Sanatorium Clémenceau.* — Médecin : M. Pasteur Vallery-Radot ; interne : M. Bezançon; externes : MM. Mérigot, Maire (J.), Fau, Ginestet, Mercier.

3. Médecin : M. Gougerot; ; interne : M. Filliol; externes : MM. Kyriaco, Sourice,

4. Chirurgien : M. Toupet; internes : MM. Lieutaud, Barbaro ; externes : MM. Grévin (J.), Laupretre, Brulin, Sifflet, Munié (Georges).

5. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Roubinovitch,

6. Médecin : M. Riche; interne : M. Guérin.

7. Médecin : M. Maillard; interne : M. Fleury.

8. *Fondation Vallée.* — Médecin : M. Roubinovitch ; interne : M. Georges.

9. *Service temporaire.* (Chroniques.) — Médecin : M. Harvier ; interne : M. Bureau (Yves); interne prov. : Mlle Abricossoff; externes : MM. Lecourt, Reyt.

10. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Keller; adjoint : M. Guénaux.

X. Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain; chef de clinique : M. Alajouanine; chefs de clinique adjoints : MM. Girot, Mathieu; chefs de labor. : M. Bertrand, Mlle Lévy (Gab.); internes : MM. Decourt, Darquier, Christophe; externes : MM. Gabriel, Boquel, Rudaux, Courtois (A.), Ribadeau-Dumas, Lecadre, Prévost (A.).

2. Médecin : M. Crouzon; internes : M. Delafontaine, Mlle Braun; externes : MM. Butaud, Dufet, Testu, Lacan, Pottier, Mlle Ducosté, MM. Cretziano, Villoutreix, Gopcevitch.

3. *Infirmerie du personnel et chalets.* — Médecin : M. Crouzon; interne : Mlle Vogt.

4. Médecin : M. Brulé; interne : M. Dreyfus (G.) ; externes : MM. Béraut, Viollet, Mlle Desgruelles, M. Verger, Mlle Fagnière.

5. Chirurgien : M. le prof. Gosset; chefs de clinique : MM. Soupault, Petit-Dutaillis; chefs de labor. : MM. Magron, Rouché; attaché médical : Mlle Harmelin; internes : MM. Iselin, Sauvage, Maziol; externes : M. Oppenot, Mlle Palisse, MM. Beauchesne, Jusseaume, Rousseau, Mlle Valentin, MM. Arnal, Longuet, Mlle Bertazzi, M. Nomblot.

6. Médecin : M. Nageotte; interne prov. : M. Berson.

7. Médecin : M. Vurpas; interne : M. Meignant.

8. *Service temporaire de réserve.* — Médecin : M. Léchelle; interne prov. : M. Delthil ; externes : MM. Auchel, Vachey, Monnier, Bonnet, Hage.

9. *Service temporaire de rougeole.* — Médecin : M. Léchelle; interne prov. : Mlle Lacan; externes : MM. Jardet, Landrieu, Mlle Gliksmann,

10. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bourguignon; adjoint : M. Thibonneau; externe : M.

Y. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guillemot; interne : M. Bohn; externes : M. Bertrand (Jean); Mme Bohn, M. Aubriet, Mlle Cahen (Marthe), M. Fellous, Mlle Pau (Cécile).
2. Médecin : M. Grenet; interne : M. Delarue; externes : MM. Vernotte, Choffé, Pichon, Hermann, Rubat de Nérac, Leroy (René).
3. Chirurgien : M. Mathieu; internes : MM. Chaperon, Davioud, Canonne; externes : M. Bruneval; Mlle Dupont, MM. Boisramé, Consot, Dubois (Jean-Louis), Mlle Yeu, M. Archambaud.
4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Huber; suppléant : M. ; interne prov. : M. Triau; externes : MM. Cain, Vidal, Naequet, Bagot, Cailleux.
5. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Bloch; externes : MM. Mariani, Pigache.
6. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lobligeois, adjoint : M. ; assistant : M. Torchaussé.

Z. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Lesage; interne : Mlle Vasseur; externes : Mlles Chevillon, de Peretti, MM. Duhamel, Guisoni, Vézin, Desbucquois.
2. Médecin : M. Armand-Delille; interne : M. Vibert; externes : MM. Dessirier, Lacurte, Vernier, Aymard, Sergent, Mlle Le Diouron.
3. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Hutinel; suppléant : M. ; interne prov. : Mlle Houzeau; externe : M. Lagarrigue.
4. *Oto-rhino-laryngologie*, — M.
5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Laquerrière; assistant : M.

Aa. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Foix; interne : M. Lévy (M.); externes : M. Lortat-Jacob, Mlle Blanchy. MM. Fortier, Marcus.
2. *Chroniques et admission.* — Externes : MM. Garnier (Pierre), Desoille.
3. Médecin : M. Milhit; internes : MM. Roy (Louis); Mlle Papawannou; externes : M. Tabuteau, Mlle Saint-Cène, MM. Brémont, N...
4. Chirurgien : M. Roux-Berger; internes : M. Blondin (Syl.). Tailhefert externes : MM. Courtial, Decante, Hutin.
5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Postel; assistant : M. Delapchier.

Ab. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. le prof. Rudaux; adjoint : M. le prof. Lemeland; aide de chirurgie : M. Risacher; internes : MM. Waitz; externes : Mlles Petitbon, Sélikovitch, Pissard.
2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas; interne : M. Chabrun; externes : MM. Grand, Delbreil, Mlle Berger, M. Aupérin.
3. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lévy-Lebhar.

Ac. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire; chef de clinique : M. Desnoyers; chef de labor. : M. ; interne : M. Digonnet; externes : MM. Andler, Castellant, Mme Cao-Si-Tan, MM. Julien (R.), Bertrand (Pierre), Bailly.

Ad. Hôpital de la Clinique d'accouchements Tarnier. — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau; chef de clinique : MM. Labeaume, Desoubry; chefs de clinique adjoints : M. Manet; chefs de labor. : MM. Clogne, Cartier; interne : M. Pétrignani; externes : MM. Marie (Julien), Fort (R.), Mlles Gobert, Polowski, M. Lemoine (Jean).

Ae. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. le prof. Teissier; chef de clinique : M. Rivalier; chefs de clinique adjoints : MM. Cochez. Joannon; chef de labor. : M. Reilly; internes : MM. Garnier (Georges), Layani, Bourgeois (J.-B.); externes : MM. Guyot, Durel, Lévy-Missin, Mlle Le Parquier, MM. Brongniart, Soria, Courtois (M.), Vemorel, Vayron de la Moureyre, Macon.

Af. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Chiray; interne : M. Salmon; interne prov. : M. Degos; externe : M. Franco.
2. Chirurgien : M. Lardennois; internes : MM. Leflaive, Sureau, Ghouila-Houri; externes : MM. Guérin (Henri), Lelièvre, Cuvillier, Barré, Rouzaud, Leproust, Queriault.

Ag. Hospice Alquier-Debrousse. — 1. *(Vieillards.)* — Médecin : M. Ameuille; interne : Mlle Maldan.
2. *(Tuberculeux.)* — Médecin : M. Ameuille; interne : M. Massot; externes : MM. Rondepierre, Valois.

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne : M. Salavert; interne prov. : Mlle Choquart; externes : MM. Deleau, Senequin, Amante, Guillermon, Mlles Kuntz, Lavroff, MM. Chambon, Alaroze.

Ai. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Pinard; interne : MM. Casaubon, Vendel.

Aj. Maison de retraite de La Rochefoucauld. — 1. *(Vieillards.)* Médecin : M. Baudouin; interne : M. Azerad; externe : M. Hervy.
2. *(Tuberculeux.)* Interne : M. Lonjumeau; externes : Mme Maunoury, MM. Joly, Gallot, Constant.

Ak. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Sorrel; assistants : MM. Andrieu, Bouquier, Delahaye; chef de labor. d'électro-radiologie : M. Parin; chef de labor. de bactériologie : M. Mozer; internes : MM.
2. Annexe de Bouville. Internes : MM.

Al. Brévannes. — 1. Médecin : M. René Marie; assistant : M. Clément; internes : MM. Minot, Ferret.
2. Médecin : M. Lévy-Valensi; assistant : M. Loireau; internes : MM. Laffaille, Berson, Delvaille, Godberg, Sallé, Deliencourt.
3. Médecin : M. Renaud; assistant : M. Juge; internes : MM. Briault, Delaporte, Peytavin, Petit.

Am. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le prof. Claude; chefs de clinique : MM. Targowla, Sénac; chefs de clinique adjoints : MM. Montassut, Robin.

An. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Buc; assistant : M.

Ao. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Morancé; interne : M. Hiély.

Ap. Galignani et Belœuil. — 1. Médecin : M. Jumentié; assistant : M.

Aq. La Reconnaissance. Fondation Brézin. — 1. Médecin : M. Mutel.

Ar. Hospices Saint-Michel et Lenoir-Jousseran. — 1. Médecin : M. Lafosse; adjoint : M. Lasnier.

As. Sanatorium San Salvadour. — 1. Médecin : M. Fohanno; interne : Mlle Chemin.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs et assistants; consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° chefs de laboratoire; 4° internes titulaires; 5° internes provisoires; 6° externes.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Pichon, Y-2 = Y. Hôpital Bretonneau, 2. Service de M. Grenet.

MÉDECINS

assistants et attachés médicaux.

Claude, Am-1.
Clément, Al-1.
Clerc, H-6.
Comte, D-7.
Coulaud, J-5.
Courcoux, M-1 et M-2.
Courtois-Suffit, R-1.
Coyon, D-6.
Crouzon, X-2 et X-3.
Darré, F-6.
David, F-4.
Dufour, L-1 et L-2.
Duvoir, E-8.
Enriquez, B-4.
Faroy, B-11.
Faure-Beaulieu, V-1.
Ferrand, N-4.
Fiessinger, R-2.
Flandin, P-5.
Fohanno, As-1.
Foix, Aa-1.
Fournier, F-2.
Gandy, H-3.
Garnier, H-5.
Gautier, C-11.
Gilbert, A-1.
Girault, O-1.
Godlewski, G-4.
Gougerot, W-3
Grenet, Y-2.
Guillain, X-1.
Guillemot, Y-1.
Harmelin (Mme), X-5.
Halbron, A-5.
Hallé, E-3.
Harvier, W-1 et W-9.
Herscher, I-7.
Heitz-Boyer, N-10.
Heuyer, L-6.
Huber, Y-4.
Hudelo, N-2.
Hutinel, Z-3.
Israëls de Jong, P-1.
Jacob, J-5.
Jeanselme, N-1.
Jousset, J-7.
Juge, Al-3.
Jumentié, Ap-1.
Kuss, B-12.
Labbé (Marcel), B-5.
Laederich, C-5.
Laffitte, G-3.
Lafosse, Ar-1.
Laignel-Lavastine, B-6.
Laroche (Guy), I-15.
Lasnier, Ar-1.
Laubry, L-3 et L-4.
Léchelle, X-8 et X-9.
Legrain, N-5.
Lemaire, P-3.
Lemierre, K-2.
Le Noir, D-3.
Lereboullet, S-7.
Léri, C-4.
Lesage, Z-1.
Lesné, T-1 et T-2.
Lévy-Valensi, Al-2.
Lian, I-8.
Lion, B-2.
Lœper, I-2.
Loireau, Al-2.
Lortat-Jacob, N-5.
Louste, N-6.
Macaigne, H-1.
Maillard, W-7.
Marfan, U-1.
Marie (R.), Al-1.
Massary (de), H-2.
Méry, S-2 et S-3.
Michel, I-1.
Milhit, Aa-3.
Milian, N-3.
Monier-Vinard, V-2.
Morancé, Ao-1.
Moreau, V-3.
Mutel, Aq-1.
Nageotte, X-6.
Nobécourt, S-1.
Pagniez, D-8.
Paisseau, I-6.
Papillon, T-3 et T-4.
Pinard, Ai-1.
Pissavy, F-5.
Pruvost, H-14.
Rabut, N-2.
Ramond (Félix), D-4.
Ramond (L.), J-8.
Rathery, A-3.
Ravaut, N-4.
Renaud, Al-3.
Renault (J.), N-12.
Reumaux, An-1.
Ribadeau-Dumas, Ab-2.
Ribierre, E-4.
Riche (A.), W-6.
Richet, T-6.
Rist, J-3, J-4 et J-5.
Rivet, J-9.
Roubinovitch, W-5 et W-8.
Rouillard, M-6.
Roudinesco, U-1.
Sainton, A-4.
Salomon, J-5.
Sauphar, N-3.
Sergent, C-1.
Sézary, Q-3.
Sicard, E-2.
Stévenin, K-4.
Teissier, Ae-1.
Thibaut, N-6.
Thiroloix, B-3.
Tixier, Q-1 et Q-2.
Touraine, C-9.
Trémolières, M-3.
Troisier, J-11.
Vallery-Radot (Pasteur), W-2.
Vallery-Radot (Pierre), Q-1.
Vaquez, B-1.
Villaret, G-4.
Vincent, I-5.
Vurpas, X-7.
Weil (P.-E.), I-3.
Weill (M.-P.), D-12.
Weill-Hallé, C-2.
Weissenbach, G-10.
Widal, F-1.

CHIRURGIENS

assistants et attachés médicaux.

Alglave, G-8.
Andrieu, Ak-1.
Auvray, J-10.
Basset, S-10.
Baudet, K-3.
Baumgartner, C-6 et F-3.
Bazy, D-13.
Berger, L-7.
Bouquier, Ak-1.
Bréchot, T-5.
Cadenat, N-11.
Chevassu, F-10.
Chevrier, B-9.
Chifoliau, N-9.
Cunéo, H-8.
Delahaye, Ak-1.
Delbet, F-7.
Deniker, C-10
Descomps, C-7.
Desmarest, P-4.
Desplas, E-9.
Dujarier, M-4.
Duval (Pierre), O-1.
Faure, Q-4.
Fredet, B-8.
Gernez, L-5.
Girault, O-1.
Gosset, X-5.
Grégoire, I-11.
Guimbellot, G-11.
Hartmann, A-6.
Heitz-Boyer, N-10.
Houdard, A-11.
Labey, H-11.
Lapointe, D-10.
Lardennois, Af-2.
Launay, F-9.
Lecène, N-8.
Legueu, E-5.
Lejars, D-9.
Lenormant, B-7.
Leveuf, J-12.
Marion, H-7.
Martin, I-16.
Mathieu, Y-3.
Métivet, P-6.
Michon, G-7.
Mocquot, F-8.
Mondor, G-5.
Monod, F-12.
Mouchet, N-13.
Moulonguet, K-5.
Moure, N-17.
Okinczyc, A-6 et A-7.
Ombrédanne, S-2 et S-9.
Picot, H-15.
Proust, I-10.
Richard, H-7.
Riche (Paul), I-9.
Robineau, E-6.
Rouhier, M-7.
Roux-Berger, Aa-4.
Sauvé, R-3.
Schwartz, E-7.
Sebileau, H-12.
Sorrel, Ak-1.
Souligoux, G-5.
Toupet, W-4.
Veau, U-2.
Wiart, H-10.

ACCOUCHEURS

et assistants.

Brindeau, Ad-1.
Cathala, N-14.
Couvelaire, Ac-1.
Devraigne, H-13.
Funck-Brentano, G-9.
Jeannin, B-10.
Le Lorier, M-5.
Lemeland, Ab-1.
Levant, C-8.
Lévy-Solal, D-11.
Macé, A-9.
Metzger, I-12.
Risacher, Ab-1.
Rudaux, Ab-1.

OPHTALMOLOGISTES

et assistants.

Bollach, F-13.
Cantonnet, G-12.
Cerise, D-15.
Charpentier, N-16.
Coutela, B-14.
Dupuy-Dutemps, N-16.
Hartmann, H-16.
Lagrange, I-14.
Lavat, S-11.
Magitot, I-14.
Monthus, J-14.
Morax, H-16.
Neda, D-15.
Poulard, S-11.
Terrien, A-7.
Velter, T-8.
Weissmann-Netter, B-14.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

assistants et suppléants.

Apard, N-15.
Aubin, N-15.
Baldenweck, G-13.
Bloch, Y-5.
Bourgeois, J-13.
Buneau, B-13.
Caussé, D-16.
Cuvillier, B-13.
Durand, M-8.
Giraudeau, N-15.
Grivot, D-16.
Halphen, B-13.
Hautant, I-13.
Lemaître, N-15.
Le Mée, S-12.
Leroux, D-16.
Loyauté, T-7.
Mahieu, S-12.
Moulonguet, M-8.
Prélat, A-8.
Raoul, N-15.
Rouget, T-7.
Ruppe, N-15.
Winter, H-12.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE ET AGENTS PHYSIQUES

Aimé, D-16.
Aubourg, M-9.
Barret, U-3.
Beaujard, K-6.
Béclère, O-2.
Belot, N-17.
Bisson, D-18.
Blot, L-8.
Bonniot, L-8.
Bouchacourt, R-4.
Bourguignon, X-10.
Brancas (de), B-15.
Cagninacci, C-12.
Cassan, H-17.
Chaperon, S-12.
Chaufour, U-3.
Darbois, I-17.
Dariaux, H-17.
Dausset, A-12.
David de Prades, G-14.
Delapchier, Aa-5.
Delherm, B-15.
Descouts, I-17.
Desternes, G-14.
Dimier, Q-5.
Dogny, I-17.
Duhem, S-13.
Foubert, F-14.
Galley, J-15.
Gastaud, N-17.
Gauillard, G-14.
Gibert, D-18.
Gérard, A-12.
Groust, D-18.
Guénaux, W-10.
Haret, H-17.
Keller, W-10.
Lagarenne, A-12.
Laquerrière, Z-5.
Lebon, M-9.
Ledoux-Lebard, L-8.
Le Goff, K-6.
Lehmann, Q-5.
Lévy-Lebhar, Ab-3.
Lignac, J-15.
Lobligeois, Y-6.
Lomon, C-12.
Lucy, A-12.
Mahar, T-9.
Maingot, J-15.
Ménard, F-14.
Mignon, G-14.
Mozer, Ak-1.
Parin, Ak-1.
Porcher, O-2.
Portret, J-15.
Postel, Aa-5.
Quivy, M-9.
Saïdmann, F-14.
Salomon, D-16.
Thibonneau, X-10.
Thoyer-Rozat, B-15.
Torchaussé, Y-6.
Tribout, M-9.
Truchot, H-17.
Turchini, C-12.

SUPPLÉANTS

de consultations.

MÉDECINE

Blamoutier, F-11.
Deschamps, K-4.
Faroy, B-11.
Gy, G-10.
Jacquelin (André), E-8.
Lesage, H-14.
Mangin-Bocquet, C-9.
Piédelièvre, L-6.
Serrand, I-15.

CHIRURGIE

Bloch (René), C-10.
Brétégnier, H-15.
Buquet, I-16.
Gerber, L-7.
Guelfucci, F-12.
Kuss, B-12.
Millet, D-13.
Reinhold, E-8.
Sénèque, N-11.

CHEFS DE CLINIQUE

Alajouanine, X-1.
Azoulay, D-1.
Bocage, F-1.
Braine, Q-4.
Chatellier, H-12.
Cousin, A-8.
Desnoyers, Ac-1.
Desoubry, Ad-1.
Fey, E-5.
Florand, U-1.
Fouet, N-1.
Gennes (de), F-1.
Godard, F-7.
Gueullette, D-9.
Huc, S-8.
Hufnagel, N-1.
Jacquelin, D-1.
Labeaume, Ad-1.
Leroy, Q-4.
Lestocquoy, U-1.
Massary (de), C-1.
Monod, F-7.
Mouquin, B-1.
Mouzon, G-1.
Oberlin, O-1.
Ollivier, F-1.
Oury, C-1.
Pareux, B-10.
Petit-Dutaillis, X-5.
Pichon, S-1.
Rivalier, Ae-1.
Sénac, Am-1.
Soupault, X-5.
Targowla, Am-1.
Tzanck, A-1.

Adjoints.

Aurousseau, S-8.
Bernard, D-1.
Boulanger-Pilet, S-1.
Carrega, H-12.
Chastang, O-1.
Chauveau, G-1.
Chome, B-10.
Cochez, Ae-1.
Debray, U-1.
Fatou, A-1.
Flandrin, E-5.
Girot, X-1.
Godard, F-7.
Grenaudier, B-10.
Joannon, Ae-1.
Lascombe, F-7.
Manet, Ad-1.
Montassut, Am-1.
Mathieu, X-1.
Ostwalt (Mlle), A-8.
Robin, Am-1.
Surmont, A-1.
Terris, N-1.
Tisné, B-1.
Weil, A-8.

CHEFS DE LABORATOIRE

adjoints et assistants.

Bénard (H.), A-1.
Bertrand, X-1.
Bidot, S-1.
Bloch (M.), N-1.
Bordet, B-1.
Brel, D-1.
Cartier, Ad-1.
Chabanier, E-5.
Champy, Q-4.
Cléret, H-12.
Clogne, Ad-1.
Cottenot, C-1.
Deval, A-1.
Dorlencourt, U-1.
Douay, Q-4.
Dumont, A-1.
Durand, C-1.
Feuillée, G-1.
Foix, G-1.
Foy, E-5.
Géraudel, B-1.
Giet, D-9.
Grigaud, D-1.
Herrenschmidt, F-7.
Houdré (Mme), S-8.
Joltrain, F-1.
Laudat, F-1.
Lévy (Mme G.), X-1.
Lièvre, G-1.
Magron, X-5.
Marie, S-1.
May, F-1.
Minvielle, B-10.
Moutier, O-1.
Pomaret, N-1.
Raulot-Lapointe, F-1.
Reilly, Ae-1.
Ribot, G-1.
Ronnaux, D-1.

Rouché, X-5.
Salomon, D-17.
Spanich (Mlle), U-1.
Tissier (Mlle), A-1.
Verliac, E-5.

INTERNES

(Un certain nombre d'internes titulaires occupent des places de provisoire et réciproquement.)

André (G.), L-5.
Armand, B-9.
Armingeat, I-10.
Artin, B-11.
Arviset, C-7.
Avril, A-7.
Azerad, Aj-1.
Bach (Mlle), N-14.
Bachelier, B-6.
Baillis, C-6.
Banzet, H-8.
Barbaro, W-4.
Bariéty, G-2.
Barragué, D-9.
Barret, D-10.
Baron, G-9.
Bartet, D-10.
Bascouret, J-8.
Baudry (Mlle), I-12.
Beaujard, M-4.
Beaux, M-4.
Béclère, Q-4.
Benda, C-1.
Benoist (F), S-6.
Berson, Al-2.
Berson, K-3.
Besançon, W-2.
Bidoire, H-11.
Bize, Q-1.
Blanche, F-4.
Blondel, N-4.
Blondin (M.), O-1.
Blondin (S.), Y-4.
Blum (G.), Q-4.
Blum (J.), H-16.
Boegner (Mlle), S-10.
Bohn, Y-1.
Boltansky, F-2.
Bouillie, H-10,
Bourgeois (J.-B.), Ae-1.
Bourgeois (P.), N-5.
Braun (Mlle), X-2.
Breger, H-10.
Briault, Al-3.
Bucsan (Mlle), G-12,
Bureau (R.), I-10.
Bureau (Yves), W-9.
Burgeat, D-10.
Cadilhac, N-16.
Cahen (Rob.), V-1.
Canonne, Y-3.
Carteaud, I-7.
Carvaillo, R-3.
Casaubon, Ai-1.
Cayla, N-12.
Célice, D-1.
Chabrun, Ab-2.
Chaperon, Y-3.
Chemin (Mlle), As-1.
Chevereau, N-13.
Choquart (Mlle), Ah-1.
Christophe, X-1.
Chureau, E-5.
Codet, C-7.
Coffin, F-1.
Cohen (P.-J.), B-7.
Cohen (R.), N-1.
Coudert, B-7.
Coudrain, B-8.
Courmand, H-1.
Couturat, J-7.
Darquier, X-1.
Dartin, I-14.
David, G-1.
Davioud, Y-3.
Debray, A-6.
Decourt, X-1.
Delafontaine, X-2.
Delage, B-8.
Delagenière, E-6.
Delaporte, Al-3.
Delalande, H-1.
Delarue, Y-2.
Deliencourt, Al-2.
Delthil, X-8.
Delvaille, Al-2.
Denoy, H-7.
Dereux, I-5.
Derocque, K-3.
Desbrousses (Mlle), P-3.
Dessaint, A-6.
Destouches, N-7.
Diamantberger, P-4.
Digonnet, Ac-1.
Dreyfus (Gilb.), X-4.
Dreyfus-Sée (Mlle), N-3.
Drouineau, J-6.
Dublineau, F-7.
Ducourtioux, N-6.
Duhamel, D-1.
Dulac, N-11.
Dumas, (J.), S-8.
Duncombe, H-10.
Durand (P.), B-1.
Duruy, K-1.
Duval, E-6.
Escalier, C-4.
Férey, P-4.
Ferret, Al-1.
Faure, D-11.
Ferru, N-12.
Fèvre, H-8.
Filliol, W-3.
Fleury, W-7.
Foulon, H-3.
Frantz, J-10.
Fredet, B-8.
Froyez, F-2.
Fumery, N-15.
Funck, N-11.
Gallais, G-8.
Galtier, I-11.
Ganem, I-9.
Garcin, I-2.
Garnier (G.), Ae-1.
Garnier (Ch.), S-8.
Gautier, N-9.
George, B-6.
Georges, W-8.
Ghouila-Houri, Af-2.
Giroire, E-3.
Godel, M-1.
Goldberg, Al-4.
Gorostidi, J-10.
Grandperrin, N-11.
Guérin, W-6.
Guérin (Mlle), S-4.
Guyot, F-7,
Hamburger, D-5.
Harburger, H-12.
Haye, A-1.
Hebert (Mlle), H-13.
Heraux, T-3.
Hiély, Ao-1.
Huard, E-7.
Hudelo, S-11.
Huet (L.), N-2.
Huet (P.-C.), N-15.
Huguenin, J-4.
Hurez, N-14.
Ibos, N-9.
Imbert, G-4.
Iselin, X-5.
Jacquet, T-2.
Jany, C-5.
Jondeau, F-9,
Jonesco, N-1,
Jubé, A-6.
Kalt, H-16.
Kanony, I-8,
Kaplan, N-2.
Kensinger, D-3.
Kourilsky, K-2.
Krief, I-11.
Lacapère, G-1.
Laënnec, J-9.
Laffaille, Al-2.
Laffitte, G-7.
Lallemand, D-16.
Lambling, T-1.
Langue, B-11.
Lapeyre, G-5.
Laporte, F-1.
Laurent (Mlle), C-8.
Layani, Ae-1.
Lecœur, M-4.
Le Filliatre (Mlle), J-11.
Leflaive, Af-2.
Leibovici, N-8.
Lejard, F-5.
Leloup, B-3.
Lemaire, W-1.
Lemariey, U-2.
Lenormant, A-5.
Lerond, D-8.
Levaxelaire, A-9.
Lévy (Jean), E-7.
Lévy (M.), Aa-1.
Lévy (M.-M.), D-16.
Lévy (Rob.), I-3.
Leydet, H-8.
Lichtvitz, Q-3.
Liège, R-1.
Lieutaud, W-4.
Linossier (Mlle), W-1.
Longchampt, D-4.
Lonjumeau, Aj-2.
Lotte, N-3.
Louvel, B-9.
Lyonnet, B-7.
Maas (Mlle), F-8.
Mabille, H-11.
Magdelaine, U-2.
Maldan (Mlle), Ag-1.
Marchand (lauréat, chir.), S-8.
Maricot, N-5.
Marie (Julien), A-3.
Martin (J.), H-11.
Martin (R.), S-1.
Massot, Ag-2.
Maximin (R.), C-6.
Maximin (M.), A-4.
Mayer, E-2.
Maziol, X-5.
Moussoir, M-3.
Meignant, X-7.
Meillère, I-11.
Ménégaux, O-1.
Mer, N-9.
Merle d'Aubigné, O-1.
Meurisse, M-5.
Mevel, I-1.
Michaut, S-2.
Michel-Béchet, K-3.
Minot, Al-1.
Moatti, I-9.
Mollaret, F-6.
Moraux, L-5.
Morlaas, N-5.
Mornet (Mme), D-7.
Mornet (J.), C-3.
Moruzi, D-9.
Mounier, N-8.
Nativelle, G-3.
Neumann, B-9.
Noirot, B-11.
Odier (Mlle), J-3.
Olivier (H.), R-2.
Olry, G-7.
Ombrédanne, E-6,
Oumansky, H-5.
Papawannou (Mlle), Y-3.
Parfonry, J-14.
Paris (P.), J-10.
Pascal, C-6.
Pellissier, E-4.
Pérard, H-7.
Péribère, F-9.
Perretti (de), G-6.
Petit, Al-3.
Petit, F-8.
Petrignani, Ad-1.
Peytavin, Al-3.
Pichat, F-9.
Pierrot, S-7.
Pollet (lauréat), D-1.
Poumailloux, E-1.
Prat, N-5.
Priollet, E-5.
Puech, V-2.
Py, F-9.
Querneau, A-7.
Rappoport (Mlle), F-7.
Redon, N-8.
Rémy-Néris, H-12.
Renault, B-5.
Rossert, D-9.
Rouquès, I-4.
Roy (Louis), Aa-2.
Rudolf, A-1.
Saingery, G-8.
Salavert, Ah-1.
Sallé, Al-2.
Salmon, Af-1.
Samsoën, U-1.
Sauvage, X-5.
Schmite, U-1.
Seguy, G-5.
Seligmann, P-1.
Servel, A-2.
Sicard, B-9.
Stieffel, H-6.
Sureau, Af-2.
Suzor, H-13.
Tariel, G-9.
Tailhefer, Y-4.
Tambareau, N-13.
Theillier, Q-4.
Thomas, F-1.
Thurel, P-2.
Tisserand (Mlle), N-6
Triboulet, J-1.
Trocmé, L-3.
Vadder (de), C-7.
Valat, I-13.
Vanbockstaël, B-2.
Vasseur (Mlle), Z-1.
Vendel, Ai-1.
Véran, I-6.
Vergez-Honta, I-10.
Vialard, T-4.
Vibert, Z-2.
Vincent, I-9.
Vogt (Mlle), X-3.
Wahl (Rob.), B-4.
Waitz, Ab-1.
Wallich, N-4.
Waynbaum (Mlle), C-2.
Weill (L.-R.), B-10.
Widiez, L-1.
Willemin, D-6.
Wolff (Mlle), A-9.
Wolff (Mlle), D-11.
Wuillième, R-3.
Zimmern (Mlle), F-3.

INTERNES PROVISOIRES

Abd-el-Nour, H-14.
Abricosoff (Mlle), W-9.
Bardy (Mlle), T-6.
Berson, X-6.
Calmels, M-6.
Castéran, L-2.
Corman, S-3.
Darré, I-4.
Degose, Af-1.
Delthil, X-8.
Duminil, S-9.
Fouquet, D-4.
Frey (Mlle), D-12.
Gomet, S-10.
Guillon, C-9.
Houzeau (Mlle), Z-3.
Lacan (Mlle), X-9.
Le Filliâtre (Mlle), J-11.
Lemoyne, E-8.
Lequin (Mlle), F-11.
Marmasse, I-15.
Merklen, B-11.
Nicolle (Mlle), P-5.
Perrin, A-10.
Peynet, V-3.
Pichard, D-14.
Ravier, B-1.
Rollet, S-5.
Sée, C-11.
Triau, Y-4.
Troncin, K-4.
Vadon, L-4.
Wertheimer (Mlle), G-10.

EXTERNES

Abrahamian, J-7.
Abramson, N-11.
Achard, F-10.
Adida, J-3.
Agostini, I-13.
Aidan, I-4.
Alalilarde, D-3.
Alaroze, Ah-1.
Alépée, S-12.
Alivisatos, H-8.
Allard, H-6.
Alvarès de Azevedo, V-3.
Amante, Ah-1.
Amaraggi, D-3.
Amiard, A-1.
Amid, H-6.
Amiot, J-15.
Andler, Ac-1.
André (Daniel), D-3.
Andrieu, I-13.
Angeras, B-13.
Antonelli (J.), H-3.
Aubert, B-1.
Archambaud, Y-3.
Ardin, J-11.
Ardoin C-8.
Ardouin. L-3.
Arnal, X-5.
Arnaud (J.), I-4.
Arnaud, M-4.
Arnaudet, C-1.
Arnon, D-6.
Arondel, H-2.
Arrighi de Casanova (Mlle), A-3.
Arsonneau, F-1.
Artin, B-11.
Asselin, S-8.
Asthiany, E-5.
Attaix, E-6.
Attal, F-1.
Aubin, V-2.
Aubriet, Y-1.
Auchel, X-8.
Auclair, M-5.
Audemar, B-6.
Audouin (J.), J-8.
Augereau, B-9.
Aujay, I-6.
Aupérin, Ab-2.
Auzepy, E-6.
Auzetoux, N-9.
Aymard, Z-2.
Ayrignac, A-2.
Azam, H-17.
Bachelier, N-13.
Bachmann, M-5.
Bagot, G-4.
Baquette (Mlle), G-5.
Bailby, Ac-1.
Baillet, L-3.
Baillot, T-8.
Baldy, F-8.
Balmelle, B-3.
Bamas, G-8.
Baqué, B-9.
Barbara, D-11.
Barbat, G-5.
Bardin, H-10.
Bardin, D-8.
Barneville, O-1.
Baron (P.), H-7.
Barrat, E-3.
Barré, Af-2.
Barrier, O-1.
Barrier, G-7.
Barthelemy, N-10.
Barzilai, B-2.
Basset, P-2.
Battesti (Ant.), C-11.
Battesti, C-5.
Battier, N-9.
Baudelot, J-9.
Baumann, N-8.
Baussan, N-5.
Béal, H-12.
Beauchesne, X-5.
Beaufils, J-9.
Beaume (Marcel), L-2.
Béchet, L-5.
Begand (Mlle), E 3.
Belètre, H-10.
Bellière, G-8.
Benaërts, C-2.
Bénassy, K-2.
Benech, J-13.
Benoist (Marcel), E-9.
Benoist (Mlle), H-13.
Benzaquen, I-3.
Bérard, G-7.
Bérard, C-5.
Bérardier, A-4.
Béraudy, H-5.
Berat, X-4.
Bergenstein, A-5.
Berger, Q-4.
Berger (Mlle), Ab-2.
Berger (Mlle), F-5.
Bernal, P-2.
Bernard, E-2.
Bernard (Camille), I-7.
Bernard (Et.), J-12.
Bernheim, S-3.
Berny, A-2.
Bertazzi (Mlle), X-5.
Bertrand (H.-M.), J-13.
Bertrand (J.), Y-1.
Bertrand (P.), Ac-1.
Bescond (Mlle), E-1.
Besseyrias, P-5.
Besson (Mlle). G-12.
Beuzart, F-1.
Bidegaray, Q-2.
Billet, F-6.
Bizou (Mlle), S-1
Blanchard, N-12.
Blanchy (Mlle), Aa-1.
Blanquini, N-8.
Blin, S-7.
Bloch (Léon), H-8,
Blondeau, A-6.

Blondeau, D-16.
Bocquentin, L-3.
Bogdanovitch, H-7.
Bohn (Mme), Y-1.
Boidot, B-7.
Boiffin, S-12.
Boisramé, Y-3.
Bolgert, P-1.
Bompard, N-5.
Bondoux(Mlle), I-13.
Bonnahon, A-5.
Bonnard, F-1.
Bonuet, X-8.
Bonnet (G.-R.), D-4.
Bons, G-6.
Bonte, C-7.
Boquel, X-1.
Boquin, I-2.
Bordier, H 7.
Bornet (Pierre), A-6.
Bosc, R-3.
Bosnière, H-3.
Bosquet, B-2.
Boudin, H-8.
Boulland, H-1.
Boutet, H-10.
Bourdillon, H-15.
Bourdin, H-15.
Bourdin (Mlle), C-1.
Boureau, T-3.
Bourgois, P-3.
Bourguignon, I-16.
Boursat, D-10.
Bousser, E-7.
Boutot, H-8
Boutteau, L-5.
Bouvet, J-13.
Bouvier, K-5.
Boyer, E-5.
Boyer (A.), A-1.
Bozoraze, F-6.
Bozoraze (Mlle), C-7.
Brandy, K-1.
Brehier, P-1,
Bremont, Aa-3.
Bresson, C-6.
Bretey, A-10
Breton (Fr.), G-11.
Breton (René), N-15.
Briau (L.), A-1.
Bridot, A-6.
Brimont, C-7.
Brisard, N-8.
Brisset, I-6.
Brizard, K-3.
Brongniart, Ae-1.
Brosse (Mlle), T-1.
Brulin, W-4.
Bruneau, B-9.
Brunel, B-12.
Brunet, N-15.
Brunet, M-2.
Bruneton, A-10.
Bruneval, Y-3.
Bufnoir, I-2.
Buisson (L.), Q-1.
Burnouf, Q-4.
Busson, C-3.
Butaud, X-2.
Buy, B-9.
Cabaille, J-1.
Cabanel (Mlle), U-1.
Cabrit, J-3.
Cachera, S-4.
Cahen (Mlle M.), Y-1.
Cain, Y-4.
Caillaud, D-2.
Cailleux, Y-4.
Calamy, D-4.
Camail, H-14.
Caména, P-4.
Camps, H-16.
Camus (J.), W-1,
Cannac, D-11.
Cantin, Q-1,

Cao-si-Tan (Mme), Ac-1.
Capandji, G-11.
Capart, A-9.
Caplain, G-7.
Carbonell, F-7.
Carle, T 6.
Carlotti, S-6.
Casalis, B-8.
Casalis (B.-A.), D-7.
Castellant, Ac-1.
Castets, G-1.
Catalette, G-7.
Catonné, F-10.
Cautru, J-6.
Cayet, N-6.
Cazès, R-2.
Chabaud, P-6.
Chabrol, I-15.
Chaignon, N-10.
Chambou, Ah-1.
Champagne (Mlle), N-11.
Champenois, D-13.
Champeval, E-1.
Chapiro (Mlle R.), J-10.
Chapiro (Mlle M.), H-8.
Chapon, D-3.
Charapanowsky, B-6.
Charlol, A-9.
Chatagnon, Q-4.
Chauveau, N-13.
Chauvineau, C-5.
Chavanon, D-16.
Chemin, As-1.
Chennevière, V-1.
Chevallier, B-8.
Chevillon (Mlle), Z-1.
Cheynet, B-2.
Choffé, Y-2.
Chomet, A-4.
Chuit (Mlle), N-3.
Clavel, F-10.
Clément, I-12.
Clément (André), S-4.
Cligny (Mlle), N-13.
Clupot, Q-3.
Cocagne, D-16.
Codet (P.), N-2.
Cofino, H-5.
Cohen, C-6.
Cohen (Asdriel), D-7.
Cohen (Bacric), I-11.
Cohen-Deloro, L-4.
Cohen-Solal, A-5.
Colin, G-1.
Collart, L-2.
Collin, E-8.
Colombu (Mlle), L-1.
Comar, H-3.
Consot, Y-3.
Constant Aj-2.
Constantoulakis, N-13.
Conte (A.), F-7.
Contiadès, A-3.
Corbillon (Mlle), F-1.
Cord, E-4.
Cornier, G-4.
Cossa, C-8.
Coste (P.), B-4.
Costes (L.), J-13.
Cottet, B-2.
Cottet (P.-A.), H-17.
Cottin (P.), L-5.
Coumétou, S-8.
Couperot, P-4.
Couturat, J-8.
Couallier, K-3.
Courbil, B-12.
Courtial, Aa-4.
Courtine (Mlle), K-2.

Courtois (A.), X-1.
Courtois (J.), B-13.
Courtois (M.), Ae-1.
Couty, T-5.
Couvelaire, K-2.
Cretziano, X-2.
Cros, B-4.
Cuénin (Mlle), N-2.
Cuvillier, Af-2.
Danhier, S-13.
Dansaert, B-1.
Dany, T-3.
Danzig, N-11.
Darnis, A-1.
Dauban de Silhouette, R-3.
Dausse, I-2.
David (J.-G.), G-1.
David (J.-P.), C-3.
David (P.), N-12.
Debon, B-6.
Debuire, D-10.
Decante, Aa-4.
Decourt, S-4.
Defaux, J-3.
Delaborde, G-8.
Delaby, F-10.
Delaffond, D-6.
Delafarge, W-1.
Delange, Q-1.
Delay, A-6.
Delattre, C-4.
Delbreil, Ab-2.
Deléage, A-1.
Deleau, Ah-1.
Delmas, A-11.
Delon (Mlle), J-5.
Delorme, G-4.
Deltheil, B-9.
Demailly (R.-E.), U-1.
Demailly, J-4.
Demoly, K-1.
Demirleau, N-8.
Demoulin, V-2.
Deransart, I-12.
Derombies (Mlle), S-10.
Deruas, N-18.
Desbœuf, P-4.
Desbucquois, Z-1.
Deschamps, E-5.
Desgrez, B-15.
Desgruelles (Mlle), X-4.
Deslandres (J.), F-8.
Desoille, Aa-2.
Desormeaux, D-3.
Dessirier, Z-2.
Devaux (J.-G.), F-6.
Devin, J-6.
Develay (Mlle), F-1.
Diriart, G-10.
Domela (Mlle), J-4.
Douady, N-6.
Douville de Franssu (Mlle), S-8.
Douvry, H-3.
Dragomiresco, U-2.
Draillard, J-1.
Dreyfus (M.), E-5.
Dreyfus (P.), N-8.
Dreyfus (Mlle S.), N-12.
Drouhard, P-6.
Dubois (J.), I-3.
Dubois (J.-L.), Y-3.
Du Bouchet (Mlle), F-8.
Ducosté (Mlle), X-2.
Ducourtioux (Mme), B-6.
Dufour, S-2.
Duhamel, Z-1,
Dufet, X-2,

Dulot, L-5.
Dumas, I-10.
Dumon, D-10.
Dupont (Mlle), Y-3.
Dupuy-Dutemps, N-16.
Durand (A.), H-12.
Durand (M.), F-12.
Durand, E-5.
Durel (P.-L.), Ae-1.
Durel, H-3.
Durieux, U-2.
Durmeyer, T-5.
Durrbach, S-8.
Dutray, N-9.
Duval, N-5.
Duvernois, B-3.
Elboz, H-16.
Eliascheff, K-2.
Eliet, N-3.
Enriquez, A-1.
Espinosa (Mme), D-14.
Etcheborne, T-5.
Fabre (J.-E.), I-15.
Fabre (G.), N-3.
Fagnière Mlle), S-8.
Faquet, F-7.
Falaise, N-2.
Falguière (Mlle), X-4.
Farah, N-9.
Farell O'Reilly, R-1.
Fau, W-2.
Fauvert, P-2.
Favre (F.), L-4.
Fayot, T-3.
Fayot (Mlle), I-4.
Fellous, Y-1.
Ferrand (P.), T-7.
Ferrer, N-5.
Ferrière, U-2.
Feuillastre, B-7.
Fichet, I-7.
Ficonetti, H-6.
Fiehrer, A-6.
Filliozat, J-4.
Fischbacher, M-3.
Flahaut, F-9.
Fort (R.), Ad-1.
Fort (Roger), N-17.
Forthomme Mlle), J-9.
Fortier, Aa-1.
Fortin (A.), I-8.
Fortin (R.), I-8.
Foubert, S-10.
Foucaud, E-6.
Fourcade, C-9.
Fourniat, A-11.
Fournié (F.), L-1.
Fournié (Roger), N-3.
Franco, Af-1.
Fraenkel, A-3.
Frémont, F-1.
Friedmann, D-5.
Froin, J-1.
Fromont, G-3.
Fron, E-6.
Gabriel, X-1.
Gadaud, K-2.
Gagneur (Mlle), C-6.
Gallot, Aj-2.
Gandy, G-2.
Gardette, F-12.
Garnier (A.), H-7.
Garnier (J.), R-3.
Garnier (Pierre), Aa-2.
Gasne, J-5.
Gasne (A.), B-5.
Gastaud, J-5.
Gaston (A.), E-2.
Gaston (R.), B-2.
Gaudin, D-7
Gautheron (Mlle), N-12,

Gauthier, N-16.
Gavois, C-3.
Gencel, M-4.
Gérard, F-5.
Giard, R-3.
Gibert, D-11.
Gibert (Paul), E-9.
Gilbrin, E-4.
Gillard, H-13.
Ginestet, W-2.
Giorgi, G-2.
Girard, L-1.
Girardeau (Mlle), C-2.
Glaive, H-2.
Gliksmann (Mlle), X-9.
Gloppe, M-6.
Glotz, (Mlle), C-4.
Gluck (Léon), A-6
Gluck (Col.), R-3.
Gobert (Mlle), Ac-1.
Goguel, C-10.
Goidin, D-8.
Golé, C-2.
Goliger, T-5.
Gopcevitch, X-2.
Gordon, Q-1.
Gorecki, N-7.
Gorelick, J-10.
Gorodiche, F-1.
Goulet, T-5.
Gourdon, F-1.
Goutailler, D-9.
Gouyen, S-1.
Graffin, I-7.
Grancher, I-3.
Grand, Ab-2.
Grand (Mlle), I-5.
Grange, Q-4.
Grasset (J.), E-1.
Grasset (J.), S-1.
Grégoire, B-7.
Grenaud, A-10.
Grenierboley, N-2.
Grévin (J.), W-4.
Grintzesco, A-7.
Griveaud, Q-3.
Grollet, C-1.
Grozieux de Laguerenore, H-10.
Guéret, M-8.
Guérin (Henri), Af-2.
Guerlot, T-5.
Guéry (Mlle), N-13.
Guibé, D-6.
Guichard, N-11.
Guiheneuc, Q-3.
Guillain, M-3.
Guillemin, C-2.
Guillermon, Ah-1.
Guilloux, C-5.
Guisoni, Z-1.
Guran, G-3.
Guyber de la Beausserie, M-7.
Guyon, C-7.
Guyot, (Jean), S-7.
Guyot, Ae-1.
Hage, X-8.
Haick (Henri), K-3.
Haick (Mme), I-11.
Halphen, P-3.
Hallard (Mlle), U-1.
Hambourg, D-5.
Hamelin (J.), F-1.
Hamelin (R.), E-2.
Hamon, Q-1.
Harmann, J-4.
Havret, N-18.
Hayon, B-6.
Hébert, (R.), D-4,
Héber-Suffrin, C-8.
Heim de Balzac, J-1.
Heim de Balzac, L-3.

Heimann (Mlle), F-1.
Hélion, G-7.
Hénault, H-12.
Hennion, B-3.
Henrion, F-9.
Henriquetz, K-3.
Henry (Mlle Sim.), J-7.
Henri (G.), S-9.
Hepp, G-2.
Hermann (P.-A.), B-4.
Hermann Y-2.
Hermabessière, B-9.
Herr (Mlle), M-4.
Herry, Aj-1.
Hesse (J.), B-5.
Hesse-Didier, G-10.
Hirsch, H-13.
Hirsch (Mlle), N-12.
Hirschberg, N-10.
Ho-Dac-Di, C-1.
Hodanger, M-3.
Hogarth, E-5.
Horovitz, A-5.
Hortopan, P-3.
Houlnick, H-1.
Houlnick (G.-H.), N-1.
Houzeau, S-7.
Hubert, H-8.
Huguenin, U-1.
Huret, A-4.
Hurez (André), G-5.
Hussenstein, N-4.
Hutin, Aa-4.
Hyronimus, L-1.
Iliosberg, E-5.
Iliovici, E-7.
Illaire, B-4.
Jacob (Mlle), E-2.
Jacobé, F-7.
Jalley, A-9.
Jammet (Mlle), E-6.
Jardet, X-9.
Jaudel, F-9.
Janueau, N-11.
Jeannacopoulo (Mlle), H-8.
Jeanne (H.), K-5.
Jeantet, S-7.
Jehiel-Benoist, D-1.
Joly (F.), Aj-2.
Joly, (M.), N-9.
Jomain, I-10.
Joseph (R.), I-2.
Josset, S-11.
Josso, A-11.
Jouanneau, F-6.
Jourdan, C-3.
Judde, A-7.
Judet, I-10.
Jullien (Rob.), Ac-1.
Jurist, M-4.
Jusseaume, X-5.
Katchoura, M-4.
Katz, H-13.
Kaufmann, I-4.
Kaz (Mlle), P-4.
Kempel, N-18.
Kenesi, M-7.
Kindynis, A-6.
Klotz, B-7.
Koang, P-2.
Kreyts, L-1.
Kuntz-Lavroff, Ah-1.
Kyriaco, W-3.
Labat de Lambert (Mlle), S-2.
Labesse, L-16.
Laborde, A-9.
Lacaille, R-1.
Lacau, X-2.
Lacaze, I-1.
Lachter-Pachter, N-11.

Lacoste, M-5.
Lacroix, N-6.
Lacurte, Z-2.
Lafay, F-5.
Laffitte, T-3.
Laflotte, I-8.
Lagarrique, Z-3.
Lagasquie, H-6.
Lair, M-8.
Lainé, T-5.
Lamberjack (Mlle), Q-4.
Lamouche, F-2.
Lamy, G-5.
Lançon (R.), D-4.
Landrieu, X-9.
Lang, J-7.
Lang (Mlle), N-11.
Langlois D-12.
Langumier, M-1.
Lannegrace, D-9.
Laouennan, B-12.
Lapeyre, L-1.
Lapiné D-14.
Laporte, N-1.
Laquerrière, N-9.
Lardat, P-5.
Lardennois, I-2.
Lardier, B-3.
Laroche, N-4.
Lassery (Mlle), H-5.
Lataix, D-13.
Lataste (Mlle), J-10.
Laude, D-9.
Lauprête, W-4.
Laurent, I-6.
Laussel, G-1.
Lavoipierre, F-11.
Lazerme, I-7.
Le Baron (R.), N-5.
Lebecq (Paul), A-9.
Lebel, D-8.
Lebenthal, I-6.
Lebis, H-5.
Leblanc, T-5.
Lebourlier (Mlle), B-4.
Lebovitz, C-11.
Lecadre, X-1.
Lecoconier, B-2.
Lecoq (Mlle L.), N-2.
Lecomte (Mme), N-3.
Lecomte, G-1.
Leconte (Mlle), J-3.
Leconte K-1.
Leconte (H.), C 9.
Lecourt, W-9.
Léculier, J-6.
Le Diouron (Mlle), Z-2.
Lefebvre, O-1.
Lefèvre, W-1.
Lefranc, N-15.
Le Garrec, N-9.
Legrand (Mlle), T-1.
Le Guay, H-10.
Le Guet, N-16.
Lelièvre, Af-2.
Lelièvre (A.-M.), D-15.
Lellouche, I-9.
Le Loupp, H-4.
Lelourdy, H-1.
Lemaire, T-1.
Lemaire (Mlle), B-1.
Lemaitre. H-9.
Le Maux (Mme), H-1.
Lemoine (Jean), Ac-1.
Le Moniet, D-8.
Lepage, E-4.
Le Parquier (Mlle), Ae-1.
Lepart, A-6.
Lépine (Mlle), P-3.
Leproust, Af-2.
Le Rochais, H-14.

Lerolle, B-9.
Leroy (René), Y-2.
Leroy (Jean), F-10.
Leroy (Rob.), G-2.
Letailleur (Mlle), D-2.
Levassor (Paul), I-6.
Leviez, N-6.
Levina (Mlle), A-3.
Lévy (Emm.), H-14.
Lévy (Stéphan), E-7.
Lévy-Klotz, G-1.
Lévy-Missin, Ae-1.
Lewin, F-5.
L'Hoir, S-6.
Lieffring, I-11.
Limal, H-12.
Limasset, F-9.
Lindemann, T-5.
Lionnet, H-3.
Liquier, B 6.
Logeat, J-9.
Loisel (Guy), U-2.
Longuet, X 5.
Loriot (Mlle), R-3.
Lortat-Jacob, Aa-1.
Loup, N-12.
Louvet, G-4.
Louvet (Louis), H-2.
Lowenbruck, M-2.
Lucas, J-2.
Lucchetti, D-16.
Luthereau, J-12.
Macasdar, U-1.
Macé, V-3.
Macé de Lépinay, C-6.
Macon, Ae-1.
Magat, K-4.
Magloire, E-5.
Magnien, G-13.
Magnin, J-5.
Magnin, N-8.
Magrah (Mlle), M-5.
Mahieu, B-2.
Maire (J.), W-2.
Maire (R.), P-1.
Maison. G-2.
Makhluf, J-10.
Maksud, N-4.
Maleplate, J-3.
Manou, N-1.
Mantion, K-4.
Maraval, S-11.
Marceau, I-5.
Marcus, Aa-1.
Marian, H-6.
Mariani, N-4.
Mariani, Y-5.
Maricot, N-5.
Marie (Julien), Ad-1.
Marie (R.), I-5.
Marion (A.), H-12.
Marion, F-1.
Maroger, B-7.
Marot, I-1.
Mars, D-5.
Martin (Ch.-R.), G-9.
Martin (H.), G-13.
Martin (Jean), S-8.
Martin (J.-P.), J-10.
Martin (René), H-2.
Marx, J-4.
Masquet, I-2.
Masquin, I-6.
Masselin, J-10.
Massier, B-8.
Masson, N-7.
Mathan, H-6.
Mathis, F-7.
Maunoury (Mme), Aj-2.
Mauric, L-5.
Mayo (Mlle de), F-1.
Mégret S-2.
Meidinger, J-3.

Meilland, M-4.
Meinier (Mlle), S-7.
Meizel, J-1.
Melun, F-5.
Mencière, G-7.
Mercier, W-2.
Mercier (Mlle), Q-4.
Merger, S-1.
Merigot, W-2.
Merlaud, K-3.
Merle, B-6.
Menneret (Mlle), A-1.
Menillet, N-3.
Mesplomb, N-12.
Messimy, R-2.
Métais, N-3.
Meyer (And.), D-1.
Mézard, L-5.
Mézard (J.), T-6.
Mialaret, N-4.
Michaut, K-1.
Migault, F-11.
Miget, N-14.
Milhiet, D-4.
Milleret, H-2.
Mimin, G-10.
Miniet, C-10.
Mirallie, S-6.
Moline, A-1.
Monnerot-Dumaine, G-9.
Monnier, X-8.
Monod, P-1.
Montant, L-7.
Montauzon (Mlle de), B-3.
Morchain, H-6.
Moreau (Mlle), I-1.
Moret (Mlle L.), N-9.
Moricard, I-8.
Morin (Mlle), N-1.
Mornas, A-6.
Motz E-5.
Motz, M-3.
Moullard, H-2.
Mouneyrat (Mlle), A-3.
Moureau, I-16.
Mourrut, N-2.
Moussotte, N-15.
Moutard, R-2.
Moutarde, N-14.
Moutet (Mlle), F-1.
Moyse, I-3.
Moyse (P.), E-4.
Moyse (Mme), T-3.
Muffang, F-2.
Munié (Georges), W-4.
Munier (Mlle), A-4.
Nadji, L-3.
Naggiar, H-7.
Nanjot, A-6.
Nataf, B-1.
Natier, Q-3.
Nazarian, F-7.
Néron, E-8.
Nicolas, D-5.
Nicolle, R-1.
Nigay, F-10.
Noirot, B-11.
Nomblot, X-5.
Nouail, F-2.
Noury, F-2.
Odru (Mlle), B-6.
Ogliastri (Mlle), T-1.
Oguse (Mlle), S-4.
Ollivier (H.), N-7.
Omnès, I-4.
Oppenot (Mlle), N-15.
Ortegat, B-4.
Paille, G-11.
Palisse (Mlle), X-5.
Palma (de), P-1.
Palmer, I-5.
Pannier (P.), N.

Parent (M.-M.), A-5.
Parent, H-4.
Parienté (J.), D-10.
Parienté, I-10.
Paris (A.), S-1.
Parlier, I-8.
Parmentier, F-1.
Parnet, F-9.
Paschetta, C-1.
Patez, M-4.
Patte, B-5.
Pau (Mlle C.), Y-1.
Paublan, N-1.
Pauc (Mlle), P-6.
Paucher, D-15.
Paul (Ch.), B-1.
Pautrat, O-1.
Payot, F-12.
Péchenard, (Mlle), S-11.
Pellegrin, U-2.
Peney, B-7.
Penteuil, D-14.
Perachon, C-4.
Peretti (Mlle J. de), Z-1.
Peretti (Mlle de), Q-4.
Périer, C-6.
Périn (René), G-3.
Perrault, Q-3.
Perrin (Mlle), B-7.
Pescaroto, C-7.
Petit (M.), N-1.
Petit (P.), S-8.
Petit (R.), T-3.
Petitbon (Mlle), Ab-1.
Peytavin, F-6.
Philippon, Q-2.
Picarda, N-2.
Pichon, Y-2.
Pichot (Mlle), M-1.
Picot, U-1.
Picot (Jean), J-3.
Piel, H-10.
Pierre (Félix), N-13.
Pierredon (Mme de), F-8.
Pierron, P-4.
Pigache, Y-5.
Pillière de Tanouarn, H-12.
Pinel (Mlle), E-5.
Piollet, K-2.
Pissard (Mlle), Ab-1.
Pithon (Mlle), N-8.
Piton, H-12.
Plat, I-4.
Plessier, M-1.
Poileux, V-1.
Poinceau, J-7.
Poirier, I-9.
Poisson, Q-4.
Polacco (Et.), G-8.
Pollack, F-10.
Polovski, Ac-1.
Pompanon, S-2.
Poret, H-7.
Porin, E-3.
Postel, A-1.
Potiquet, B-12.
Pottier, X-2.
Pouey, A-2.
Pougin, C-4.
Poulain (Mlle O.), D-12.
Pradier, K-3.
Prat, N-5.
Preux, H-2.
Prévost (And.), X-1.
Prugniaud, B-4.
Prunet, G-8.
Puccinelli, H-16.
Puyaubert, E-1.
Puymartin, M-7.
Pyt, N-13.

Queinnec, C-7.
Quénée, F-6.
Quereilhac, H-14.
Quériault, Af-2.
Rabetrano, N-3.
Rachelsberg, C-6.
Raganeau, I-10.
Ranglaret, N-4.
Raoul (Duval), D-9.
Rauch, F-2.
Raymond, F-6.
Reboul, I-10.
Redaud, T-1.
Regaud, N-4.
Regnault, F-12.
Rétat, A-2.
Revel, G-7.
Reyt, W-9.
Ribadeau-Dumas, X-1.
Ribérol, H-1.
Richard, V-1.
Riom, S-4.
Rist (Noël), J-3.
Rivierez, H-1.
Robert (J.), O-1.
Robert (Paul), P-4.
Robert (Yvon), B-8.
Robert (Mme), J-4.
Robine, I-5.
Roeder, Q-3.
Roederer (Mlle), G-3.
Rogès, I-13.
Romeyer, I-13.
Ronceray, J-2.
Rondepierre, Ag-1.
Ronget (Mlle), S-10.
Roquejeoffre, G-2.
Roseau, D-10.
Rosier, N-6.
Rouart, J-6.
Rouchaud, N-16.
Rouher, K-3.
Roulin, B-5.
Rouquès, J-8.
Rousseau, D-8.
Rousseau, X-5.
Rousseau (G.), R-3.
Rousset, I-15.
Roussy (Mlle), E-6.
Roux (Mlle), G-4.
Rouzaud, Af-2.
Roy (L.), N-6.
Royer de Véricourt, N-6.
Rubat de Mérac, Y-2.
Rudaux, X-1.
Rudler, O-1.
Sabetay, H-7.
Sabourin, N-11.
Sacuto, S-2.
Saint-Cène (Mlle), Aa-3.
Saint-Laurent (Mlle), O-1.
Sulgo, D-16.
Sallet, A-1.
Salmon (J.), B-3.
Salomon, F-1.
Samana (Mlle), J-1.
Sambron, O-1.
Samitca, T-1.
Sanz, P-2.
Saraudy, Q-1.
Sassier, N-15.
Sautet, Q-1.
Savigny, Q-3.
Schalek, D-6.
Schapiro (R.), N-1.
Schatz, N-12.
Schiever, D-4.
Schlessinger, P-3.
Schmitt, J-1.
Schwartz, I-11.
Schwob, H-6.

Segrestaa, M-6.
Seguinot, A-1.
Seidmann, F-2.
Séjournet, R-1.
Selikovitch (Mlle) Ab-1.
Senequin, Ah-1.
Sénoze, A-9.
Sentis (Mlle), V-1.
Sergent (H.), I-7.
Sergent, Z-2.
Servy, R-1.
Sevin, F-10.
Sidi, B-8.
Sifflet, W-4.
Smirssoff, (Mlle), F-9.
Soleil, V-2.
Soleillant, V-2.
Solignac, T-8.
Soria, Ae-1.
Soria (de), I-9.
Souilhé, B-8.
Soullière, J-1.
Sourice, W-3.
Spatzierer, N-5.
Sterbini, C-11.
Stérianos, N-2.
Stérin, J-8.
Stoeber (Mlle), N-4.
Strouzer, D-9.
Sthul, I-17.
Sustendal, N-6.
Swirsky (Mlle), S-6.
Sylvestre, B-10.
Szymkiewicz, C-6.
Tabuteau, Aa-3.
Tacquet, T-6.
Taquet, B-5.
Tardif, B-8.
Tavennec, B-7.
Tchou, E-3.
Tellier, J-5.
Terrade, D-18.
Terrenoire, A-3.
Testu, X-2.
Thévenin, B-1.
Thévenard, N-18.
Thiboumery, I-5.
Thiercelin, W-1.
Thiéry, N-1.
Thoizon, A-10.
Thomas, C-2.
Thorel, I-11.
Thouzard, F-7.
Tilman, T-7.
Timsit, F-7.
Tixier, E-7.
Topart, I-12.
Toubiana, G-9.
Touchard, I-13.
Toulemonde, E-7.
Tournant, D-1.
Trial, A-2.
Trivas (Mme), B-10.
Trocmé, N-8.
Trousson (Mlle), D-14.
Trubert, D-1.
Tschudnowsky, D-12.
Tubiance, I-4.
Turpault, M-7.
Uhry, B-7.
Ulmann (Mlle), G-12.
Urçat (Mlle), S-6.
Vachey, X-8.
Vaissié, L-7.
Valençon, F-5.
Valentin, X-5.
Valois, Ag-1.
Vandenbosche, H-3.
Van der Elst, S-1.
Vannier, F-8.
Vannier (E.-L.), S-1.
Vanier (Jean), L-6.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1926)

Vaccination du lapin contre l'inoculation intracérébrale de virus rabique fixe, par inoculation sous-cutanée des mélanges virus-sérum de vipère, de couleuvre ou de hérisson avec excès de virus. — Mme Phisalix.

L'influence des ligatures vasculaires sur la gangrène gazeuse expérimentale. — MM. Loubat et Duférié. Les faits expérimentaux apportés par les auteurs montrent que si l'écrasement musculaire produit un terrain de choix pour l'évolution des microbes de la gangrène gazeuse, l'ischémie liée à l'oblitération de l'artère principale constitue de son côté une cause favorisante très importante pour l'éclosion et la diffusion de la gangrène gazeuse. Celle-ci revêt aussitôt une forme particulièrement grave si la virulence microbienne est nette. La ligature permet, de plus, l'accession à la virulence de cultures inoffensives pour les tissus sains.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1926)

Le cancer. — M. Ménétrier lit un très intéressant travail dont le titre seul indique la conclusion : *La fréquence réelle du cancer à Paris, il y a un siècle était la même qu'aujourd'hui ;* conclusion un peu inattendue, car, surtout dans ces dernières années, chaque fois qu'on nous parlait de cancer on insistait sur sa plus grande fréquence. Remontant à ses travaux datant du début du XIXe siècle et à diverses statistiques notamment celles fournies par Bayle en 1816. M. Ménétrier montre que la mortalité par cancer était alors aussi élevée que maintenant et que les constatations de Bayle notaient déjà la grande fréquence des cancers gastriques, vérifiés à l'autopsie.

Résultats des essais de prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin B C G. — M. le professeur A. Calmette fait connaître à l'Académie les résultats des essais qu'avec ses collaborateurs de l'Institut Pasteur, C. Guérin, L. Negre, A. Boquet, Wilbert, et avec le concours des docteurs B. Weill-Hallé et Turpin, il poursuit depuis cinq ans sur la prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose au moyen du vaccin B C G (bacille Calmette-Guérin).

Ces essais portent actuellement en France sur plus de 5.000 enfants, en Belgique sur 117, en Indochine sur 3.352 et au Sénégal sur 218, de sorte qu'ils ont été effectués chez différentes races humaines.

Alors qu'en Europe la mortalité par tuberculose parmi les enfants de zéro à un an, nés et élevés dans un foyer familial contaminé n'est jamais inférieure à 25 p. 100 (à Paris, elle est de 32,6 p. 100), la mortalité par tuberculose des nourrissons vaccinés par le B C G n'atteint pas 2 p. 100. La vaccination permet donc de sauvegarder au moins 93 p. 100 des enfants qui, sans elle, succomberaient fatalement à la tuberculose dans la première année de leur existence.

Des faits expérimentaux et des observations réunis depuis cinq ans, le professeur A. Calmette croit pouvoir conclure que la prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le B C G est sûrement inoffensive et que son efficacité paraît actuellement démontrée. En conséquence il y a lieu d'encourager les médecins à utiliser cette méthode et à la conseiller surtout aux familles dont les enfants sont exposés au contact de bacillifères. « Il doit être entendu toutefois, ajoute-t-il, que cette vaccination ne saurait dispenser des mesures d'hygiène susceptibles d'empêcher ou de raréfier les contaminations massives. »

Comité secret. — L'Académie se forme en Comité secret pour établir la liste des candidatures à la place vacante dans la Section des membres libres par suite du décès de M. Desnos, et pour entendre un rapport de M. Fourneau sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la sixième division (pharmacie).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1926)

Localisations familiales électives de la syphilis. — M. Ch. Flandin rapporte un certain nombre de cas de syphilis familiale aortique ou hépatique. Discutant la pathogénie de ces localisations familiales électives, l'auteur montre le rôle prépondérant du mode de contamination et du terrain contaminé. L'hérédité crée des fragilités organiques électives, ce qui explique les mêmes localisations viscérales de génération en génération ; le genre de vie crée également des sensibilités organiques particulières, ce qui explique la similitude d'évolution chez le mari et chez la femme, chez deux frères exerçant le même métier, chez des individus de même formation et de même profession.

M. A. Marie signale deux cas dans lesquels le père est mort de paralysie générale et le fils présente une paralysie générale infantile par hérédo-syphilis. Il a pu réunir 500 cas de paralysie générale conjugale et 6 cas d'hérédo-syphilis neurotrope. Il présente, en outre, un Annamite âgé de trente-deux ans, atteint de paralysie générale, afin de montrer que la syphilis nerveuse s'observe chez les Asiatiques, les Arabes et aussi aux Indes.

A propos de l'abcès de fixation. — M. Boidin, contrairement à l'opinion de M. Comby, signale plusieurs cas d'encéphalite épidémique dans lesquels l'abcès de fixation a guéri les poussées aiguës, ainsi que plusieurs observations de méningites cérébro-spinales à méningocoques dans lesquelles le sérum étant resté inactif, l'abcès de fixation a amené la guérison.

Un cas d'infarctus du myocarde. Etat de mal angineux hyperalgique. — MM. J. Weissenbach et M. Kaplan rapportent l'observation d'un homme de soixante-deux ans qui succomba, en une huitaine de jours, à un état de mal angineux au cours duquel les douleurs irradiées furent particulièrement violentes, prolongées et surtout étendues. A l'autopsie, on constata l'existence d'un volumineux infarctus récent du myocarde, étendu à la paroi postérieure et interne du ventricule gauche et à toute la masse du pilier antérieur de la mitrale. Les auteurs décrivent sous le nom d'état de mal angineux hyperalgique un syndrome qui traduit cliniquement la production et l'évolution de certains infarctus du myocarde, constitué par les caractères spéciaux de la douleur angineuse et des douleurs irradiées, la fièvre et des signes d'insuffisance cardiaque rapides.

Importance du dosage de l'urée sanguine dans le coma diabétique. La mort par coma urémique. — MM. Pr. Merklen, M. Wolf et P. Bicart rapportent l'histoire d'une comateuse diabétique chez qui l'insuline a fait baisser la glycémie de 5g30 à 1g20, a fait disparaître la glycosurie et a fortement diminué l'acidose. Mais, en même temps, s'installaient

des phénomènes rénaux, oligurie, albuminurie, cylindrurie, azotémie de 1g33. La malade succomba, avec une amélioration des symptômes diabétiques, à des accidents de néphrite aiguë, oligurique et azotémique. Avec M. Ambard, les auteurs ont déjà expliqué que l'insuline fait le départ, par son action curative, entre ce qui, chez un malade, revient à l'intoxication diabétique et à l'intoxication rénale. Avec lui, ils ont également prouvé que l'acidose peut être nocive pour les reins, même avec une grande rapidité. Le fait actuel, joint à d'autres publiés çà et là, vient à l'appui de cette assertion.

A propos de la mélanodermie addisonienne. — MM. Loeper, Delcourt et Ollivier.

Variétés de l'encéphalite épidémique dans la région lyonnaise. — M. Bériel (de Lyon).

Fréquence des perforations pulmonaires au cours du pneumothorax double simultané. — M. Burnan.

Présentation d'un appareil destiné à mesurer le coefficient d'utilisation de l'hémoglobine. — M. Godel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1926)

Mycosis osseux. — M. Lecène fait un rapport sur une observation de MM. Combier et Murare (du Creusot). Il s'agit d'une fillette de onze ans qui présentait des phénomènes d'arthrite du genou à allure particulière ; chute brusque de la température, cessation des douleurs. Après des recherches plus attentives, on reconnut qu'il s'agissait d'un mycosis osseux, qui est resté guéri depuis six ans, après une très légère intervention et un traitement iodé intensif. Ces faits sont très rares.

M. Moure reconnaît que ce sont là, en effet, des affections rares qu'on ne trouve que quand on les cherche. Il les a recherchées avec soin et n'en a trouvé que quatre ou cinq cas. On les trouve le plus souvent chez les gens qui recherchent des champignons dans les bois.

M. Sorel s'est occupé également de rechercher ces affections mycosiques qui sont, en effet, très rares.

M. Lecène fait observer qu'elles présentent toutefois une évolution toute particulière qui peut permettre de les reconnaître cliniquement.

Contre-indications opératoires dans certains ulcères gastriques. — M. Grégoire reconnaît tout d'abord que la technique opératoire des ulcères gastriques est aujourd'hui bien établie et donne le plus généralement des résultats satisfaisants. Toutefois, dans certains cas, l'évolution des ulcères gastriques présente certaines complications infectieuses qui rendent très dangereuse l'intervention chirurgicale.

M. Grégoire apporte deux faits :

Premier cas. Femme atteinte d'ulcère gastrique, douleurs plus vives et continues, hématémèse, température à 39 degrés, pouls à 140. Refroidissement, température à 37 degrés. Alors intervention, excision de l'ulcère, opération correcte. Le second jour la température remonte à 39 degrés et le pouls 140. Mort. A l'autopsie, pas de réaction péritonéale, sutures étanches. Infiltrations diffuses, dont M. Grégoire nous montre une série d'épreuves à l'écran.

M. Grégoire se reproche d'avoir opéré cette malade trop tôt.

Deuxième cas, analogue au premier. Mêmes accidents de douleurs, d'hématémèse, de vomissements, d'élévation de la température et du pouls. Chez cette malade, M. Grégoire a attendu six semaines après la chute de la température pour l'opérer. Suites bonnes. Guérison.

Lorsque apparaissent ces divers symptômes, élévation du

pouls et de la température, douleurs s'accentuant et devenant continues, avec défense musculaire, hémorragies (ce dernier signe très important au point de vue de l'infection), il faut bien se garder d'opérer ces malades au cours de ces accidents infectieux, et il faut attendre assez longtemps après la disparition de tous ces symptômes pour opérer.

Telle est la conclusion de M. Grégoire, conclusion qui confirme celle qu'a faite M. Duval dans un récent travail sur le même sujet.

M. Pierre DUVAL apporte une observation personnelle à l'appui de celle de M. Grégoire. Homme de trente ans, douleurs gastriques, vomissements abondants si fréquents que toute alimentation devient impossible. Radioscopie, ulcère gastrique. Pas d'hématémèse, température peu élevée. L'impossibilité de l'alimentation pousse M. Duval à opérer. Le lendemain, 39°5 de température, puis 40 degrés. Mort. A l'autopsie pas de réaction inflammatoire du péritoine. Sutures étanches. Infection streptococique, infiltrations péri-ulcéreuses, ainsi qu'on peut le voir sur les pièces présentées à l'écran par M. Duval.

Cette observation confirme de tous points celle de M. Grégoire et aboutit aux mêmes conclusions.

Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Dujarier, Cunéo, Lecène, Grégoire, Duval, Louis Bazy, discussion d'où il résulte que ces infections péri-ulcéreuses peuvent être diagnostiquées, qu'elles sont une contre-indication formelle à l'opération et que celle-ci ne doit être pratiquée qu'à froid.

Les complications pulmonaires à la suite des opérations gastriques. — M. GOSSET fait une communication sur ce sujet. Sur 248 opérations gastriques faites dans son service en 1925, il y a eu 7 fois des complications pulmonaires mortelles, soit environ 2 p. 100. M. Gosset résume les 7 observations des malades morts de broncho-pneumonie.

Après avoir essayé, sans succès, une vaccination préopératoire proposée par M. Lambret, M. Gosset a eu recours à l'injection au malade de son propre sang.

Remarque importante que fait M. Gosset. On ne voit pas de complications pulmonaires, à la suite d'opérations gastriques, dans les maisons de santé. On n'en constate qu'à l'hôpital.

M. GERNEZ demande à M. Gosset s'il fait l'incision verticale ou l'incision transversale. Cette dernière, selon lui, devant moins exposer aux complications pulmonaires.

M. GOSSET ne croit pas à l'influence de telle ou telle de ces incisions.

M. SCHWARTZ a fait la même observation que M. Gosset sur la fréquence beaucoup plus grande de ces complications pulmonaires à l'hôpital que dans les maisons de santé.

M. J.-L. FAURE croit que cette différence s'explique par les multiples causes d'infection qui se rencontrent dans nos services hospitaliers et non dans les maisons de santé.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCES DES 20 JANVIER ET 3 FÉVRIER 1926)

Tétanos secondairement paraplégique guéri par la sérothérapie. — MM. BOUNHOURE, ANDRIEU et LEMAISTRE insistent encore une fois sur les bons effets de la sérothérapie massive dans les tétanos à incubation prolongée. Leur malade a reçu 1500 centimètres cubes de sérum antitétanique par voie sous-cutanée, sans présenter le moindre accident sérique.

Rétention placentaire datant de deux ans, sans signes cliniques. — M. DALÉAS insiste à propos de cette observation, sur la fréquence des rétentions placentaires consécutives aux avortements des premières semaines ; elles sont souvent méconnues et peuvent être la cause de certains cas de stérilité.

Rétrécissement mitral et grossesse. — MM. AUDEBERT et R. SOREL établissent une différence capitale entre les lésions valvulaires acquises, qui comportent au point de vue des suites de couches un pronostic réservé, et les lésions mitrales congénitales qui sont souvent compatibles avec plusieurs grossesses.

Tension artérielle normale après 1500 injections sous-cutanées d'adrénaline. — MM. Jean TAPIE et ANDRIEU présentent une asthmatique qui, après 1500 injections d'adrénaline de un milligramme, conserve une tension artérielle normale. Le rythme cardiaque est un peu lent, mais régulier; il n'existe aucun signe de fléchissement du myocarde.

Cette observation apporte encore une fois la preuve que l'adrénaline administrée par voie hypodermique est dépourvue de toute action hypertensive. L'emploi de doses considérables et longtemps prolongées de cette substance est compatible avec un fonctionnement normal de l'appareil cardio-vasculaire.

Un cas de thyroïdite suppurée à pneumocoque. — MM. BAUDET et CONDANÉ ont vu apparaître chez un pneumonique, quinze jours après la défervescence, un volumineux abcès thyroïdien. L'incision donna issue à un flot de pus verdâtre dont l'ensemencement a fourni du pneumocoque III à l'état de pureté. Guérison immédiate.

Atrophie optique d'origine syphilitique. — MM. CALMETTES et GISCARD.

Un cas de phlébite ourlienne. — MM. IZARD et SAUTRIAU rapportent un exemple de cette rare complication des oreillons. Cette phlébite, très tenace, a débuté quinze jours après l'apparition d'une orchite double. L'infection veineuse est probablement consécutive à la localisation testiculaire, le virus gagnant la saphène interne soit par l'intermédiaire des veines déférentielles, soit par la voie des honteuses externes.

LIVRES NOUVEAUX

La Pratique des déviations vertébrales (1),
par Carle RŒDERER et René LEDENT.

Bien des praticiens vivent encore sur des idées fausses au sujet de la scoliose.

Beaucoup, la grande majorité certainement, ne sont pas pénétrés de l'importance du traitement des déviations rachidiennes à leur début. Ils les considèrent comme de simples attitudes vicieuses sans importance ; ils sont portés à accepter les suggestions de la famille : « Ce n'est rien, cela se passera avec la formation, etc. » Et cela d'autant plus que la famille acceptera difficilement un traitement sérieux qui dérangera, voire interrompra les études de l'enfant, traitement qui est compliqué, coûteux, long, et qui semble disproportionné avec le peu d'importance de l'affection.

D'autre part, plus tard, lorsque le rachis s'est effondré, et que l'enfant qui n' « avait rien » est maintenant un bossu, les praticiens se laissent volontiers aller à un pessimiste néfaste. Ne croyant plus à l'efficacité d'aucune thérapeutique et se contentant d'adresser au petit bonheur le malade à un marchand d'appareils qui fabriquera un corset cache-misère quelconque, inefficace, coûteux, souvent offensant et pénible à porter.

Voici un livre qui s'adresse au praticien pour l'éclairer, pour lui montrer qu'il a tort; qu'au début, tout au début, les déviations du rachis sont curables, à condition de se donner la peine de les soigner sérieusement. Il fournira au praticien les arguments pour convaincre la famille de l'importance de ce traitement, pour le diriger dans le choix de sa thérapeutique. Il le guidera de même à toutes les périodes de l'affection, lui montrant que dans toutes ses étapes on peut faire toujours quelque chose pour un déformé du dos, mais à condition encore de faire ce qu'il faut, c'est-à-dire de confier le traitement à des mains compétentes, de l'accepter avec confiance, de l'exécuter avec foi.

Un tel livre ne s'analyse pas. Entièrement fait de pratique personnelle, il ne prend pas la forme didactique, n'expose pas tout ce qui a été fait, mais ce que l'auteur fait, ce qu'il croit bon de faire dans les différents cas qu'il rencontre. Sa lecture est facile, attrayante même. Edité avec soin, 215 figures originales commentent heureusement le texte.

Lisez-le vous en tirerez certainement grand profit.

M. LANCE.

(1) In-8 de 380 pages avec 215 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Cuisine diététique. Guide pratique pour la préparation des aliments destinés aux malades (1), par le docteur et Mme Henri LABBÉ.

On publie actuellement beaucoup de livres de cuisine diététique et c'est fort bien, car vraiment, jusqu'ici, les pauvres malades étaient un peu trop négligés. Parmi les meilleurs de ces traités figure celui de M. et de Mme Labbé; à cette tâche, d'ailleurs, ils se trouvaient admirablement préparés par les conférences qu'ils donnent, depuis dix ans, avec un succès croissant, à la Société d'hygiène alimentaire.

Leur livre se recommande par sa clarté et sa précision. Ils indiquent, en effet, non seulement les règles qui doivent être observées pour chaque catégorie de préparation, mais encore ils indiquent le mode de préparation de chaque plat ainsi que sa composition et même sa valeur calorimétrique. Cette dernière donnée n'a qu'une valeur relative, puisque chaque organisme, surtout malade, utilise les aliments à sa manière, mais elle est commode pour organiser approximativement une ration. De nombreux tableaux, fort bien compris. résument, de façon simple et pratique, tout ce qu'il est indispeusable de connaître pour l'apprêt culinaire et la composition des différents mets.

Il n'est pas besoin, pensons-nous, d'insister sur l'utilité de ce livre, qui constitue un guide précieux pour tous ceux qui s'occupent de diététique. Ainsi que le dit le professeur M. Labbé, dans sa préface : « La santé est le principe du bonheur et comme le régime est le père de la santé, dit le Coran, c'est un vrai livre de bonheur que viennent d'écrire M. et Mme H. Labbé. »

J. L.

La Médecine de demain, Science de la vie (2), par le docteur E. LAPLANCHE.

Claude Sigaud (de Lyon) qui a été l'inspirateur de la théorie des types morphologiques, a fait quelques élèves enthousiastes. M. Laplanche en est un. Mais, comme il arrive, les idées de l'élève ont dépassé celles du maître et nous sommes ici en présence d'une espèce de métaphysique de la vie, de la santé et de la maladie, qui ne manque, d'ailleurs, ni d'allure ni d'intérêt. Les amateurs de spéculation à la Bergson trouveront beaucoup de charme à ce livre, plus philosophique que scientifique et d'ailleurs écrit dans une langue parfaite.

J. L.

(1) Un volume in-16 — Prix : 15 fr. — Paris, 1926, Baillière.
(2) Un volume in-16. — Prix : 6 fr. — Paris, 1925, G. Doin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

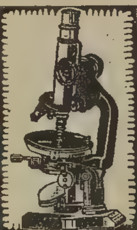
THÈSES

Lundi 1er mars. — Jury : MM. Roger, président; Sergent, Fiessinger et Binet. — M. PÉRONO (Ch.). De l'albumine dans la tuberculose. — M. SALLARD (J.). La sérothérapie antibacillaire.

Mardi 2 mars. — Jury : MM. Jeanselme, président; Bezançon, Claude et Nobécourt. — Mlle FRONTARD. L'élément effectif dans la formation de l'esprit médical. — M. FOURNIER (J.). Etude sur le traitement de la syphilis. — M. LEBOUT. L'hérédo-syphilis attardée de l'adulte. — M. RUBENOVITCH (P.). Etude de la schizomanie simple.

Mercredi 3 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Legueu, président; Gosset, Dechambre, Moussu, Cocquot et Robin. — M. SOUL. Etude sur les poulains nouveau-nés. — M. LE MONNIER. L'industrie chevaline. — M. BOUCHER. L'obstruction intestinale chez le cheval.

Samedi 6 mars. — Jury : MM. Gilbert, président; Carnot, Terrien et Lemaître. — M. ALINARDE (R.). Etude sur la croissance du nourrisson. — M. PRÉVOST (A.). L'estomac des biliaires. — M. CUNAULT. Rôle du calcium dans les états pathologiques. — M. FRECHIN (M.). Des exophtalmies (suppurations des sinus de la face).





BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Médecine de demain, science de la vie, par le docteur E. Laplanche. Un volume in-16 de 160 pages. Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS COMPLÉMENTAIRE DE SYMPATHOLOGIE. — M. Laignel-Lavastine, agrégé, chargé du cours de clinique annexe à la Faculté de médecine de Paris, commencera ce cours à l'hôpital de la Pitié, service 4, le lundi 1er mars 1926, à 9 h. 30, avec la collaboration de MM. Pierre Kahn, Jean Vinchon, Robert Largeau, René Cornélius, Paul George, Jean Lacapère, assistants et internes du service. Chaque leçon sera suivie de travaux pratiques.

Le droit à verser est de 150 francs.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de conférences.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis.

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. A. GILBERT; professeur agrégé : M. Maurice VILLARET.) — *Cours de revision* (Pâques 1926.) — *Les notions récentes de clinique pratique et d'application au diagnostic des méthodes de laboratoire courantes.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 22 mars 1926, à 9 heures, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Herscher et Etienne Chabrol, médecins des hôpitaux; Lippmann, Saint-Girons, Brin, Maréchal et Paul Blum, anciens chefs de clinique; Tzanck, chef de clinique; A. Coury, ancien chef de clinique adjoint; Fatou et Surmont, chefs de clinique adjoints; MM. Henri Bénard, Dumont, Deval et Mlle Tissier, chefs de laboratoire; MM. Lagarenne, chef du laboratoire radiologique central et de la Clinique médicale; Grellety-Bosviel et Pollet, anciens internes du service; et Comandon.

Il comprendra 36 leçons. Il aura lieu trois fois par jour, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30 et à 16 h. 30, les leçons du matin étant pour la plupart terminées suffisamment à temps pour permettre la visite des services hospitaliers de Paris.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 200 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1925-1926 ont lieu, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1° Deux cours de perfectionnement : *a.* l'un sur les maladies du foie et le diabète (grandes vacances : du 28 juin au 10 juillet 1926); *b.* l'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : du 13 au 25 septembre 1926).

2° Un cours de revision sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (vacances de Pâques).

Un voyage d'études hydrologiques de trois jours dans la région de Vichy est organisé tous les ans à la suite du cours de septembre sur les maladies du tube digestif. Les élèves ayant assisté à l'un des trois cours de vacances de l'année auront le droit de s'inscrire à ce voyage.

ENSEIGNEMENT TECHNIQUE DE LABORATOIRE. — Cours d'enseignement pratique des analyses bactériologiques, sérologiques, cytologiques et chimiques, donné par : M. Delater, ancien chef du laboratoire du Val-de-Grâce, directeur du laboratoire de recherches de l'Ecole dentaire de Paris, membre de l'Umfia, M. P. Rolland, ancien chef de laboratoire de la Faculté de Paris, assisté par M. Abramow, ancien professeur des Facultés de Moscou et de Sofia, et par M. Bolotow, docteur ès sciences, ancien chef de laboratoire de la Faculté d'Odessa.

Il comprend environ 60 séances portant sur toutes les expertises pratiquées dans les laboratoires cliniques et réparties ainsi qu'il suit : analyses du sang, des urines, des selles, du suc gastrique, des pus, des crachats, des exsudats, du liquide céphalo-rachidien, du lait, ultra-microscope, vaccins, etc.

Les travaux se poursuivent tous les jours de 14 à 17 heures. En outre, il est donné des leçons individuelles sur tel sujet de laboratoire, qui pourrait intéresser un médecin isolé : histologie pathologique, chimie, sérologie, etc.

Le nombre des élèves est restreint, les candidats voudront bien demander tous renseignements et s'inscrire auprès de M. Delater, 8, rue Monsieur-le-Prince, Paris VIe.

SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE L'HÔPITAL LAENNEC. — Le docteur Henri Bourgeois, chef du service d'oto-rhino-laryngologie, commencera le lundi 1er mars 1926, à 10 heures, une série de douze leçons sur LES SUPPURATIONS DE L'OREILLE, avec la collaboration de MM. André Bloch, otologiste des hôpitaux, Maurice Bouchet et Ill, assistants du service.

Le cours aura lieu les lundis, mardis, mercredis et vendredis, à 10 heures, et comprendra :

1° Une consultation expliquée d'une heure avec examen des malades et pratique des techniques spéciales;

2° Une leçon conçue dans un sens pratique.

Prix du cours : 200 francs.

S'adresser au docteur Maurice Bouchet, assistant du service.

— Ce cours sera suivi le lundi 22 mars par un cours sur LA DIATHERMIE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE, par le docteur Henri Bourgeois et le docteur G. Poyet.

Il comprendra huit leçons et aura lieu tous les matins, à 10 h. 30, et, en outre, le 22 et le 24 mars, à 16 heures.

Prix du cours : 600 francs.

S'adresser au docteur G. Poyet.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — SERVICES DES DOCTEURS R. BENSAUDE, P. LE NOIR et Félix RAMOND. — Un cours de gastro-entérologie aura lieu du 12 avril au 2 mai 1926. Travaux pratiques pendant la durée du cours.

Se faire inscrire dans le service du docteur Le Noir. Droits d'inscription aux travaux pratiques : 150 francs.

Voyage d'instruction à Vichy et Chatel-Guyon à la fin du cours (nombre de places limité).

MALADIES DES VOIES DIGESTIVES. — Le docteur Ch. Jacquelin, ancien interne des hôpitaux, assistant à l'hôpital Saint-Antoine, est chargé de la consultation des maladies des voies digestives, à l'hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours.

La consultation a lieu le lundi à 10 h. 1/2.

Les examens radiologiques et de laboratoire ont lieu le mercredi matin à 9 heures.

HÔPITAL MARITIME DE BERCK. — *Cours de Pâques (six leçons) sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires*, par M. le docteur E. Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck.

Les cours auront lieu le matin, à 9 heures, à l'hôpital maritime.

Chaque cours sera suivi des ponctions, opérations, confection d'appareils plâtrés, etc., correspondantes. Les après-midi seront consacrés aux visites de salles, examens de malades, exercices de laboratoire, confection d'appareils plâtrés par les élèves, etc.

Droit d'inscription : 100 francs. (Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ces droits.)

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Nº 18. — MERCREDI 3 MARS 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 3 MARS 1926. — Nº 18.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . **45** *fr.*
Tarif nº 1 : **55** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif nº 2 :* **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Liste des candidats admis à prendre part à Paris, le 22 mars 1926, au concours pour deux places d'agrégé des facultés de médecine* (section ophtalmologique) :

Académie d'Alger. — M. Toulant (P.-F.-M.) pour la Faculté de Paris et subsidiairement celle de Montpellier.

Académie de Bordeaux. — M. Pesme (P.-F.) pour Montpellier.

Académie de Montpellier. — MM. Carrère (L.-M.-J.) et Villard (H.-O.) pour Montpellier.

Académie de Paris. — MM. Magitot (P.-E.-A.) et Velter (E.-J.-Ch.) pour Paris. (*J. O.*, 26 fév. 1926.)

COMMISSION D'HYGIÈNE PUBLIQUE (ÉTUDE DU CANCER). — Sont nommés membres de la commission :

MM. le professeur Henry Reynès, directeur du centre de lutte contre le cancer de Marseille; le docteur Le Roy des Barres, directeur de l'Institut Curie de l'Indo-Chine; le docteur Dubois-Roquebert. (*J. O.* 27 fév. 1996.)

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Abbes, médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Pont-d'Aurelle a été nommé médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne, en remplacement de Mlle le docteur Pascal, appelée à d'autres fonctions.

L'INAUGURATION DE L'HÔPITAL SAINTE-ISABELLE A NEUILLY. — En présence du président de la République, M. Durafour, ministre du Travail et S. E. M. Alvarez de Tolado, ministre de la République argentine en France, ont inauguré à Neuilly le bel hôpital Sainte-Isabelle.

Cette nouvelle fondation, située, 24, boulevard du Château, à Neuilly, est due à la générosité d'un argentin bien connu à Paris, M. Edouard Martinez de Hoz. Elle est destinée à soigner gratuitement les impotents, paralytiques et blessés de guerre. Le service médical est dirigé par notre éminent confrère M. H. Bidou, dont les ingénieux appareillages ont déjà rendu tant de services aux impotents.

Le président de la République accompagné de M. André Sauger, chef de son secrétariat particulier, est arrivé à 10 h. Il a été reçu par M. de Fouquières, directeur du protocole, S. E. M. Alvarez de Toledo, ministre de la République argentine en France, M. Durafour, ministre de l'Hygiène, et M. Martinez de Hoz.

Après la visite des belles salles du nouvel hôpital, des discours furent prononcés en présence d'une très brillante assistance dans laquelle on remarquait M. Morain, préfet de police, M. Guichard, M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, M. le sénateur Strauss, ancien ministre, le maire de Neuilly et de nombreuses personnalités de la colonie argentine.

Le gouvernement de la République avait la veille décerné la croix de chevalier de la Légion d'honneur à M. Martinez de Hoz en témoignage d'estime et de gratitude pour les services rendus à notre pays.

JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES DE PAQUES. — Le Comité d'organisation ayant reçu un assez grand nombre de demandes de renseignements qui indiquent qu'il y aura des retardataires a décidé de proroger jusqu'au 15 mars la date limite des inscriptions.

Mais les congressistes sont priés de se hâter d'envoyer leur adhésion au docteur Gérard, secrétaire, 100, rue de Serbie, à Tunis, surtout s'ils doivent participer aux excursions projetées. Les randonnées dans les oasis de Tozeur, de Nefta ou à la ville sainte de Kairouan, et de l'oasis de Gabès sont sans

contredit un des attraits les plus marquants d'un voyage en Tunisie. Quant aux souks de Tunis-la-Blanche ils constituent l'une des plus remarquables curiosités de l'Afrique du Nord. L'époque de Pâques est la plus favorable, par ses longues journées et son temps particulièrement sec, sans chaleur excessive pour accomplir ce beau voyage. Nul doute aussi que nos confrères de Tunisie verront leurs efforts, dans l'organisation de ce Congrès attrayant, couronnés d'un grand succès.

Ve CONFÉRENCE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. — La Ve Conférence de l'Union Internationale contre la tuberculose aura lieu à Washington les 30 septembre, 1er et 2 octobre 1926.

Les questions traitées seront les suivantes :

1. *Sujet clinique.* — La contagion de la tuberculose de l'adulte. Rapporteur : professeur Gaetano Ronzoni, de l'Université de Milan.

2. *Sujet biologique.* — Structure anatomique du tubercule, histogenèse jusqu'à la formation des cavités. Rapporteur : Docteur Allen Krause, de Baltimore.

3. *Lutte sociale.* — Tuberculose et lait. Rapporteur : Docteur William Park, de New-York.

En outre, une conférence publique sera donnée par le docteur Théobald Smith, président de la National Tuberculosis Association, New-York, et président de l'Union Internationale contre la tuberculose.

Les personnes qui, n'étant pas « membres de l'Union », désireraient prendre part à cette conférence, ont à le notifier au Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame des Champs, Paris, Ve arrt., où elles trouveront tous les renseignements nécessaires, en vue d'être agréés comme « Membres de la Conférence », conformément aux statuts de l'Union. Les « Membres de la Conférence » auront à verser une cotisation de 5 dollars.

Le Comité Exécutif de l'Union Internationale attire tout spécialement l'attention des participants à la Conférence sur le Congrès Annuel de l'Association Américaine, qui suivra immédiatement la Conférence Internationale, et qui présentera un très gros intéret de documentation sur toute l'Œuvre scientifique et sociale entreprise par les Etats-Unis dans le domaine de la lutte antituberculeuse. La durée de ce Congrès sera probablement d'une semaine ; le séjour total aux Etats-Unis s'étendrait donc du 29 septembre au 9 octobre 1926.

CONGRÈS. — Rectifications au calendrier des Congrès. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, nº 14, p. 210, et nº 16, p. 242.)

1927. — VIe Congrès national de la tuberculose (Lyon, lundi de la Semaine sainte).

XIXe Congrès français de médecine (Paris, 15 octobre). — Président : M. Pierre Teissier.

1928. — IIe Congrès international de radiologie (Stockholm).

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE BOULOGNE-SUR-MER. — Le poste de directeur de ce bureau est vacant. Traitement : 20.000 francs. S'inscrire au ministère de l'Hygiène (6e bureau) dans un délai de vingt jours à dater du 25 février. (Voir *J. O.*, 25 fév., p. 2610).

HOSPICE DÉPARTEMENTAL DE VILLEJUIF. — Un concours est ouvert en vue de la nomination d'un médecin adjoint et d'un chef de laboratoire de radiologie à l'hospice départemental Paul-Brousse, à Villejuif (Seine).

Les renseignements seront fournis et les inscriptions seront reçues jusqu'au 19 mars 1926 inclusivement, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures à la Préfecture de la Seine (direction des Affaires départementales, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau), dimanches et fêtes exceptés.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 15 mars 1926, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les parasites de l'homme et de l'habitation », par M. le médecin principal de 1re classe Chavigny, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. — *Cours élémentaire d'ophtalmologie.* — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. Cousin, chef de clinique, fera en mars et novembre un cours élémentaire en six leçons de sémiologie des affections de l'œil.

La première série de leçons commencera le mardi 9 mars 1926, à 5 h. 1/2 du soir, et se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— CONFÉRENCES PRÉPARATOIRES AU CONCOURS D'ADMISSION A L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — La direction des Conférences sera assurée par : MM. les docteurs Binet, agrégé de physiologie ; — Champy, agrégé d'histologie; — Hovelacque, agrégé d'anatomie.

Ces conférences ont commencé le lundi 1er mars 1926, (salle de thèse nº 2). Elles auront lieu deux fois par semaine pour chacune des deux années préparatoires :

1º Candidats concourant à quatre inscriptions : conférences d'anatomie, le lundi, à 17 h. 30, et d'histologie, le vendredi, à 17 h. 30.

2º Candidats concourant à huit inscriptions : deux conférences de Physiologie, les mardis et jeudis, à 16 h.

Les auditeurs seront exercés à faire des compositions écrites et à subir des interrogations orales.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 h. à 17 h.

Le droit à verser, donnant droit à toutes les conférences d'une des deux années préparatoires, est fixé à 200 francs.

CLINIQUE UROLOGIQUE DE NECKER. — COURS COMPLÉMENTAIRE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE URINAIRES (année scolaire 1925-1926). — Un cours de perfectionnement portant sur la pathologie et la thérapeutique urinaires sera fait sous la direction du professeur Legueu par les chefs de clinique et de laboratoire les mardis et vendredis, à 16 heures.

Ce cours commencera le 2 mars, à 16 heures (amphithéâtre des Cliniques).

Pour l'inscription à ce cours, s'adresser au laboratoire de la Clinique urologique de Necker, 151, rue de Sèvres.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

1º Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau ou de boisson.

2º Après les repas, VIII à X gouttes de la mixture :

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	10 gr.
Teinture d'ipéca..................	2 gr.
Teinture de badiane...............	3 gr.

Mêlez et filtrez.

Eaux minérales et stimulantes (Vichy-Célestins ou Pougues).

SUR LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DU SYNDROME DE VOLKMANN

DE LA CONTRACTURE DES FLÉCHISSEURS SIMULANT LA RÉTRACTION ISCHÉMIQUE

Par R. LERICHE,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Il y a dans le syndrome de Volkmann, tel qu'on le comprend actuellement, un paradoxe singulier qui m'a toujours intrigué et que jusqu'ici je n'étais jamais parvenu à m'expliquer.

Quand il s'installe une rétraction ischémique des fléchisseurs, on trouve très précocement en un point du muscle une plaque fibreuse plus ou moins étendue, dure, inextensible autour de laquelle il y a une zone de sclérose. Histologiquement, au niveau de cette plaque le muscle est mort. Il a été tué d'emblée par l'ischémie que permet le caractère terminal de certaines artères musculaires. La lésion est telle qu'une restauration spontanée est impossible et le muscle a définitivement perdu une partie de son élasticité, donc de sa plus grande longueur potentielle. Il est anatomiquement et physiologiquement dans des conditions telles qu'il ne peut retrouver l'élasticité nécessaire pour l'incursion complète des doigts. Nous avons, Policard et moi, publié en 1920 (1) des constatations histologiques qui ne laissent aucun doute à cet égard.

Cependant, il est incontestable que la méthode des tractions élastiques de Claude Martin permet parfois, surtout chez les enfants, d'obtenir une récupération fonctionnelle. MM. Nové-Josserand et Michel en ont, il y a deux ans, montré des exemples qui m'avaient vivement intéressé. MM. Massabuau et Guibal ont (eux aussi avec l'appareil de Momsenn) obtenu un bon résultat. Le fait est donc certain : il y a des syndromes de Volkmann qui ne semblent pas conditionnés par la lésion caractéristique et incurable dont j'ai parlé. Il est vrai de dire que les cas présentés dans les sociétés l'ont toujours été en cours de traitement, et qu'on a peu vu de malades complètement guéris et sans appareil. Mais, on voit le paradoxe dont je parlais plus haut.

Un fait que j'ai recueilli l'été dernier, m'a permis de comprendre pourquoi il en est ainsi et comment on peut tout expliquer.

Dans mon observation, un adolescent a présenté un syndrome de Volkmann typique à la suite d'une piqûre de l'avant-bras. Des constatations opératoires immédiates ont montré de l'œdème musculaire. Il n'y avait pas de nécrose. Il y a eu un peu d'infection ; un petit abcès s'est formé et comme après guérison, au bout d'un mois le trouble fonctionnel caractéristique du syndrome persistait et s'aggravait, une sympathectomie humérale a été faite. Le trouble a disparu presque immédiatement. Je viens de revoir le malade six mois plus tard complètement guéri et n'ayant plus la moindre impotence.

OBSERVATIONS. — Lo... (Alfred), quatorze ans, n'a jamais été malade auparavant. Le 10 juin 1925 il se blesse par un crochet de boucher, qui lui pénètre assez profondément dans l'avant-bras gauche. Son médecin le traita par des pansements humides, mais rapidement l'avant-bras se mit à enfler. Les jours suivants, l'extension et la flexion du poignet devinrent impossibles ; le poignet s'immobilisa en demi-flexion ; les doigts perdirent leur mouvements et se fléchirent dans l'articulation phalango-phalangienne, la première phalange étant en extension. Pour cette raison, le médecin l'envoya à la clinique le 18 juin 1925. A son arrivée, la température était subfébrile (38°).

L'avant bras était tuméfié et chaud. Sur sa face antérieure, en son milieu environ ; il existait une petite plaie transversale longue de 2 centimètres à peine, et par laquelle bavaient quelques gouttes de sérosité fibrineuse.

Le poignet était en flexion assez prononcée. L'extension, soit active soit passive n'était pas possible. Aucun mouvement ne se faisait dans cette articulation. Les doigts étaient en flexion également, sauf dans l'articulation méta-carpo-phalangienne, la première articulation restant en extension. Les mouvements volontaires des doigts étaient insignifiants et tout essai de redressement était impossible. Cependant, en exagérant la flexion du poignet, on augmentait légèrement la possibilité de redressement.

La main avait l'aspect qui accompagne la rétraction ischémique de Volkmann. Il n'existait aucune zone d'anesthésie ou même d'hypoesthésie. Il n'y avait aucun trouble nerveux décelable. Je vis le malade le 19 juin. Je pensai qu'il devait y avoir un hématome profond sous les fléchisseurs et que c'était cela qui expliquait la contracture. Je demandai donc à mon assistant Simon d'explorer la plaie. Sous anesthésie générale à l'éther, il fit une incision verticale parallèle à l'axe de l'avant-bras et longue de 6 centimètres environ. Au centre même de la plaie il existait un petit dépôt fibrineux. Les muscles étaient infiltrés par de l'œdème, mais il n'y avait aucune infiltration hémorragique, aucune plaque de sclérose, aucune lésion musculaire, ni aucune lésion nerveuse. La plaie fut laissée ouverte et pansée à plat. Le poignet fut redressé et maintenu en extension par une attelle.

Le 20 juin l'œdème de l'avant-bras avait diminué. La contracture était moins intense. Le poignet restait en extension, comme on l'avait mis la veille. Le malade était apyrétique.

Le 24 juin, l'œdème avait de nouveau considérablement augmenté. Il s'étendait sur l'avant-bras et sur toute la face dorsale de la main.

Le lendemain 25 juin, la face postérieure de l'avant-bras était chaude, rouge et tendue. Il paraissait évident qu'un abcès s'y formait. En même temps, on constatait que la main avait une tendance marquée à se mettre en flexion sur l'avant-bras.

Le 26 juin les contractures étaient intégralement reproduites. Aucun mouvement spontané n'était possible. La main était tenue en flexion sur l'avant-bras et inclinaison cubitale ; les doigts étaient fléchis comme il a été dit. L'extension passive des doigts était presque impossible. L'avant-bras était maintenu en supination.

Le lendemain 27 juin, Simon évacua une collection purulente postérieure par une incision de 10 centimètres de long du bord cubital.

A la suite de cette intervention l'œdème diminua. La suppuration se tarit rapidement et le 10 juillet l'œdème avait presque complètement disparu. Les deux plaies étaient en bonne voie de granulation, mais, malgré cela, les contractures s'étaient encore accentuées. L'extension passive des doigts n'était possible que si le poignet était maintenu en flexion extrême. Si l'on redressait le poignet, l'extension passive des doigts était impossible.

Il était manifeste qu'il s'installait un syndrome de Volkmann. Je décidai de faire une sympathectomie péri-humérale pour essayer de modifier la circulation musculaire.

Le 20 juillet, la plaie étant presque cicatrisée, la sympathectomie humérale fut faite par mon chef de clinique Stulz devant les membres de la Society of clinical Surgery, qui visitait mon service.

L'opération faite sous anesthésie locale, se passa de la façon habituelle. L'artère se contracta bien.

Dès le lendemain, le malade arrivait spontanément à étendre la main sur l'avant-bras. De même l'extension des doigts se faisait presque complètement. Toute contracture avait disparu.

Le 25 juillet l'extension du poignet était presque normale.

(1) Documents concernant les altérations ischémiques des muscles chez l'homme. *C. R. de la Soc. de biol.*, 15 mars 1920, p. 415.

L'extension des doigts était complète. La flexion se faisait facilement.

La force musculaire revint progressivement. Le malade était enchanté du résultat. Il quitta le service le 10 août 1925, parfaitement guéri, avec des mouvements presque normaux du poignet et des doigts.

Je l'ai revu les derniers jours de décembre, complètement guéri, n'ayant presque aucune diminution de la force musculaire, et jouissant de tous ses mouvements.

Il est bien évident que dans ce cas il ne pouvait s'agir d'une rétraction par nécrose musculaire. Il fallait bien que ce fût une contracture, puisque tout a disparu, sans la moindre manœuvre directe, en quelques heures, après le sympathectomie. Et cependant le syndrome était au complet, son évolution paraissait devoir être progressive. J'ai l'impression que si j'avais laissé les choses s'installer, le malade serait devenu un infirme définitif.

Le syndrome de Volkmann peut donc être réalisé par deux mécanismes différents.

Dans certains cas il y a une nécrose musculaire ischémique d'emblée. Ce sont les vrais cas visés par Volkmann. Ces cas relèvent uniquement des opérations orthopédiques. Toutes les opérations nerveuses ne sont là qu'accessoires et ne peuvent modifier que des symptômes de second plan.

Dans d'autres, il n'y a qu'une contracture qui peut être levée par une sympathectomie d'un seul coup. Ce sont probablement dans des cas de ce genre que la traction élastique a réussi à la longue.

Denucé, Trocello ont développé, dans ces dernières années, une théorie sympathique de la maladie de Volkmann, que Jorge (rapport de Mouchet à la Société de Chirurgie 21 octobre 1925) a admis et à laquelle paraît se ranger Mouchet. Je m'étais toujours refusé jusqu'ici à admettre cette explication (1). A mon sens, la sympathectomie ne pouvait agir dans le syndrome de Volkmann que par vasoconstriction, c'est-à-dire par ischémie, comme elle le fait dans les maladies, où elle finit par amener des escarres.

Le fait que je viens de rapporter permet de comprendre les choses autrement : il explique les obscurités et le paradoxe du syndrome. La possibilité d'un syndrome de Volkmann par contracture d'origine sympathique, par hypertonie si l'on préfère, ne peut nous surprendre maintenant où nous connaissons le rôle du sympathique dans l'entretien du tonus. Mais cette notion comporte d'intéressantes conclusions pratiques, comme on le voit en lisant mon observation.

(1) Résultats éloignés des ligatures et des résections artérielles, rapport au XXXIe *Congrès de chir.*, 1922.

CHIRURGIE DE LA PROSTATE

FAUT-IL EXTIRPER LES PETITES PROSTATES ADÉNOMATEUSES ?

Par R. DE BUTLER D'ORMOND (d'Amiens),

Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine, Chirurgien des hôpitaux.

Quelques chirurgiens consultés par des sujets qui se plaignent de dysurie, font le toucher rectal, et si la prostate leur paraît de volume normal, ils refusent l'opération. Ils recherchent, avec raison des signes de tabès, et si ceux-ci sont négatifs, ils prononcent le mot d'atonie vésicale et n'interviennent pas. Ils ont tort, car les adénomes prostatiques petits, produisent autant de rétentions que les gros, et sont aussi bien justiciables de l'extirpation. Récemment, le professeur Legueu, à la clinique de Necker, a fait une leçon pour déclarer que l'influence du volume dans l'adénome sur la rétention était quasi nulle. Au contraire, les petits adénomes feraient, d'après lui, plus de rétention que les gros. Cette déclaration vient à l'encontre des idées classiques, mais n'est-ce pas la règle de voir tous les jours les idées classiques démolies par les idées nouvelles. C'est une loi de progrès.

Il ne faut pas croire que la rétention d'urine par l'adénome prostatique, provienne d'une déviation, d'une coudure du canal. Cette rétention n'est pas due, comme on le croit, à la rétention de l'urètre, par l'augmentation de la glande. Tel porteur d'un adénome volumineux vit vingt ans avec son adénome, sans être trop incommodé. Par contre, un homme porteur d'un vessie très distendue, présente une prostate de si faibles dimensions que les chirurgiens qui l'ont examiné refusent l'opération. L'opération est alors faite par Legueu, et de puis ce temps, le malade vide sa vessie intégralement ; l'adénome pesait 17 grammes.

Les faits de ce genre sont courants. D'après 400 faits relevés à Necker pendant la guerre, et où le volume des prostates enlevées a été noté avec attention (1).

Ce travail démolit la thèse mécanique de l'hypertrophie prostatique. Sur les adénomes volumineux (plus de 100 grammes), la proportion des cas de rétention est de 6 p. 100. Sur les adénomes petits (au-dessous de 30 grammes), la proportion est de 22 p. 100. Ceux-ci répondent au cadre ancien des prostatiques sans prostate. Ce sont de petits adénomes méconnus qui ne détendent pas l'urètre et sont inclus dans la prostate. Ils ne font éprouver au col aucune modification. Ni l'urétroscopie, ni la cystoscopie ne renseignent sur leur existence. La guérison est obtenue par l'ablation systématique de ces adénomes profondément situés et diagnostiqués seulement d'après leurs troubles fonctionnels.

Ils sont dus souvent à la simple hypertrophie des glandes sous-urétrales du col vésical. L'hypertrophie fibreuse les accompagne souvent. La maladie prostatique n'est donc pas seulement l'hypertrophie adénomateuse ; elle est constituée par une hypertrophie de tous les éléments du col, bien qne les glandes y entrent pour la plus grande part. Quand il y a hypertrophie fibreuse et musculaire du col, la dilatabilité de l'urètre fait défaut et la miction est difficile.

La prostatectomie est donc indiquée dans les adénomes de petit volume, parce qu'ils donnent lieu à des troubles importants. Le traitement radiothérapique de la maladie prostatique ne rétablit pas la souplesse ni la dilatabilité du col, néanmoins, la radiothérapie a pu donner des résultats satisfaisants *dans les grosses hypertrophies adénomateuses*, avec rétention chronique, mais ces cas deviennent de plus en plus rares, car les malades qui en sont atteints sont opérés plus tôt.

En résumé, toute lésion prostatique qui provoqua la rétention sera traitée par la prostatectomie. Un ancien prostatique âgé, porteur d'un adénome volumineux, sera justiciable de la radiothérapie. Et c'est

(1) T. II des *Archives urologiques de la clinique de Necker.*

seulement après avoir essayé cette dernière qu'on pourra pratiquer l'extirpation, car il y a une chance sur deux que ce traitement physique suffise à le faire vivre ainsi longtemps qu'il aurait vécu normalement.

ACTUALITÉS

LA SCILLE

La scille semble être un des médicaments les plus anciennement connus puisque c'est dans un texte égyptien qu'on trouve la première mention de ses propriétés et même la plus ancienne formule thérapeutique connue. Oubliée ou peu s'en faut jusqu'au XVIe siècle, elle est préconisée au XVIIIe par van Swieten ; mais toujours les brèves périodes de faveur sont séparées par de longs intervalles de défaveur ou d'oubli. L'impureté des produits employés, les accidents d'intolérance et surtout les variations de la teneur en principes actifs entraînant l'inconstance des résultats en sont une explication suffisante.

Les tentatives faites à diverses reprises au cours du XIXe siècle pour isoler le ou les principes actifs ont donné peu de résultats satisfaisants. Cent ans après les premières recherches de Vogel (1812) on était loin encore de la certitude et de l'unanimité. Le plus communément on acceptait d'après Merck l'existence de trois composés principaux : scillipicrine, scillitoxine, scilline ; Pouchet isolait plus tard une saposcilline ; en 1922 Stoll et Suter (de Zurich) isolaient un glucoside, le scillarène. Mais ces divers produits extractifs n'ont pas supprimé l'emploi de préparations d'origine végétale qui semblent d'une activité plus marquée à la condition d'être préparés avec le soin nécessaire.

Botanique. — La scille (scilla maritima, urginea scilla, liliacées) est une plante du bassin méditerranéen. On n'en compte pas moins de 80 espèces mais deux seulement sont employées : *scille rouge* (scille mâle, scille d'Espagne) seule acceptée par la pharmacopée française, scille blanche (scille femelle, scille d'Italie) employée par la pharmacopée anglaise. La plante croît dans les sables au bord de la mer où son bulbe gros comme le poing est enfoncé, ce bulbe est formé de squames très serrées et doit se récolter au mois d'août. Les squames extérieures et les profondes sont inactives ; seules sont employées les *squames moyennes*, rosées et épaisses, par la pharmacopée française tout au moins ; cette préparation donne des produits plus actifs que les produits étrangers. Néanmoins la teneur en principes actifs peut varier avec la provenance et l'âge de la plante.

Ces squames contiennent en abondance des produits fermentescibles (sucre, dextrine, amidon), des résines âcres et caustiques et de plus des raphides d'oxalate de chaux qui provoquent rapidement de l'irritation cutanée lorsqu'on manipule ce produit.

Propriétés physiologiques. — Elles varient un peu suivant qu'on s'adresse à la plante sèche ou à la plante fraîche ; c'est ainsi que cette dernière est douée de propriétés nécrotiques très intenses vis-à-vis des tissus, propriétés que lui fait perdre la dessiccation. *Seule la plante sèche a des vertus thérapeutiques.*

Ces propriétés ont été rapportées à ses divers composants : pour Pouchet la scilline serait éméto-cathartique, le scillipicrine (résine) un diurétique, la scillaïne ou scillitoxine (glucoside) un cardiotonique ; pour Stoll, la scillarène réunirait l'ensemble des propriétés. La seule conclusion qu'on puisse établir en présence des divergences d'opinion encore existantes est qu'en présence de la faiblesse d'action des substances extraites, les préparations d'origine végétale font contraste par la puissance habituelle de leur action.

A bien des égards les effets de la scille sont assez comparables à ceux de la digitale et il est remarquable que les effets cardiotoniques de la scille connus dans l'antiquité semblent avoir été passablement négligés à l'époque moderne éclipsés qu'ils sont par l'action diurétique du médicament. C'est surtout depuis les travaux publiés en 1918 et 1921 par Mendel (d'Essen) que ces propriétés ont été étudiées avec quelque précision.

ACTION SUR LE CŒUR. — F. Home (1772) puis Hilton Fagge et Stevenson (1866) avaient confirmé l'action cardiotonique de la scille déjà connue des anciens. Continuant en clinique les études de Husemann sur l'animal, Mendel leur attribue un mécanisme un peu différent de celui de la digitale mais qui demeure discuté.

Pour cet auteur la scille agit d'abord sur *l'automaticité* (fonction chronotrope) *diminuant le nombre des contractions* par action frénatrice sur le sinus. La diastole est ainsi allongée et peut se faire à loisir. D'autre part, aussi bien pour les oreillettes que pour les ventricules, la scille, sans doute en augmentant l'élasticité de la fibre myocardique, augmente l'expansibilité des cavités cardiaques. *L'ondée sanguine est de ce fait plus abondante.*

A l'électrocardiographe, Cohn et Fraser ont noté le nivellement progressif du soulèvement T qui peut même s'inverser en une dépression par la digitale ; White, Balboni et Viko ont vu le même effet après médication scillitique.

Pour une action plus prolongée ou plus intense apparaît *un effet frénateur sur la conductibilité* (fonction dromotrope) d'où peut résulter un blocage partiel ou complet du cœur ; les oreillettes entrent en tachysystolie tandis que le ventricule demeuré autonome se contracte lentement.

Cette dissociation auriculo-ventriculaire est suivie de la mort successive des oreillettes puis des ventricules ; *le cœur s'arrête en systole.*

ACTION SUR LA TENSION ARTÉRIELLE. — Aux doses thérapeutiques la scille *élève* la tension.

ACTION SUR LE REIN. — Sur le rein sain, les classiques considèrent la scille comme dépourvue d'action ; elle agit cependant de façon nette (Luquet).

Sur le sujet malade, son action diurétique de tout temps connue a été précisée dans son mécanisme par Mayor (1911) et par Pic et ses élèves.

On distingue à la diurèse en général deux mécanismes : diurèse directe par action sur le rein, diurèse indirecte, simple conséquence de modifications dans la circulation. En tant que cardiotonique, la scille est un diurétique indirect mais elle possède aussi une action directe sur le rein. C'est donc un *diurétique mixte.* Elle produit une certaine irritation puisqu'on a observé consécutivement à son administration des hématuries que Mendel nie cependant avoir jamais observées. Il est cependant prudent

d'imiter les classiques et de s'en abstenir au cours de néphrites aiguës.

Comme l'ont observé Pie, Bonnamour et Luquet : *La quantité des urines augmente* mais les premiers effets sont moins rapides qu'avec la digitale : ils ne s'établissent qu'après deux ou trois jours; ils semblent par contre persister plusieurs jours après l'arrêt de la médication. La diurèse est d'autant plus abondante que les œdèmes sont plus prononcés.

La perméabilité du rein est augmentée au bleu de méthylène (Achard).

L'eau est éliminée avec plus d'abondance ; l'effet est moins certain sur les sels.

Pic et ses élèves ont montré l'*action élective de la scille sur l'élimination uréique*. Le taux de l'azote urinaire augmente en même temps que s'abaisse le taux de l'urée sanguine, et que s'améliore la constante d'Ambard. L'étude de la toxicité urinaire montre que son taux n'est guère modifié par la scille mais la diurèse plus abondante provoque dans un temps égal un drainage toxique plus abondant.

Autres effets. — Toutes les sécrétions glandulaires sont augmentées, même la sécrétion sudorale mais c'est là une action variable et inconstante.

Sur la peau et plus encore sur les muqueuses, la scille jouit de propriétés irritantes se traduisant par de la rubéfaction et de la vésication, accidents bien connus chez les ouvriers qui manipulent les bulbes et les squames.

Toxicité. — Elle semble faible, en particulier pour Mendel qui nie tous les accidents que les classiques imputent à ce médicament. 1 kilogramme de squames secs d'Espagne équivaudrait à 8.500.000 D. G. (doses toxiques pour la grenouille, ramenée au gramme d'animal); un kilogramme de feuilles de digitale ne fournirait que 2000.000 D. G. ce qui équivaut à une toxicité 4 fois plus grande. Les produits extraits de la scille semblent au contraire beaucoup plus toxiques puisque 0,001 de scilline équivaudrait pour Jauerstedt à 100 D. G.

Absorption. — La scille est absorbée par la peau et par la muqueuse intestinale, absorption rapide en général ; pour certains auteurs (Eggleston) cependant cette absorption serait très variable suivant les sujets et il faudrait voir là une raison des variations d'efficacité du médicament.

Elimination. — La scille paraît s'éliminer en nature par les urines, élimination qui commence très tôt et est très rapidement complète.

Accumulation. — Elle est donc *très faible* presque nulle 4 fois moindre qu'avec le strophantus, 25 fois moindre qu'avec la digitoxine. L'adhérence de la scille à la fibre myocardique est faible puisque le lavage d'un cœur isolé, arrêté en systole sous l'influence de produits scillitiques suffit pendant un certain temps à réveiller les fonctions cardiaques.

Indications. — *Scille cardiotonique.* — Elle participe des indications générales de la digitale mais seulement pour des défaillances cardiaques récentes ou encore légères. Mendel, sur certaines conceptions théoriques du mode d'action note même que les deux médicaments ont souvent des indications, opposées : tandis que le digitale obvierait aux défaillances de la systole, c'est à celles de la diastole que remédirait au contraire la scille, conception qui s'accorde assez bien avec les prescriptions des auteurs antiques qui réservaient à la scille les seuls œdèmes siègeant au-dessous de l'épigastre.

Quoi qu'il en soit, la scille peut être prescrite utilement dans divers cas *d'hyposystolie* même confirmée.

Insuffisance mitrale; aussitôt qu'apparaissent la dyspnée au repos, le gonflement épigastrique, la chute de la tension artérielle, l'augmentation de la matité cardiaque, l'affaiblissement du choc apexien et l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire.

Insuffisance aortique; la digitale est ici souvent plus nuisible qu'utile et c'est pour Mendel l'indication cardinale de la scille, lorsqu'apparaissent pâleur, dyspnée intense, stase pulmonaire et portale, dilatation du ventricule droit.

Autres indications : la *décompensation* cardiaque résultant de l'*emphysème pulmonaire*, l'évolution *des néphrites chroniques*, *les myocardites séniles*. La scille agit moins brutalement que la digitale et ménage mieux une fibre cardiaque déjà touchée.

Certains auteurs auraient également eu de bons effets dans les lésions des artères coronaires, l'aortite spécifique avec myocardite et même, succès plus problématique, dans l'anévrysme aortique.

Autre rôle important : celui de *succédané et de remplaçant de la digitale*. On emploiera la scille lorsque la digitale n'agit pas ou n'agit plus, soit que le malade soit réfractaire soit que la dose maximum atteinte on ne puisse continuer la digitalisation sans risque d'accumulation. La scille remplace alors et continue la digitale qui conserve toute son activité ultérieure.

C'est enfin un excellent *préparant à la cure quinidique* préférable même à la digitale pour Kaufmann à qui la quinidine aurait donné 61 p. 100 de succès après la scille contre 41 p. 100 après la digitale.

Scille diurétique. — Cette action se combine dans bien des cas avec la précédente : hydropisies des veillards, défaillances cardiaques compliquées de barrages périphériques (sclérose hépatique et rénale).

L'action est d'autant plus intense qu'il existe des œdèmes ce qui fait de la scille le médicament de choix des œdèmes cardiaques des rénaux et de la rétention urinaire des cardiaques. La qualité de diurétique azoturique donne à la scille son indication principale pour Pic et Bonnamour : *toutes les néphrites,* avec ou sans œdèmes, *entraînant azotémie à condition que l'évolution soit chronique.*

Autres indications. — On peut employer la scille comme *émétocathartique*, surtout chez l'enfant et le vieillard dans les bronchites chroniques de l'emphysème, l'adénopathie trachéobronchique, la coqueluche.

Contre-indications. — Il est prudent, malgré Mendel, de s'en tenir aux notions classiques : s'abstenir de scille lorsqu'il existe des troubles digestifs ou une néphrite à évolution aiguë. Pour Pic l'albuminurie n'est pas une contre-indication.

Mode d'emploi. Posologie. Associations. — (Tableau C.) La scille s'administre uniquement par *la voie digestive*. Les petites doses sont émétocathartiques ; les doses moyennes et fortes diurétiques et cardiotoniques.

Les modes d'administration en sont très nombreux même lorsqu'on s'en tient à la scille isolée.

Poudre de scille (qui doit être récente) en pilules ou en cachets :

Adulte : dose expectorante, 0g05 à 0g15 centigrammes par jour.

— dose diurétique cardiotonique 0,10 à 0,80 centigrammes par jour.

Enfant : 0,01 à 0,20.

Extrait alcoolique :

Adulte, 0,03 à 0,20 centigrammes.
Enfant, 0,005 à 0,01 par année d'âge.

Teinture alcoolique au 1/5 :

Adulte, 1 à 3 grammes.
Enfant, II à V gouttes par année d'âge.

Oxymel scillitique :

Adulte, 10 à 50 grammes.
Enfant, 1 gramme par année d'âge.

Ces trois dernières formes en potion ou sirop.

Fragmenter la dose quotidienne en trois ou quatre prises.

La scille peut être associée avec avantage à d'autres médicaments.

Phosphate de codéine (0g03 centigrammes par dose) dans les cas de dyspnée (Mendel).

Théobromine (0g50 centigrammes par dose) lorsqu'il existe des lésions coronariennes (Mendel).

Il existe d'ailleurs de nombreuses associations classiques comprenant de la scille.

Pilules de Bouchardat (théobromine, scille). Pilules de Lancereaux (digitale, scille, scammonée), vin de la Charité (scille), vin de l'Hôtel-Dieu (digitale, scille), vin de Debreyne (jalap, scille, nitrate de potasse).

Accidents. — La scille paraît relativement peu toxique puisque l'on ne connaît guère qu'un cas d'intoxication mortelle (Wolfring 1842) consécutif il est vrai à l'absorption de 7gr50 du médicament.

Les *accidents d'intolérance* sont pratiquement les seuls qu'on rencontre en clinique chez certains sujets intolérants ou pour avoir passé outre aux contre-indications classiques.

Le plus souvent surviennent des *nausées*, suivies ou non de vomissements, parfois des *coliques violentes*, suivies de *diarrhée*; Mendel voit dans cette diarrhée un adjuvant du traitement plutôt qu'un accident mais ce sont là des vues à lui personnelles. On peut également, et même parfois pour de faibles doses observer des *hématuries*, peu abondantes et disparaissant en général rapidement.

Les *accidents toxiques* sont surtout constitués par des troubles cardiaques. Dans le cas de Wolfring on observa vingt-quatre heures après le début de l'intoxication un pouls rapide, petit, fuyant; on rencontre de l'arythmie, tantôt bigéminisme, tantôt dissociation auriculo-ventriculaire. En même temps la tension artérielle s'abaisse, il apparaît du refroidissement des extrémités. Le malade de Wolfring mourut en deux jours dans le collapsus. A l'autopsie on trouva des ecchymoses intestinales et du sphacèle de la muqueuse. La diarrhée est donc moins bénigne que ne le dit Mendel.

Mais ce sont là des accidents rares lorsque la scille est maniée avec la prudence nécessaire. Les préparations de la pharmacopée française offrent à cet égard des garanties de constance que n'offrent pas toutes les préparations étrangères; la nécessité de donner comme l'ont fait certains Américains des doses de 4 à 16 fois supérieures à la dose classique pour obtenir un effet est à la fois une preuve de l'imperfection d'un produit et un risque impossible à courir en clinique.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1926)

Le virus herpétique dans l'organisme humain. — MM. P. TEISSIER, P. GASTINEL et J. REILLY rapportent leurs recherches sur le degré d'activité du virus herpétique et sa survivance dans les lésions, sur sa présence éventuelle dans l'organisme en dehors des vésicules. Utilisant le contenu de vésicules d'herpès expérimental, ils ont obtenu des kératites sur l'œil du lapin jusqu'à la dilution de 1/10.000. Malgré des passages successifs chez l'homme ils n'ont pu provoquer une exaltation du virus. Il apparaît que le degré des réactions observées à la suite d'inoculation expérimentale dépend surtout de la sensibilité des sujets à l'égard de ce virus. Le matériel virulent disparaît à l'apparition des croûtes. Les auteurs n'ont jamais pu retrouver le virus dans le sang, qu'il s'agisse d'herpès spontané ou expérimental (huit échecs, technique de Bastai et Busacca). Par la même technique, ils enregistrent quatorze échecs en ce qui concerne la présence du virus dans le liquide céphalo-rachidien. Les résultats des auteurs s'opposent à ceux des auteurs italiens et il semble que la généralisation du virus herpétique ne peut être tenue que comme exceptionnelle.

Infection et réinfection tuberculeuse intratrachéale chez le cobaye. — MM. A. PHILIBERT et V. KOUCHNIR ont étudié la réinfection expérimentale tuberculeuse du cobaye en se plaçant dans les conditions naturelles de la réinfection humaine, c'est-à-dire qu'ils ont réinfecté par voie intratrachéale des cobayes déjà infectés par cette voie et portant des lésions en évolution.

Aucun des animaux n'est mort brutalement lors de la réinfection. A l'autopsie, les animaux réinfectés présentaient des lésions ayant une tendance très marquée à la caséification (lésion massive caséeuse, pneumonie caséeuse). Par contre, les témoins ne portaient que des lésions typiques de primo-infection à disposition en « feuille de fougère », bien connue depuis les travaux de Bezançon et Braun.

De ces faits, les auteurs ont pu conclure : 1° que le phénomène de Koch pulmonaire paraît être conditionné par la porte d'entrée sous-cutanée de la première infection; 2° lorsque la réinfection tuberculeuse aborde un poumon déjà tuberculisé, elle aboutit chez le cobaye comme chez le lapin à la production de lésions caséeuses nullement allergiques qui ne supposent ni modifications du tissu, ni résistance.

Sur l'apparition rapide d'éléments virulents filtrables dans les organes des animaux expérimentalement infectés par le bacille tuberculeux. — M. J. VALTIS, dans une série d'expériences, montre :

1° Que les éléments filtrables du bacille tuberculeux sur bougie L_2 peuvent être décelés dans les organes en apparence sains des lapins infectés depuis quatorze jours avec une dose relativement minime de bacilles tuberculeux bovins.

2° Que ces éléments sont très virulents puisqu'inoculés à des cobayes ils provoquent l'apparition de lésions nodulaires typiques.

3° Que très rapidement après avoir été inoculés ils envahissent les organes lymphatiques sans déterminer à l'endroit ni au voisinage du point d'inoculation ni le chancre ni l'engorgement ganglionnaire qu'on observe habituellement après l'inoculation des formes bacillaires virulentes.

Survie des cobayes vaccinés depuis un an contre la tuberculose. — M. A. VAUDREMER a vacciné des cobayes avec des bacilles cultivés sur pomme de terre sans glycérine et tués par la chaleur à 59 degrés pendant vingt minutes.

Tous les animaux traités ont résisté à deux réinfections faites avec des bacilles virulents humains dans le cul-de-sac palpébral et vivent encore un an après la première inoculation d'épreuve. Tous les témoins sont morts tuberculeux en un à trois mois. L'immunité peut être aussi obtenue avec des bacilles ayant poussé sur gélose, mais elle est plus inconstante.

Sérodiagnostic de la syphilis. Procédé de Meinicke. — MM. Rubinstein et L. Suarez. Le procédé de Meinicke fournit des résultats différents suivant les échantillons d'organes. Il est spécifique dans les cas de réactions fortes, mais très peu sensible. Il est fréquemment en défaut dans les cas où un diagnostic sérologique est de haute importance. Les réactions partielles ne sont pas toujours spécifiques.

Son emploi n'est pas nécessaire. On peut l'associer à d'autres méthodes colorimétriques, mais ses résultats sont nettement inférieurs à ceux fournis par la méthode combinée (Bordet-Wassermann + Hecht + Jacobsthal).

Une méthode nouvelle de culture des tissus. — M. Borrel décrit une technique nouvelle pour étudier la cytologie et la bactériologie des cellules cancéreuses en couche très mince. Cette méthode permet d'obtenir le développement des cellules entre la paroi du flacon de verre et la couche de plasma coagulé qui leur sert de milieu de culture. Les cellules peuvent être fixées et colorées directement dans le flacon.

— Société de biologie de Lyon (séance du 15 février 1926) :

Sur l'excitation des nerfs et des muscles au moyen du courant de haute fréquence redressé. — MM. Cluzet et Chevallier. Chez l'animal, le passage de la haute fréquence redressée le long de la région rachidienne détermine la tétanisation de tous les muscles et, après deux minutes, l'arrêt de la respiration est définitif; le cœur s'arrête en diastole quelques minutes plus tard. On détermine aussi la mort par asphyxie en plaçant les deux électrodes sur deux faces opposées du thorax. Après la mort des animaux, après curarisation de la grenouille, ou encore chez l'homme, dans les cas de paralysie avec réaction de dégénérescence, la haute fréquence redressée (surtout à basse tension) produit encore une tétanisation des muscles; lorsque le faradique ne donne plus de contraction et lorsque le galvanique donne une très faible excitabilité ou même quelquefois de l'inexcitabilité.

Persistance du bacille tuberculeux sur les livres Braille pour les aveugles. — MM. P. Chatin et A. Rochaix montrent qu'au bout de trois mois un livre Braille contaminé par un aveugle tuberculeux peut contenir des bacilles vivants et capables d'infecter le cobaye. Mais la tuberculisation a été très lente (384 jours). Les bacilles paraissaient donc fortement atténués. Malgré cela ces livres doivent être soumis à la désinfection par les procédés en usage pour la désinfection des livres.

Note sur un procédé de mise en évidence des corpuscules métachromatiques du bacille de Klebs-Löffler et des bacilles diphtéroïdes. — MM. J. Gaté et M. Billa proposent un procédé basé sur la fixation par le formol à chaud, la coloration à chaud par le bleu polychrome et la décoloration par le formol à froid. Les corpuscules métachromatiques apparaissent en rouge grenat, les corps bacillaires sont mauve clair.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1926)

Les recherches hydrominérales au Maroc. — M. Jean Bertrand (de Vichy), après une très longue étude, a repéré au Maroc 69 sources minérales dont : 28 sulfureuses sodiques (19 chaudes), 26 chlorurées-sodiques-magnésiennes et sulfatées calciques, 7 bicarbonatées mixtes, et 8 indéterminées, les ferrugineuses se répartissent parmi les chlorurées et les bicarbonatées. D'une façon générale les eaux sont assez comparables à celles d'Algérie et de Tunisie.

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1926)

Sur le chloralose chimiquement pur. — M. J. Chevalier insiste une fois de plus sur l'importance d'employer, soit dans les expériences de laboratoire, soit en clinique, les solutions de chloralose parfaitement pur. D'autre part, de ne faire des observations scientifiques qu'en utilisant la voie intraveineuse pour ce produit.

Composition chimique du cerveau et du muscle humain. — M. L. Lematte publie l'analyse du cerveau et du muscle humain. En essayant d'évaluer la minéralisation totale du sujet normal, l'auteur a remarqué que la plupart des analyses d'organes étaient trop faibles en soufre et en phosphore. Beaucoup de biologistes ont confondu cendres avec minéralisation totale.

Il fait aussi des réserves sur les chiffres de la chaux et de la magnésie. L. Lematte, donne la composition de trois cerveaux d'adultes et d'un cerveau de vieillard. Les chiffres trouvés pour S et P sont beaucoup plus élevés que ceux de Geoghaghen, seul auteur qui ait publié des analyses complètes. Les quantités des différents minéraux varient dans des limites assez restreintes. Le phosphore est la dominante du cerveau. Le muscle en contient moins. Le rapport

$$\frac{\text{phosphore du muscle}}{\text{phosphore du cerveau}} = \frac{10}{16}.$$

M. Lesure ayant pratiqué lui-même des dosages de soufre dans certains organes estime comme M. Lematte que la technique suivie a une importance essentielle.

Le foie et l'équilibre acido-base. — M. Roger Glénard déclare qu'à la liste des attributs fonctionnels du foie, il faut joindre son action régulatrice sur l'équilibre acido-basique. A la suite d'une injection intra-veineuse de rouge neutre, l'alcalinité du tissu hépatique montre que le foie constitue un réservoir d'ions alcalins (coloration jaune) destiné à amortir les changements du pH sanguin, pouvant provenir des voies digestives. Cette faculté permet à l'organe de distribuer les ions alcalins à l'organisme, quand il en a besoin, tout comme cela se passe pour le sucre, l'albumine, etc. M. le professeur Carnot et Mme Gruzewska ont montré qu'en provoquant une grande sécrétion chlorydrique dans l'estomac par une injection d'histamine, la bile devient plus alcaline, comme si le foie rejetait les ions alcalins.

De même que la clinique a signalé une prélithiase, une précirrhose, il est vraisemblable qu'un jour, nous connaîtrons mieux les troubles morbides dus aux acidoses et alcaloses latentes.

M. Lematte estime que la mesure du pH réserve beaucoup de désillusions aux biologistes qui s'occupent de cette question. Appliquée au sang et à l'urine, elle est entachée des mêmes erreurs que le calcul de l'acidité urinaire par les liqueurs titrées. Ces deux méthodes donnent les grandeurs de l'acidité réelle l'autre, l'acidité potentielle d'une somme algébrique de différents facteurs qui n'ont pas les mêmes origines physiologiques et pathologiques. La clinique ne peut retirer aucun profit de ces calculs. Seule la chimie analytique appliquée au dosage des radicaux à fonction acide est utile.

Facteur oxydant et nutrition des tuberculeux. — MM. A. Pissavy et R. Monceaux rappellent leur communication de juin 1924, dans laquelle ils démontrent que les tuberculeux, loin de présenter des oxydations exagérées étaient, au contraire, des malades à nutrition très ralentie; aujourd'hui, ils apportent quelques principes sur l'action du facteur oxygène dans cette nutrition des tuberculeux. En dehors d'un certain nombre de produits dans lesquels on a trouvé le facteur oxydant, comme les musles rouges, la moelle rouge des os, la rate, l'embryon de blé en contient également. Mais une source des plus importantes en richesse de ce facteur oxydant est la levure. Pour suivre la valeur du métabolisme et mesurer l'amélioration de la nutrition, les auteurs s'en sont rapportés, au rapport de Maillard-Lanzenberg. L'on constate qu'alors chez l'individu normal ce rapport est de 5, 5 à 6 ; ceux-ci en varient de 6 à 8, 5 et même 9 indiquent une nutrition très anormale ; au-dessus de 9, il n'y a plus de réactions biologiques

utiles sur la nutrition, et à ce chiffre, l'on peut dire que l'équilibre du moral est définitivement rompu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1926)

Le Bureau de la Société médicale des praticiens pour l'année 1926 est ainsi constitué :

MM. les docteurs Keim, président ; Maurice et Galliot, vice-présidents ; Briault, secrétaire général ; Schangel, trésorier.

Thérapeutique anti-syphilitique. — M. GALLIOT présente un tableau résumant les doses utiles minimum et maximum des divers médicaments (arsenic, bismuth, Hg) employés dans la chez le nourrisson. Le docteur Galliot insiste à ce propos sur la nécessité du traitement préventif des accidents de la syphilis héréditaire et notamment sur la nécessité de traiter *dès la naissance* tout enfant de parents syphilitiques.

Traitement général du cancer. — M. BARONAKI (de Blois) traite des cancéreux avérés par des injections surminéralisantes auxquelles il joint l'opothérapie thyroïdo-surrénale, des préparations contenant des ferments, de l'oxy-hémoglobine et de la lécithine. Les résultats ont été des plus encourageants.

M. Maurice FABRE communique les résultats obtenus dans 36 cas d'uréthrite blennorhagique par l'emploi simultané du traitement local et d'un stock-vaccin.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1926)

Epithélioma primitif de la plèvre. — MM. VEDEL, PUECH et VIDAL. Cet épithélioma a évolué sous les apparences d'une pleurésie hémorragique rapidement récidivante ayant nécessité neuf ponctions évacuatrices en trois mois. A l'autopsie épithélioma de la plèvre sous forme d'épaississement pleural généralisé avec quelques noyaux néoplasiques qu'en l'absence de tout autre foyer cancéreux on peut considérer comme primitif.

Influence du cholestérol sur la labilité des protéines du plasma. — MM. PUECH et CRISTOL. Lorsqu'on étudie la résistance des albumines plasmatiques vis-à-vis des concentrations faibles d'acide trichloracétique on s'aperçoit que leur labilité est d'autant plus forte que le taux du cholestérol sanguin est plus bas. Cette influence protectrice du cholestérol n'influe, par contre, pas sur les résultats obtenus avec les concentrations fortes. Elle est intéressante à rapprocher du rôle protecteur du cholestérol vis-à-vis des globules rouges.

Névraxite épidémique à forme de poliomyélite antérieure chronique. — MM. EUZIÈRE, PAGÈS et JAMBON.

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1926)

Labilité des protéines du plasma et polypeptidémie. Les affections qui ne les modifient pas. — M. PUECH.

Labilité des protéines et polypeptidémie. Cas des néphrites. — MM. PUECH et CRISTOL. Sur 23 cas étudiés les résultats ont été les suivants : la labilité des protéines est toujours augmentée dans les néphrites un peu anciennes, azotémiques ou non azotémiques. Dans les pyélonéphrites et les néphrites sans azotémie habituelle la polypeptidémie est rarement normale, le plus souvent un peu augmentée.

Dans les néphrites azotémiques elle est toujours augmentée mais de façon variable. Cette augmentation n'est nullement parallèle à l'augmentation du taux de l'urée sanguine. Par contre elle est nettement en rapport avec les signes d'insuffisance rénale et de pronostic grave. Sur 5 néphrites présentant un « indice de polypeptidémie » supérieur à 0,150 (le chiffre normal étant de 0,003) la mort est survenue dans 4 cas à très brève échéance. Dans le 5e cas l'évolution fatale est à craindre dans un intervalle rapproché et l'on voit les chiffres de la polypeptidémie suivre les oscillations des poussées d'insuffisance rénale.

La polypeptidémie que commandent avant tout des facteurs extrarénaux, est le témoin chez ces malades de troubles profonds du métabolisme dont l'apparition en dehors d'autres causes évidentes, est de signification toujours fâcheuse.

Etude de la dégénérescence muqueuse dans deux moelles syringomyéliques. — MM. GRYNFELTT et PAGÈS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES VŒUX DENTAIRES

« On sait qu'une Commission a été instituée en juin dernier au ministère de l'Instruction publique en vue d'examiner les réformes à apporter aux études dentaires.

Cette Commission, dont les délibérations ont été dirigées par M. Justin Godart, ancien ministre (1), vient de terminer ses travaux.

Elle a demandé à une très forte majorité :

1° Que le baccalauréat de l'enseignement secondaire soit exigé d'une façon absolue, sans équivalence, ni dispenses, pour entreprendre les études dentaires.

2° Que soit créé un titre spécial obligatoire pour les docteurs en médecine comme pour les chirurgiens dentistes, en vue de l'exercice régulier et permanent de la profession de dentiste, et que certaines facilités soient prévues pour l'accession au doctorat en médecine des chirurgiens dentistes pourvus de ce titre et pour l'obtention de ce titre par les docteurs en médecine.

3° Au cas où le titre spécial obligatoire pour l'exercice régulier et permanent de l'art dentaire prévu au paragraphe précédent ne serait pas créé, que le diplôme couronnant les études dentaires, qui seraient d'une durée de cinq années, soit dénommé « doctorat en chirurgie dentaire ».

4° Que dans les jurys d'examens les membres du corps enseignant des écoles dentaires puissent être appelés au même titre que les membres du corps enseignant des facultés.

5° Qu'un contrôle sévère soit exercé sur la création et le fonctionnement des écoles dentaires.

6° Que des mesures transitoires sauvegardent tous les droits acquis sous le régime actuel par les chirurgiens dentistes et par les docteurs en médecine.

7° Que des représentants des groupements dentaires soient adjoints au Comité consultatif de l'enseignement supérieur lorsque des questions intéressant l'enseignement de l'art dentaire seront examinées par lui.

Ainsi ont été résolues, après des débats importants et complets, des questions fort délicates et longtemps controversées. L'application de ces principes sera très prochainement réglée, suivant les formes ordinaires. »

Tel est le communiqué officiel. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces vœux ; la question est loin d'être résolue, comme voudrait le faire croire ce communiqué : les médecins ne peuvent accepter que soit portée une telle atteinte à leurs droits.

En attendant, nous nous contenterons de reproduire ce que disait, sur ce sujet, en 1882, le docteur Redier, professeur de pathologie externe et chargé de cours des maladies de la bouche et des dents à la Faculté de Lille :

« Je commence par rejeter formellement le diplôme spécia délivré par l'Etat, qui serait en contradiction flagrante avec le principe même de notre législation sur l'art de guérir, et que je considère, en outre, comme une innovation inutile et même regrettable à certains points de vue.

En effet, nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est docteur en médecine ou officier de santé ; c'est là un

(1) Le communiqué a omis de mentionner la qualité de professeur à l'Ecole dentaire de Paris ; nous réparons bien volontiers cet oubli.

principe fondamental qui n'est contesté par personne et sur la rigoureuse observation duquel les tribunaux se sont montrés unanimes chaque fois qu'ils ont été consultés. Dès lors, ou bien les dentistes sont de simples mécaniciens, et alors qu'on les laisse libres; ou bien, ils font œuvre de médecins et l'on doit exiger d'eux les garanties légales. Je m'étonne de voir un ministre de l'Instruction publique, et la Faculté de médecine de Paris, par l'organe de son rapporteur, reconnaître l'un et l'autre que les dentistes ont besoin de faire des études médicales, de fréquenter les hôpitaux, de subir des examens médicaux, et déclarer en même temps que le titre qui confère le droit d'exercer la médecine ne doit point être exigé d'eux. Mais si vous jugez qu'il suffit au dentiste d'étudier la bouche, pourquoi exigez-vous de l'oculiste d'autres connaissances que celle de l'œil, au spécialiste des maladies de la peau d'autres études que celle de la peau? Dans cette voie on pourrait aller loin : on pourrait, par exemple, diviser le corps humain en un certain nombre de départements qui auraient chacun leur petit spécialiste diplômé; et, suivant que telle ou telle région serait atteinte, on consulterait tel ou tel médecin régional; il y en aurait un pour le pied, un pour la jambe, un pour le front, un peut-être pour le côté droit et un pour le côté gauche...

Je prétends, enfin, que ce diplôme serait une innovation regrettable à certains points de vue. La partie professionnelle de l'examen imposé aux candidats comprend, entre autres choses, l'exécution d'un appareil prothétique, œuvre purement mécanique. Mais de quel droit l'Etat prétendrait-il intervenir ici? Exige-t-on des garanties semblables des bandagistes, des orthopédistes, des ocularistes, etc.? Et cependant, n'est-il pas plus important de pouvoir trouver, le cas échéant, un bandage capable de bien tenir une hernie, qu'une fausse dent bien ajustée? Je reconnais à l'Etat le droit et le devoir de veiller sur la santé publique, mais, si, voulant aller plus loin et créant de nouvelles catégories, il veut encore garantir les mécaniciens dentistes, il doit faire de même pour les bandagistes, les orthopédistes, peut-être même pour les corsetières et pour les cordonniers; il dépasse alors son droit, et son intervention devient non seulement tyrannique, mais ridicule et tatillonne.

J'ajoute que les partisans du diplôme spécial prétendent imposer l'examen professionnel même aux docteurs en médecine que leur goût personnel ou leurs aptitudes spéciales détermineraient à embrasser la profession de dentiste, de sorte qu'on arriverait à ce résultat singulier qu'il serait interdit au médecin ordinaire de faire œuvre de dentiste; le docteur qui peut faire l'ablation de deux mâchoires n'aurait pas le droit de soigner les dents. »

Il semblerait que ces lignes ont été écrites hier; elles ont conservé toute leur saveur et toute leur actualité.

Mais n'est-il pas inconcevable qu'on soit obligé de répéter des choses si simples et si évidentes? A. HERPIN.

REVUE DES THÈSES

Etude du chimisme gastrique chez le nourrisson (1), par le docteur Marthe HARMELIN, interne des hôpitaux de Paris, licenciée ès sciences.

Dans une thèse très documentée et très intéressante, Mlle Harmelin montre tout l'intérêt clinique et thérapeutique de l'examen du chimisme gastrique chez le nourrisson.

Après avoir rappelé les travaux antérieurs sur cette question, en particulier ceux de MM. Hayem, Labbé, Netter et Pollitzer, elle montre la variabilité des résultats obtenus chez un même sujet, dans les mêmes conditions, par l'analyse du suc gastrique après repas d'épreuve (50 grammes de lait ou 50 grammes de thé additionné de 10 grammes de mie de pain). Ceci tient à ce que la digestion de ce repas se fait par couches successives de l'extérieur à l'intérieur et la sonde peut ramener une partie attaquée ou non du repas. Mlle Harmelin a pu cependant vérifier les données classiques : absence de HCl dans la première heure de la digestion, acidité plus élevée chez le nourrisson au biberon que chez l'enfant au sein.

(1) Travail du service du docteur J. Renault, *Th. de Paris*, 1925, L. Arnette, édit.; 66 pages.

L'HCl libre apparaît une heure et demie après la tétée, un peu plus tard chez l'enfant au biberon, un peu plus tôt après le repas d'épreuve, thé et mie de pain.

La sécrétion psychique étant très peu abondante chez le nourrisson, Mlle Harmelin a utilisé une substance excito-sécrétoire non toxique : l'histamine en solution au 1/1000 par injection sous-cutanée, à la dose de 1/20 de milligramme par kilogramme de poids corporel.

Elle a étudié la sécrétion gastrique pure, sans aliment, ainsi obtenue avec une fixité remarquable, chez l'enfant sain et dans divers troubles gastro-intestinaux.

A. Chez l'enfant *sain* :

1° La *sécrétion* commence trois quarts d'heure après l'injection et dure trois heures.

2° L'*acidité totale* varie de 1 à 4 p. 1.000.

4° L'acidité HCl varie de 0,5 à 1 p. 1.000.

4° Le pouvoir protéolytique (mesuré aux tubes de Mett) est de 7 millimètres trois heures après l'injection.

B. *Chez les enfants avec troubles gastro-intestinaux*, on note des variations de ces quatre facteurs.

1° Dans les entérites aiguës fébriles, augmentation de la sécrétion et du pouvoir peptique, diminution des deux acidités.

2° Dans les formes cholériques, la sécrétion est diminuée, les acidités et le pouvoir peptique sont normaux.

3° Dans la diarrhée des enfants au sein, résultats inverses.

4° Dans la diarrhée des enfants au biberon, les quatre chiffres sont diminués.

5° Chez les hypothrepsiques, augmentation des acidités, diminution de la sécrétion et du pouvoir peptique.

6° Chez les athrepsiques, mêmes anomalies avec plus d'intensité.

7° Dans les vomissements habituels, absence de HCl seul et diminution de la sécrétion.

8° Chez les tuberculeux dyspeptiques, simple hyperacidité totale et chlorhydrique.

Il résulte de ces observations que l'hypochlorhydrie et l'hypopepsie sont des états nettement différents et méritent une étude particulière dans le chimisme gastrique. Ils permettent de différencier une gastro-entérite aiguë de la dyspepsie d'un tuberculeux fébrile, les vomissements habituels des vomissements par vice d'alimentation. Ils expliquent aussi l'action des alcalins dans la gastro-entérite banale, de la pepsine dans l'hypothrepsie, et permettent donc une thérapeutique utile.

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

COQUELUCHE

(SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC)

DÉFINITION

La coqueluche est une maladie spécifique due au bacille de Bordet et Gengou. Elle est contagieuse, atteint surtout les enfants et est caractérisée par des quintes de toux accompagnées d'expectoration glaireuse.

SYMPTOMES

Nous prendrons pour type de description une forme de gravité moyenne. Elle évolue en quatre périodes :

1° **Période d'incubation**. — Elle dure environ sept jours; elle n'est marquée par aucun signe clinique.

2° **Période catarrhale**. — Son début est ordinairement insidieux comme celui d'un gros rhume, avec toux sèche, plus fréquente la nuit, accompagnée d'enrouement et de larmoiement, parfois d'accès d'éternuements. L'état général est bon; tout au plus peut-on noter un peu de tristesse chez l'enfant et une légère élévation de température.

Parfois il existe des signes plus spéciaux, tels que photophobie avec mydriase, douleur rétro-sternale. Guéneau de Mussy signale la fréquence d'un enanthème pharyngé et sur-

tout d'un certain degré d'adénopathie trachéo-bronchique au début de la coqueluche.

Exceptionnellement, le début peut être brutal, marqué par des signes de laryngite striduleuse, de bronchite capillaire ou un état général rappelant la typhoïde ou la rougeole.

Cette période dure une à deux semaines. Peu à peu la toux prend progressivement le type spasmodique qui caractérise la troisième période.

3° **Période spasmodique.** — C'est la période des quintes caractéristiques. La quinte se déroule en trois phases : Prodromes. L'enfant « médite » sa crise suivant l'expression classique. Il est subitement triste, anxieux, se blottit contre sa mère. Il retient sa respiration, parfois ressent un picotement laryngé. Puis survient la quinte de toux : série d'expirations convulsives au nombre de 5 à 20, suivie d'une reprise inspiratoire longue, sifflante, puis d'une ou plusieurs séries d'expirations et reprise analogues. La quinte dure d'une demie à deux minutes. L'enfant se cramponne à ce qui l'entoure, devient plus ou moins asphyxique, le thorax secoué, le facies cyanosé, la bouche ouverte, les jugulaires distendues. La quinte se termine brusquement par l'expectoration de glaires visqueuses, contenant des globules blancs, des cellules épithéliales desquamées et des cocco-bacilles de Bordet-Gengou, du moins au début de l'affection. Cette expectoration est un signe des plus importants chez l'enfant qui, on le sait, ne crache pas avant l'âge de sept ans.

Souvent elle s'accompagne de vomissements alimentaires, d'où le principe d'alimenter l'enfant fréquemment, mais par petites quantités et immédiatement après une quinte pour que la suivante ne survienne que quand l'estomac est vide.

Après la quinte persiste une sensation de fatigue avec souvent « bouffissure des paupières ».

Le nombre des quintes est de 10 à 30 par jour dans les cas de gravité moyenne. Elles sont plus fréquentes la nuit, augmentent les premiers jours pour diminuer ensuite progressivement. L'émotion les favorise, et aussi le contact d'autres coquelucheux, et on connaît les salves de quintes « d'imitation » dans les hôpitaux d'enfants.

Signalons quelques anomalies : quintes sans prodromes, sans reprise avec asphyxie marquée, ou de véritables équivalents de la quinte qui la remplacent : crises d'éternuements, de hoquet.

L'état général n'est pas très atteint : la température vespérale est à peine augmentée, l'appétit conservé, les urines normales. A peine un peu de polynucléose sanguine et d'anémie à la longue. C'est cette intégrité relative de l'état général qui explique la difficulté de réaliser l'isolement des coquelucheux et est responsable de la propagation de l'affection.

L'examen physique des poumons révèle peu d'anomalies. Sonorité normale ou diminuée légèrement. Diminution du murmure vésiculaire pendant la quinte, quelques râles ronflants après. L'examen laryngoscopique, rarement pratiqué d'ailleurs et qui peut provoquer le retour des quintes, montre un certain degré de congestion interaryténoïdienne et sous-glottique.

La durée de cette période est assez variable, en moyenne cinq à six semaines.

4° **Période de déclin.** — Progressivement les quintes diminuent à la fois de nombre et de violence. Le catarrhe devient prédominant, la toux est grasse avec expectoration muco-purulente banale. L'auscultation pulmonaire montre quelques gros râles humides. L'état général est excellent. L'enfant est même boulimique. En une quinzaine de jours tout rentre dans l'ordre.

Mais une rechute est possible. Il faut d'ailleurs la distinguer de la persistance, souvent longue après la coqueluche, d'une toux coqueluchoïde à l'occasion d'un moindre rhume sans qu'il s'agisse en aucune façon d'une rechute ou d'une récidive.

L'**évolution** peut être traversée de complications immédiates qu'il est classique de distinguer en mécaniques et infectieuses.

Nous n'insisterons pas sur les premières. Citons seulement l'ulcération sublinguale du frein de la langue par frottements sur les incisives; les vomissements d'une fréquence telle qu'ils amènent un amaigrissement marqué par inanition, surtout chez les jeunes enfants; la possibilité de hernies intestinales, de prolapsus rectal, d'incontinence sphinctérienne. De même ordre sont les hémorragies diverses, parfois cérébrale, l'emphysème pulmonaire et même le pneumothorax.

Les **complications infectieuses** sont plus importantes. Et au premier rang il faut citer la broncho-pneumonie qui, en réalité, est le principal danger immédiat de la coqueluche et la cause de mort la plus fréquente des coquelucheux jeunes. Elle survient surtout à la troisième semaine de l'affection, favorisée par le contact d'autres malades. Elle est cependant plus rare et moins grave que la bronchopneumonie morbilleuse. Elle s'annonce par la dyspnée, la diminution brusque des quintes et l'élévation thermique. Son tableau clinique n'a rien de particulier. Elle guérit dans la plupart des cas, mais peut être la cause de pleurésies purulentes immédiates ou de dilatations bronchiques ultérieures.

Citons la possibilité de congestions pulmonaires, de laryngites banales ou ulcéreuses.

Le système nerveux peut être atteint : spasme glottique surtout chez les enfants avant quatre ans, convulsions éclamptiques, paralysies diverses, souvent par hémorragies cérébrale ou méningée. Les méningites cliniques sont rares bien que St. Chauvet insiste sur la fréquence des réactions lymphocytaire et albumineuse du liquide céphalo-rachidien comparables à celles des oreillons.

Notons encore la possibilité d'otite, de conjonctivite, de stomatite.

Exceptionnelle est l'albuminurie, l'hyposystolie avec dilatation cardiaque.

Le **pronostic** de la coqueluche assombri par ces complications immédiates l'est encore plus par les séquelles de l'affection. Rappelons la persistance des lésions d'origine mécanique : hernies, emphysème. Mais surtout la coqueluche compte avec la rougeole parmi les maladies les plus anergisantes, et on sait la réelle fréquence du développement de la tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire chez les coquelucheux, surtout s'ils ne restent pas suffisamment sous la surveillance médicale. Rappelons la possibilité de dilatation bronchique ou de sclérose pulmonaire postbronchopneumoniques. On a même vu l'épilepsie succéder aux convulsions des jeunes coquelucheux.

FORMES CLINIQUES

Sans insister sur les formes à début atypique, on distingue surtout des formes suivant la fréquence et l'intensité des quintes : coqueluchettes de Roger ou au contraire hypercoqueluches qui se définissent d'elles-mêmes. Il existe des coqueluches d'adultes ordinairement bénignes et des formes de nourrissons plus graves. Enfin, il est des formes associées à d'autres maladies, en particulier à la rougeole, où la bronchopneumonie est surtout à redouter; à la scarlatine, à la diphtérie.

DIAGNOSTIC

Au début il se pose avec diverses trachéo-bronchites, grippe, et surtout rougeole quand le catarrhe est assez accusé. On recherchera soigneusement les taches de Koplik presque pathognomoniques de la rougeole.

A la période d'état, le diagnostic est facile si les quintes sont typiques. Sinon on s'aidera de la notion d'épidémicité, de certains stigmates (expectoration glaireuse, ulcération sublinguale), de la recherche des cocco-bacilles de Bordet-Gengou dans l'expectoration. On pourra ainsi éliminer les diverses dyspnées laryngées (spasme glottique en particulier), les tumeurs médiastinales (adénopathie), la trachéo-bronchite qui peuvent s'accompagner de toux coqueluchoïde, les broncho-pneumonies atypiques. On évitera de confondre l'expectoration de la coqueluche avec certaines vomiques nummulaires de pleurésies interlobaires, d'abcès pulmonaires, avec l'expectoration de la dilatation bronchique ou même de la tuberculose pulmonaire sans oublier que ces affections peuvent compliquer une coqueluche restée méconnue.

Le Directeur-gérant : Dʳ François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2* : 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Commission de classement des assistants d'électro-radiologie. — Candidats : MM. Serrand, Rebuffel, Mollien-Guérin, Huet, Lifschitz, Jouveau-Dubreuil, Peliza, Perès, Beaupuy, Méry.

ATTRIBUTION DU PRIX DE MÉDECINE NAVALE. — Par décision ministérielle en date du 26 février 1926, et conformément à l'avis émis par le Conseil supérieur de santé de la marine, le prix de médecine navale, pour l'année 1926, a été attribué à MM. Vialard (M.-J.), médecin principal, et Darleguy (L.-J.-B.), médecin de 1re classe, pour leur travail, en collaboration, intitulé : « Considérations épidémiologiques et cliniques sur une épidémie de méningococcie ».

D'autre part, il a été accordé, à cette occasion, les récompenses suivantes aux officiers du corps de santé ci-après désignés :

Une mention honorable à M. le médecin en chef de 2e classe Lucas (J.-A.-M.), pour « son rapport d'inspection générale (année 1924) des frontières de la Manche et de la mer du Nord ».

Un témoignage officiel de satisfaction à M. le médecin de 1re classe Le Bourgo (G.-C.-H.), pour « son rapport de fin de campagne de l'aviso *Bellatrix* (1923-1925) ». (*J. O.*, 3 mars 1926.)

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — Le *Journal officiel* du 3 mars 1926 publie une modification à l'instruction insérée au *Journal officiel* du 6 octobre 1925 et relative à l'admission en 1926 dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'école principale du service de santé de la marine. La limite d'âge spécifiée dans cette instruction est portée de vingt-deux ans à vingt-trois ans pour l'une des catégories (paragraphe 2). De vingt-trois ans à vingt-quatre ans pour la seconde catégorie (paragraphe 3).

LE CENTENAIRE DE LA FONDATION DES CLINIQUES CHIRURGICALES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — L'Université de Montpellier qui, en 1921, a célébré avec un éclat incomparable son VIIe centenaire, va commémorer le centenaire de la fondation de ses cliniques chirurgicales.

L'enseignement clinique, contemporain de la fondation de l'École, a subi de nombreuses modifications jusqu'à l'arrêté du ministre de l'Intérieur en date du 28 floréal an VIII, qui ouvrit l'hôpital Saint-Eloi aux professeurs de clinique.

Mais les cliniques chirurgicales ne furent organisées définitivement, si nous ne nous trompons, qu'en 1826. C'est cette fondation que l'Université va commémorer en novembre prochain en même temps qu'elle célébrera le centenaire de la découverte du brome, par Jérôme Balard.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cours de pathologie médicale. — M. le professeur Sicard commencera ses cours le mardi 9 mars, à 18 heures, petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Sujet du cours : Intoxications. Pathologie méningée. Endocrinologie.

— Conférences de pathologie médicale. — M. le docteur M. Chiray, agrégé, commencera ses conférences de pathologie médicale le lundi 8 mars 1926, à 18 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ce cours est plus spécialement réservé aux étudiants de 3e et 4e années d'études.

Programme du cours : Maladies du tube digestif et de la nutrition.

— Clinique ophtalmologique de l'Hotel-Dieu. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les docteurs Prélat, Cousin, H. Ostwalt, Veil et Goulfier, a commencé le mardi 2 mars, à

11 heures, un cours pratique de 12 leçons sur « l'examen objectif et fonctionnel de l'œil », et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

HÔPITAL NOTRE-DAME DE BON-SECOURS. — Une consultation pour les maladies de l'estomac, des intestins et des voies biliaires vient d'être ouverte à l'hôpital de Bon-Secours et a lieu le lundi de chaque semaine, à 10 heures, sous la direction de M. le docteur Jacquelin.

VOYAGES MÉDICAUX AU SAHARA. — Suivant l'exemple donné par notre excellent confrère Loir (du Havre) qui, le premier, a organisé des croisières médicales dont le succès augmente tous les jours, *Bruxelles médical* a fondé depuis un an une véritable organisation touristique à l'usage de nos confrères de Belgique et même de France.

On nous indique aujourd'hui deux voyages très intéressants au Sahara organisés avec le puissant concours de la Compagnie transatlantique. Ces deux voyages auront lieu l'un du 15 mars (Marseille) au 3 avril (Naples), l'autre du 12 avril (Naples) au 2 mai (Marseille).

Ils permettront aux médecins, se rendant aux Congrès de Tunis et de Rome ou revenant du Congrès de Rome, d'accomplir dans les meilleures conditions la traversée merveilleuse du Sahara.

S'adresser pour tous renseignements à *Bruxelles médical*, 62, rue Froissart, à Bruxelles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Adrien Pannetier (de Toulon); Mme Kouindjy, docteur en médecine, femme de notre confrère le docteur Kouindjy, auquel nous adressons nos bien vives condoléances; le professeur James Israël, le grand chirurgien allemand, décédé à l'âge de 79 ans; MM. les docteurs Boiteux, médecin honoraire des asiles; Labro (d'Aurillac), Druet (du Puy-Notre-Dame), Charles Coignard (de Cholet), et de M. André Swynghedauw, étudiant en médecine à Lille.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

MAISON DE SANTÉ

FUGUE D'UNE PENSIONNAIRE. RESPONSABILITÉ

Le 14 juin 1921, Mlle de L..., âgée de trente-trois ans a été placée par sa famille dans la maison de santé du département de la Seine dirigée par le docteur X... et les époux Z..., afin d'y soignée pour une crise de neurasthénie. La malade demeura dans l'établissement jusqu'au 17 mars 1922, date à laquelle elle s'enfuit durant une après-midi et se réfugia dans une carrière voisine, où elle séjourna pendant dix jours. Le 28 mars, elle fut trouvée dans un état de misère lamentable par un passant. On la conduisit à l'hôpital de la Pitié à Paris; et là on constata que ses pieds étaient gelés; après de vaines tentatives de conservation, une opération chirurgicale fut jugée nécessaire, entraînant l'amputation d'un des membres et la déformation de l'autre.

Assignation en responsabilité contre le docteur X... et les époux Z..., parce que l'infirmité de la demoiselle de L... procéderait d'une faute commise par eux, engendrant leur responsabilité. On invoquait à leur encontre qu'aux termes d'une ordonnance du 9 août 1828 aucune maison de santé ne pouvait être établie à Paris et dans le département de la Seine, sans une autorisation du préfet de police et que, si des autorisations avaient été accordées, ces autorisations ne concernaient que l'extension progressive de l'établissement du docteur X... et des époux Z...., pour une maison de santé destinée à l'éducation et au traitement des enfants arriérés. On ajoutait que la demoiselle de L..., personne adulte, ne pouvait entrer dans une telle maison en raison de son âge : son admission constituait une violation formelle des règlements administratifs, « cette violation, était-il dit, était d'autant plus répréhensible que les défendeurs trompaient la confiance des familles en faisant de la publicité pour le sanatorium de psychychothérapie des neurasthéniés, des psychosthéniés, des maladies de la volonté et de l'alcoolisme, en indiquant sans doute que la maison ne recevait pas de contagieux ni d'aliénés, mais en s'abstenant de dire que seuls les enfants pourraient y être reçus ». Enfin on disait que la demoiselle de L..., sans être une aliénée proprement dite au moment de son admission dans la maison de santé, avait plus tard donné des signes incontestables d'aliénation mentale qui nécessitaient dans tous les cas son renvoi immédiat dans une maison de repos régulièrement autorisée.

Le Tribunal Civil de la Seine, dans son jugement du 23 novembre 1923, a envisagé les circonstanees de fait et s'est demandé si la responsabilité du docteur X.,., et des époux Z... se trouvait engagée en raison d'un défaut de prudence et de surveillance; et à la question ainsi posée, il a répondu affirmativement.

Il a constaté que la demoiselle de L... avait disparu une première fois et était restée durant trois jours dans une cave de la maison, incident, dit-il, qui ne pouvait laisser aucun doute sur son état mental et qui a eu pour conséquence de donner à la malade une garde spéciale pendant plusieurs mois; il a constaté, d'autre part, que le docteur avait délivré un certificat d'où résultait que sa pensionnaire était atteinte d'une neurasthénie profonde nécessitant un séjour prolongé à l'établissement et que les époux Z... avaient déclaré au commissaire de police que la demoiselle de L... était atteinte de folie mystique jointe à une neurasthénie aiguë. Et le tribunal de dire :

« Que les directeurs de la maison X... avaient le devoir professionnel et impérieux de dire à la famille toute la vérité et de la mettre en demeure de reprendre sans retard leur pensionnaire pour la placer dans une autre maison;

Que les défendeurs ne sauraient invoquer pour leur décharge la longue tolérance dont ils disent avoir bénéficié de la part de l'autorité administrative, que rien ne démontre l'existence d'une pareille tolérance accordée en pleine connaissance de cause. »

Le Tribunal a, en conséquence, prononcé une condamnation au paiement de diverses sommes, soit à titre de remboursement en raison de versements faits d'avance, soit à titre de dommages-intérêts. Et la Cour d'appel a confirmé la décision des premiers juges dans son arrêt du 18 décembre 1925.

L'enseignement qu'il y a lieu de tirer de ces décisions est que le médecin, directeur d'une maison de santé du genre de celle dont il s'agit doit se mettre toujours en règle avec l'autorité administrative et exercer continuellement sa surveillance sur les pensionnaires qu'il accepte de prendre. Sans doute, le docteur X... avait fait valoir que la maison qu'il dirigeait avec les époux Z... était une maison de repos et de convalesceuce et non pas une maison d'aliénés et qu'il n'avait aucun droit d'empêcher les pensionnaires d'y entrer et d'en sortir librement : le Tribunal et la Cour ont trouvé dans ce dernier fait une cause d'aggravation de la responsabilité parce que « la Dlle de L..., prédisposée aux pires imprudences, ne jouissait d'aucune protection sérieuse ». En définitive, le Tribunal et la Cour ont estimé, d'après la fugue de la Dlle de L..., qu'elle aurait dû être soumise à un internement dans une maison d'aliénés : là peut-être y avait-il matière à discussion, parce qu'ils tranchaient une question d'ordre médico-psychologique, dont la solution appartient aux techniciens.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE GÉNERALE

LA PONCTION LOMBAIRE EXPLORATRICE DANS LA SYPHILIS [1]

Par Paul CHEVALLIER.

La ponction lombaire est une petite opération qui retire le liquide périnerveux du lac arachnoïdien inférieur.

Quincke, en 1890, l'introduit en médecine. Mais, jusqu'à 1902, elle n'est qu'un moyen thérapeutique d'exception. Ce sont Widal, Sicard, Ravaut, qui démontrent combien elle est précieuse pour *explorer les méninges*. L'année suivante, les recherches de Ravaut sur les méningites syphilitiques révèlent l'intérêt considérable de la ponction lombaire pour le diagnostic et le pronostic de la syphilis. Depuis cette époque, les travaux se succèdent, innombrables : la ponction lombaire n'est plus une manœuvre exceptionnelle, mais une méthode de recherche couramment employée.

La ponction lombaire permet de faire une véritable biopsie; elle précise l'état des méninges. Je dis les méninges, et non pas le système nerveux, car le liquide céphalo-rachidien que retire l'aiguille, ne renseigne, ni sur l'état des substances blanche ou grise encéphalo-médulaires, ni sur l'état des artères qui les irriguent; elle ne renseigne que sur l'enveloppe, que sur la peau, pour ainsi dire, du système nerveux.

Les méninges, sont au système nerveux ce que la capsule de Glisson est au foie, ce que la plèvre est au poumon. Il peut y avoir hépatite sans péri-hépatite, pneumopathie sans pleurésie, encéphalomyélite sans méningite. Dans la syphilis cependant, ce sont avant tout les éléments nobles qui importent. Ce sont leurs lésions qui donnent les maladies les plus graves; les oblitérations ou les ruptures de leurs artères, qui provoquent les lésions en foyer les plus habituelles.

Mais l'expérience a montré un fait capital. Plus souvent même qu'il n'y a périhépatite et pleurésie dans les affections du foie ou du poumon, il y a méningite dans les affections syphilitiques du système nerveux. Sans exagérer, on peut poser cette loi que, dans les encéphalo-myélites ou les vascularites syphilitiques, *la coïncidence d'une méningite est la règle*, et la non-coïncidence est, sinon exceptionnelle, du moins rare.

Cette méningite possède une valeur sémiologique très grande; elle permet de compléter l'individualisation des différents types d'affections syphilitiques du système nerveux. Quasi constante au cours des syphilis nerveuses caractérisées, elle est encore très fréquente chez les syphilitiques les plus banaux. Dans tous les cas, sa présence et ses modalités interviennent pour préciser un diagnostic et fixer un pronostic.

La ponction lombaire est légitime dans la syphilis; elle est même souvent nécessaire.

A la vulgarisation de cette manœuvre, plusieurs objections sont faites.

La ponction lombaire, dit-on, prédispose aux affections syphilitiques du système nerveux; elle en exagère la gravité quand elles sont encore légères. La soustraction du liquide céphalo-rachidien déterminerait une sorte d'appel du microbe et une excitation de l'inflammation.

Il est possible que des ponctions répétées soient nuisibles, mais l'argumentation des alarmistes ne m'a pas convaincu : j'ai revu un assez grand nombre de malades que j'avais ponctionnés il y a dix à quinze ans, et qui n'ont actuellement ni troubles nerveux, ni, dans les quelques cas où je l'ai vérifié, aucune modification du liquide céphalo-rachidien.

J'écarte donc cette objection à la ponction lombaire.

Une autre objection est plus importante : les malades sont effrayés par l'idée de la piqûre rachidienne et, en pratique, il est impossible de leur faire accepter des ponctions lombaires en série. Sauf certains cas tout à fait exceptionnels, l'exploration du liquide céphalo-rachidien est donc une méthode qu'il faut savoir employer *rarement*, c'est-à-dire *à bon escient*.

Enfin, on a prétendu que la ponction lombaire pouvait causer la mort. Le petit nombre de cas qui ont été signalés ne concernent pas des syphilitiques banaux; presque toujours, il s'est agi de tumeurs cérébrales, et la mort est survenue parce que le médecin n'a pas pensé à ce diagnostic, et n'a pas pris les précautions indispensables qui doivent en être la conséquence.

En pratique, la ponction lombaire est inoffensive chez les syphilitiques. Les précieux renseignements qu'elle fournit font aux médecins un devoir de persuader aux malades de s'y soumettre.

TECHNIQUE

La ponction lombaire étant décidée, l'orateur s'efface devant le manouvrier. Aucune préparation du malade n'est utile; en ville, il est commode de faire la ponction le soir, ce qui épargne au malade la perte d'une journée.

On se munit d'aiguilles longues de 8 centimètres en acier, en nickel ou en platine. Les aiguilles d'acier se rouillent facilement à l'intérieur si l'on n'a pas soin de les conserver dans l'huile stérile; elles peuvent se casser pour peu que le malade s'agite brusquement; mais pour le praticien qui a l'habitude de l'opération et qui sait pouvoir compter sur la sagesse de son malade, elles ont l'avantage considérable d'être fines.

Les aiguilles de platine peuvent se plier mais ne se rompent jamais. Leur lumière intérieure est toujours parfaitement lisse; aussi, sont-elles recommandées malgré leur plus grand diamètre; la facilité avec laquelle elles s'épointent, leur prix élevé surtout, en limitent l'emploi.

L'aiguille de nickel, inoxydable, mais pas très lisse à l'intérieur, est excellente, mais s'épointe et s'abîme vite.

L'aiguille est toujours munie d'un mandrin spécial.

Le malade est assis sur son lit, les fesses au ras du bord près duquel se tient le médecin, les pieds du côté opposé; il se pose bien droit et fait le gros dos.

L'index descend les apophyses épineuses pour repérer verticalement la colonne. Les crêtes iliaques sont marquées et réunies par une ligne transversale : le lieu d'élection de la ponction siège à l'inter-

(1) Leçon du cours de perfectionnement à l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le professeur Jeanselme.

section de la ligne épineuse et de la ligne bi-crêtes-iliaques. On marque ce point à la teinture d'iode.

L'index gauche cherche la dépression inter-épineuse, qui siège au point marqué ou un peu au-dessus.

La peau et les doigts étant aseptisés à l'alcool, l'aiguille est enfoncée au centre de la cupule marquée par le doigt entre deux apophyses épineuses, exactement sur la ligne médiane, perpendiculairement à l'axe du segment vertical. La traversée de la peau est évidemment douloureuse (on peut anesthésier à la cocaïne ou au froid, — manœuvre d'intérêt surtout psychique); la douleur est d'autant plus minime que la piqûre est plus franche et plus rapide.

Le malade ne doit pas se redresser (au besoin, un aide le maintient); on enfonce franchement. J'ai l'habitude d'enfoncer de la main droite en faisant glisser l'aiguille entre le pouce et l'index gauches (aseptiques). Cette manœuvre évite toute déviation de route.

A mi-chemin, une résistance se sent très bien : c'est le ligament. Dès que l'aiguille en sort, on éprouve la sensation de liberté. Un millimètre encore environ, l'aiguille est dans le cul-de-sac arachnoïdien. Le mandrin est retiré, le liquide s'écoule.

Retirer l'aiguille brutalement, d'un seul coup.

Inconvénients et manière d'y remédier. — La ponction lombaire n'est pas difficile, encore faut-il posséder une certaine habileté naturelle et quelque entraînement.

Il arrive que l'on bute sur l'os, mais on passe toujours à condition de *ne pas s'énerver*. Retirer un peu l'aiguille, rectifier la direction, en haut ou en bas suivant les cas. Parfois, il faut reprendre ses points de repère et piquer un espace *au-dessus* du premier essayé.

Une vive douleur dans un membre traduit la piqûre d'une racine de la queue de cheval; cet incident n'a pas d'importance.

La distance de la peau au canal varie suivant les sujets; quelques échecs sont dus à ce que l'aiguille est enfoncée trop loin.

Si, le mandrin retiré, rien ne s'écoule, faire subir à l'aiguille une légère rotation; cette manière suffit souvent pour libérer l'orifice. Parfois un fil doit être passé pour enlever une parcelle qui obstrue la lumière; une forte aspiration à la seringue peut déboucher l'aiguille et amorçer l'écoulement.

Du sang vient-il? Une veine est piquée. Si les premières gouttes seules sont rougeâtres, le liquide ultérieurement recueilli peut être utilisé (1). Si le sang est abondant, il faut retirer l'aiguille et piquer, de préférence avec une autre aiguille, l'espace inter-épineux sus-jacent. (Le sang de l'hémorragie méningé et hémolysé, ou au moins incoagulable : après centrifugation le liquide qui surnage est rouge; aucun flocon de fibrine ne se forme dans le tube.) Tout liquide rouge qui s'éclaircit à mesure qu'il s'écoule de l'aiguille, exclut l'hypothèse d'hémorragie méningée).

Le seul inconvénient vraiment important de la ponction lombaire est la *céphalée consécutive*. On l'évite en couchant le malade complètement à plat, sans oreiller ni traversin, et même il est bon de soulever les pieds du lit par des briques ou des Bottins. La première heure, l'opéré reste sur le ventre, puis se met, à volonté, sur le dos ou sur le côté. Trois jours durant (j'insiste sur ce délai que d'aucuns trouvent, à tort, trop long), le patient ne soulève ni son tronc ni sa tête au-dessus du plan du lit. A condition de garder cette position mal commode, il peut manger ce qu'il veut.

Quand ces précautions sont négligées, la céphalée peut être extrêmement pénible pendant des jours et des semaines. On a même signalé un syndrome *pseudo-méningétique*. Le malade souffre alors de céphalée et de rachialgie et surtout de douleurs dans la nuque; les muscles de cette région, et parfois aussi ceux du dos, sont contracturés. Fait remarquable les accidents diminuent ou disparaissent lorsque le malade s'étend. Mais aussitôt qu'il se lève, ils reprennent intenses.

Les trois jours de repos complet au lit ne suffisent pas parfois à éviter toute réaction céphalalgique et méningitique. Un certain nombre de sujets se lèvent dispos, mais cinq à sept heures plus tard un malaise vague les envahit, une sorte d'étourdissement; ou bien apparaît la douleur de la nuque et des épaules. associée ou non à la céphalée. Le repos étendu plusieurs heures par jour est nécessaire. Les troubles observés après trois jours de repos ne sont cependant en rien comparables à ceux qui suivent un lever précoce ; leur intensité est minime, leur durée courte. Peu à peu les accidents s'amendent; il n'est pas rare cependant que les malades se ressentent de leur ponction pendant plusieurs semaines.

Tous les auteurs ont noté que le plus haut pourcentage d'incidents s'observe chez les sujets dont le liquide céphalo-rachidien est normal, alors que les paralytiques généraux ne présentent presque jamais de malaises, alors même qu'ils négligent toute précaution. Cette règle n'est que statistique; j'ai observé des syphilitiques à réaction méningée intense qui, malgré un repos de trois jours, ont souffert six à quinze jours, et des sujets à liquide indemne dont l'absence de troubles justifiait l'indocilité.

Eviter la céphalée et le méningisme constitue une plus grande préoccupation pour le médecin. Laisser le patient au lit dès vingt-quatre heures avant la piqûre, etc., sont des palliatifs insuffisants.

Faire la ponction le malade étant dans la position horizontale n'évite pas toujours les incidents mais paraît en diminuer la fréquence et l'intensité. Le patient est couché le long du bord du lit, en chien de fusil, présentant son dos dans un plan exactement frontal. Au lieu d'élection on pique droit dans une direction perpendiculaire à celle de l'axe vertébral. La ponction « couchée » exige un peu plus d'habitude que la ponction « assise ». Il ne faut l'entreprendre que si tous les mouvements peuvent s'accomplir avec aisance; c'est dire que la vogue actuelle des lits très bas me fait hésiter à conseiller cette ponction « couchée ».

Retirer peu de liquide est une excellente mé-

(1) Il est facile de mesurer la leucocytose malgré une *minime* quantité de globules rouges Les réactions chimiques sont davantage troublées. Il suffit d'une trace de sang pour fausser la réaction de Pandy ; les réactions de Nonne et de Weichbrodt sont aussi troublées. Le Wassermann et le benjoin colloïdal donnent des résultats corrects. Wüllenweber, qui a bien étudié cette question, note que les courbes obtenues en faisant la réaction de la gomme mastic à l'aide de liquides céphalo-rachidiens normaux additionnés d'un peu de sang, reproduisent exactement les courbes qu'on observe dans l'encéphalite épidémique ou dans la sclérose en plaques.

thode, que rendent malheureusement impossible les nécessités des épreuves de Wassermann et de Lange.

Il paraît bien démontré que les accidents sont dus à la persistance de la perforation méningée qui continue à donner issue au liquide cérébrospinal. Il en résulte une *hypotension intracranienne.* En est-il toujours ainsi? Sans doute une hypersécrétion réflexe peut déterminer une hypertension cérébrale transitoire; ce processus semble exceptionnel. Quelques auteurs incriminent encore une infection méningée légère à point de départ cutané : elle me parait bien hypothétique.

Le fait indiscutable et capital est que *aucun trouble ne s'observe si l'on emploie une aiguille très fine.*

Pour éviter l'hypotension, il faut que ne persiste pas de trou méningé après que l'aiguille a été enlevée.

En 1914, Ravaut a fait construire une aiguille à extrémité effilée (1). Tout récemment, Wechselmann, s'inspirant d'une technique d'Antoni, a fait construire une aiguille spéciale ou plutôt une double aiguille. La première aiguille, de grosseur normale, *aiguille engaînante*, pique la peau, l'hypoderme, traverse le ligament intra-épineux. La seconde aiguille, extrêmement fine (0mm4 de calibre intérieur) pourvue d'un biseau court, est alors introduite dans l'aiguille conductrice et perfore le rideau de tissus mous qui dissimule encore le liquide spinal. Le trou est ainsi très minime, et le malade *peut se lever tout de suite après la ponction* sans avoir de mal de tête. Cette méthode, extrêmement précieuse puisqu'elle permet la ponction presque ambulatoire, a deux inconvénients : *elle exige une grande habitude de la ponction lombaire*; le liquide ne s'écoule qu'avec une extrême lenteur. J'ajoute que, à ma connaissance, l'instrumentation n'existe pas encore dans le commerce.

A. Tzanck étudie actuellement un procédé qui lui a donné jusqu'ici des résultats remarquables : je l'ai employé aussi deux fois avec succès complet (sans négliger d'ailleurs les précautions habituelles); avec une seringue on injecte avant de retirer l'aiguille une petite quantité d'air dans les cavités arachnoïdiennes.

En présence du méningisme et de la céphalée, que faire pour soulager et calmer le malade? La plupart du temps on se contente de recommander le repos et la station couchée.

Salomon (de Boston) ayant vu que l'*injection intraveineuse* de 100 à 200 centimètres cubes d'eau distillée provoque une élévation de 30 à 40 p. 100 de la tension du liquide céphalo-rachidien, a essayé cette injection pour combattre les céphalées ponctionnelles. Dans la plupart des cas les résultats sont excellents. Tantôt le soulagement obtenu est durable, tantôt les accidents réapparaissent après cinq à dix heures et une deuxième, parfois même une troisième, injection sont nécessaires.

(1) P. Ravaut. Comment dépister la syphilis nerveuse, *Ann. de méd.*, 1914, n° 1 (l'aiguille est figurée).

Jusqu'à présent, il n'a été question que de ponction *lombaire.* C'est en effet la plus utile et la plus efficace, mais, on peut ponctionner sur toute la hauteur de la colonne : dos, cou, espace sous-occipital. Bien que précieuse pour le diagnostic de certains syndromes cloisonnés, cette méthode exige trop d'habitude et se montre trop peu souvent nécessaire pour qu'il soit utile d'y insister.

Des ponctions étagées, faites en même temps chez le même malade, ont démontré que le liquide céphalo-rachidien n'est pas homogène, et que la station debout favorise une certaine sédimentation des éléments pathologiques.

RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS A L'EXAMEN DU LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN

Il est capital de savoir ce que l'on veut rechercher pour se munir des appareils nécessaires et recueillir la quantité utile de liquide.

1° **La pression.** — L'étude de la pression a peu d'intérêt dans la syphilis, mais sa valeur diagnostique peut être considérable si l'on hésite entre la syphilis et une tumeur cérébrale. Ce soupçon de tumeur cérébrale doit faire craindre les accidents d'étranglement de l'isthme, qui peuvent provoquer la mort subite; il exige donc de faire la ponction, non sur le malade assis, mais sur le malade couché sur le côté droit ou gauche.

Dans ces conditions, la pression, mesurée à l'aide du manomètre de Claude, est normalement de 12 à 15 centimètres d'eau ; elle fait penser à un processus pathologique à partir de 20, et a toujours une signification importante au-dessus de 25.

Chez les syphilitiques banaux, on emploie rarement le manomètre. On se contente de noter la vitesse d'écoulement, — en jet ou goutte à goutte, — et si, par hasard, on tombe sur un liquide très hypertendu, on modère la vitesse d'écoulement avec le doigt, et même on suspend la ponction. (Avec le manomètre de Claude, toute chute importante de la tension impose l'arrêt immédiat de la ponction et la mise du malade tête basse).

2° **L'aspect.** — Le liquide normal est clair, incolore et limpide. Il est rare que la syphilis modifie, à l'œil nu, les qualités du liquide ; on peut noter, sous certains éclairages, une légère opalescence lorsque la leucocytose est élevée.

La couleur jaune (xantochromie), avec ou sans coagulation massive, qui est d'ailleurs exceptionnelle, éveille plutôt l'idée de mal de Pott ou de tumeur médullaire que de syphilis, mais on peut l'observer dans cette maladie.

3° **L'analyse chimique.** — Le liquide céphalo-rachidien normal contient peu d'albumine (0,18 à 0,30 par litre). Les grands excès d'albumine sont faciles à reconnaître par la chaleur et une trace d'acide acétique, par le réactif de Tanret, etc.

L'importance attribuée à l'hyperalbuminose dans la syphilis, comme dans les autres maladies d'ailleurs, justifie des dosages plus précis : l'albumimètre de Sicard et Cantaloube est un tube d'Esbach mince, exigeant peu de liquide céphalo-rachidien et peu du réactif qui est l'acide trichlo-acétique. La lecture se fait après cinq heures. Il existe aussi une échelle de tubes qui permet par comparaison une lecture immédiate (M. Bloch, Mestrezat). Le procédé de Ravaut

et Boyer à l'acide salicylique exige moins de liquide céphalo-rachidien, mais est d'une technique plus délicate (1).

Il peut être intéressant de demander au laboratoire quelle est l'albumine qui précipite, car, dans la syphilis, il s'agirait généralement de globuline.

Les procédés sont très nombreux qui dosent les diverses variétés de matières protéiniques. Mais « la qualité des réactions isolées ne permet en aucune sorte d'orienter un diagnostic par ailleurs hésitant. » (L. Girot).

Pandy décèle la sérine par l'acide phénique.

Weichbrodt dose les globulines par le sublimé. La réaction est positive lorsque le mélange de $0^{cc}7$ de liquide céphalo-rachidien et de $0^{cc}3$ de liqueur de Van Swieten se trouble en deux à trois minutes. Elle serait caractéristique de la présence d'albumoses, très fréquente dans les affections syphilitiques et d'une grande valeur diagnostique. Elle peut être utilisée au lit du malade.

La réaction de Nonne est classique ; on lui attribue généralement une valeur accessoire.

Noguchi et Moore recherchent l'albumine par l'acide butyrique. La réaction donne un précipité très abondant dans les syphilis nerveuses, alors que les autres liquides clairs, tels que celui de la méningite tuberculeuse, ne précipitent pas ou donnent seulement un précipité léger.

Enfin, le sucre (qui n'existe que dans la proportion de 0,50 environ par litre à l'état normal) sera dosé si l'on hésite entre la syphilis et l'encéphalite léthargique, l'hyperglycorachie étant, peut être à tort, considérée comme une caractéristique de la maladie d'Economo.

4° **L'analyse histologique.** — Son importance est capitale. Elle doit être faite avec le plus grand soin et, autant que possible, immédiatement après la ponction lombaire, pour éviter la cause d'erreur qu'entraîne la sédimentation. Seul, un liquide céphalo-rachidien quasi dépourvu de sang peut être utilement examiné, l'analyse porte sur la quantité et la qualité des éléments.

Nombre des éléments. — Deux méthodes permettent de l'apprécier. Ravaut reste fidèle à la méthode initiale : on centrifuge; le culot, prélevé dans une pipette fine, est déposé sur une lame en trois gouttes qu'on laisse sécher sans étaler. On colore et on compte par champ d'immersion.

Nageotte a fait construire une cellule analogue à celle de l'hématimètre mais de plus grande contenance. Avant de la remplir, on teinte légèrement le liquide avec une trace de bleu de méthylène ; la lamelle appliquée, on laisse reposer quelques minutes, puis l'on compte un certain nombre de bandes ; un calcul facile donne le nombre de leucocytes par millimètre cube.

Normalement, le liquide céphalo-rachidien ne contient, pour ainsi dire, aucun élément; chez la majorité des sujet normaux, on en trouve 1/2 par millimètre cube ; jusqu'à 1 1/2 ou 2 cependant, on peut admettre que le liquide est normal, 2 est déjà suspect; 3, 4, 7 par millimètre cube représentent un début de réaction.

On a beaucoup discuté sur ces leucocytoses minimes qu'avec M. Jeanselme j'ai appelé lymphocytoses d'alarme. C'est peut-être à tort que nous les avions considérées autrefois, en règle générale, comme une forme de début des méningites syphilitiques ; les travaux de ces dernières années nous portent à penser qu'il ne faut pas y attacher une très grande importance, car nombre d'infections et d'intoxications s'accompagnent de réaction du liquide céphalo-rachidien, et il peut en être de même dans la syphilis sans qu'il s'agisse, à proprement parler, de méningite. Il reste cependant indiscutable, selon nous, que les chiffres de 2, 3 et 4 lymphocytes ne sont jamais des chiffres normaux. Il n'est d'ailleurs pas exceptionnel d'observer ces minimes leucocytoses au cours de méningites chroniques aussi indiscutables que celles des tabes par exemple.

Quatre ou sept éléments caractérisent la leucocytose faible.

Sept à quinze, la lymphocytose moyenne ;

Quinze à trente indiquent toujours une réaction grave.

Au-dessus de trente, c'est la leucocytose énorme, qui peut atteindre des chiffres considérables, mais cependant dépasse assez rarement 100 dans la syphilis. J'ai vu jusqu'à 400 éléments.

Quelle que soit la méthode employée pour compter les leucocytes, deux causes d'erreurs sont importantes à signaler.

a. Les résultats changent si l'on attend plusieurs heures, à plus forte raison, douze ou vingt-quatre heures, pour examiner le liquide. Une certaine quantité de leucocytes disparaissent. Fait curieux, la centrifugation ne les retrouve pas mieux que la cellule de Nageotte. Il s'est donc fait soit une destruction, soit une adhérence aux parois du tube (Nageotte), soit une agglutination des leucocytes (Ravaut).

Cette disparition de leucocytes peut être totale si la réaction est légère. Elle est loin d'avoir la même valeur chez différents sujets, toutes choses égales d'ailleurs : j'ai vérifié qu'après vingt-quatre heures elle est quasi nulle dans certains cas, énorme dans d'autres, sans qu'on puisse trouver de ce fait une explication basée : la présence d'un petit coagulum fibrineux est inconstante dans les tubes les plus modifiés.

b. La quantité de leucocytes est plus grande dans les premières gouttes qui s'écoulent que dans les dernières ; la différence peut être considérable. Sézary et Barbé recommandent, pour éviter toute erreur, de recueillir les premières gouttes directement dans la cellule de Nageotte.

Comme nombre d'autres praticiens, je me contente de recueillir les deux premiers centimètres cubes dans un tube qui est réservé pour le diagnostic histologique ; le liquide qui s'écoule ensuite est

---

(1) Les chiffres d'albumine obtenus avec les différents appareils ne sont pas exactement comparables entre eux. L'échelle de Marcel Bloch donne des quantités plus élevées que le tube de Sicard. Sézary et Barbé ont comparé les résultats donnés par les appareils de Sicard et de Ravaut. Nous avons obtenu des chiffres analogues lorsqu'ils se rapprochent de la normale, mais de plus en plus disparates à mesure que les liquides sont modifiés davantage. C'est ainsi que 30 centigrammes à l'appareil Sicard équivalent à 40 centigrammes à l'appareil Ravaut, que 50 centigrammes au premier correspondent à 70 centigrammes au second; 60 centigrammes au premier à 90 centigrammes ou 1 gramme au second; 65 centigrammes au premier à $1^{g}20$ et même $1^{g}50$ au second; 75 centigrammes au premier à $1^{g}80$ ou $1^{g}90$ au second.

Les résultats donnés par les deux appareils ne deviennent donc comparables que si on fait une correction selon le barème sus-indiqué

Sézary demande, à juste titre, que le chiffre de l'albumine soit toujours suivi du nom de l'appareil qui l'a donné.

reçu dans un autre tube destiné aux examens chimiquie et biologiques.

Cette méthode a l'avantage de donner à la numération la valeur relative qu'elle posséde en réalité. Pourquoi chercher dans l'examen de laboratoire une précision extrême puisque la sédimentation qui s'accomplit dans les lacs arachnoïdiens varie elle-même en fonction d'influences que nous sommes incapables de connaître. Le nombre des leucocytes n'est en vérité qu'un repère grossier dont, par une technique suffisante, il faut situer l'ordre de grandeur, en se gardant bien de l'erreur classique du physicien qui calculait les décimales d'observations faites avec des appareils sensibles à quelques unités près.

Aspect des éléments. — Une lame sèche est fixée et colorée par les procédés usuels. M. Ravaut conseille la coloration vitale à la pyronine qui permet de reconnaître une grande variété de mononucléaires; une goutte du culot de centrifugation est mêlée à une trace de colorant; la préparation est lutée et examinée le lendemain.

La polynucléose est exceptionnelle dans la syphilis. Au cours des poussées aiguës ou subaiguës cependant, de nombreux polynucléaires peuvent voisiner avec les lymphocytes.

La formule de la syphilis est essentiellement une formule à mononucléaires, et plus particulièrement à lymphocytes.

Les lymphocytes sont de petites cellules à noyau rond, très coloré et très gros par rapport à la mince couronne de protoplasma que l'on aperçoit à peine.

La lymphocytose est la caractéristique des méningites torpides, c'est dire qu'elle est la formule quasi constante des méningites syphilitiques, mais elle n'est pas spéciale à la syphilis.

Parfois, surtout lorsque la lymphocytose est forte ou énorme, s'observent, à côté des lymphocytes, des mononucléaires de forme variable dont les plus intéressants se rapprochent de la morphologie des plasmazellen, éléments à protoplasma abondant et basophile. M. Ravaut insiste, à juste titre, sur la recherche et la numération relative de ces éléments qui sont exactement ceux que l'on trouve dans toutes les néoplasies syphilitiques jeunes.

La présence de pareilles cellules a une très grande importance car elle indique l'existence d'un infiltrat méningé dont la réduction thérapeutique sera souvent difficile.

5° **L'analyse biologique.** — La *réaction de Wassermann* présente un intérêt de premier ordre pour le diagnostic de la syphilis. Elle est souvent négative dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, mais lorsqu'elle est positive, elle indique presque certainement la syphilis. Je dis presque certainement, car on a signalé des Wassermann positifs dans quelques observations de maladies non syphilitiques, telles que l'encéphalite léthargique et les tumeurs cérébro-médullaires.

Le Wassermann du liquide céphalo-rachidien est fait comme le Wassermann ordinaire du sang; il importe cependant de mettre beaucoup de liquide méningé; en pratique, on remplace le sérum du malade et l'eau chlorurée physiologique de la réaction de Wassermann banale par une même quantité de liquide céphalo-rachidien. En outre, ce liquide n'est pas inactivé, c'est-à-dire qu'on ne le chauffe pas à 65 degrés avant de l'employer.

Il est toujours intéressant de comparer le Wassermann du liquide céphalo-rachidien au Wassermann du sang; le parallélisme ou le non parallélisme des deux réactions donne des renseignements précieux.

Dujardin admet que les anticorps syphilitiques (propriétés spéciales qui rendent le Wassermann positif) ne se forment jamais dans le liquide céphalo-rachidien, et qu'ils viennent du sang; un Wassermann positif indiquerait une exagération nette de la perméabilité méningée. « L'index de Dujardin » est le rapport entre la quantité des anticorps sériques et celle des anticorps intraméningés; il permet d'apprécier le degré de perméabilité méningée; il suffit, pour le calculer, d'augmenter le nombre des tubes de la réaction de Wassermann et de faire varier régulièrement la quantité des liquides éprouvés. La présence d'un Wassermann positif dans le liquide, négatif dans le sang, s'expliquerait par la persistance des anticorps dans la cavité close arachnoïdienne.

Pour M. Ravaut, les substances qui rendent le Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien, ne viennent ni des méninges ni du sang; elles sont produites par la consomption du parenchyme nerveux qu'altère le spirochète. Un Wassermann positif signifierait toujours lésion nerveuse concomitante de la lésion méningée.

D'autres théories ont été proposées. Retenons que la positivité du Wassermann méningé est un indice de gravité.

Réactions colloïdales. — Lange a imaginé une réaction de précipitation du liquide céphalo-rachidien par contact d'or colloïdal. Cette réaction comporte une technique délicate; de nombreux succédanés ont été proposés : gomme mastic, bleu de Berlin, etc.; Guillain, Laroche et Léchelle ont proposé une dilution colloïdale de benjoin (1).

On distingue trois degrés de la réaction. Au plus faible, la précipitation ne se fait que dans une zone intermédiaire, appelée zone méningitique en raison de son existence au cours de la méningite tuberculeuse; cette réaction faible n'apporte pas d'argu-

(1) GUILLAIN, LAROCHE et LÉCHELLE. *La Réaction du benjoin colloïdal et les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien*, Paris 1922, Masson. Bibliographie au bas des pages.

Je crois utile de résumer la technique de la réaction du benjoin simplifiée.

Dans six tubes très propres et rincés à l'eau distillée, on verse une solution à 0gr10 p. 1000 de NaCl chimiquement pur : 0cmc25 dans le premier tube, 0,50 dans le deuxième, 1,50 dans le troisième, 1 centimètre cube dans les quatrième, cinquième et sixième. Ajouter ensuite, en brassant le mélange, 0cmc75 du liquide céphalo-rachidien dans le premier tube, 0,50 dans le deuxième, 0,50 dans le troisième; un centimètre cube de ce troisième tube est mis dans le tube 4; un centimètre cube du tube 4 est mis dans le tube 5, dont, après brassage, on rejette un centimètre cube. Le tube 6 est le témoin.

Dans chaque tube mettre un centimètre cube d'une solution de benjoin colloïdal (solution alcoolique mère de 1 gramme de benjoin amygdaloïde de Sumatra dans 10 centimètres cubes d'alcool absolu; diluer 0cmc3 dans 20 centimètres cubes d'eau distillée à 37 degrés, en ajoutant goutte à goutte).

Lecture après douze heures à la température du laboratoire (2 = précipitation complète = positif; 1 = précipitation incomplète = subpositif; 0 = absence de précipitation = négatif) :

Tubes....	1	2	3	4	5	6
Dilutions.	3/4	1/2	1/4	1/8	1/16	0
Résultats:	0	0	0	0	0	0 négatif.
	2	2	2	2	2	0 positif fort (paralysie génér., tabes évolutif).
	1	2	2	1	2	0 subpositif, tabes endormi).
	1	1	2	1	2	0 etc.

Il faut réserver pour la réaction 2 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien (non purulent et exempt de sang).

ments en faveur de la syphilis; le zona, certaines tumeurs cérébrales, certaines épilepsies s'en accompagnent. Au degré moyen, la précipitation s'étend au tube contenant le plus de liquide céphalo-rachidien; elle occupe la zone appelée syphilitique : la syphilis est très probable si le Wassermann est en même temps positif. Le degré extrême est caractérisé par une précipitation très étendue, qui réalise le type appelé paralytique, en raison de sa quasi-constance dans la paralysie générale et les autres syphilis neuro-méningées graves. Souvent, on réserve à ces deux derniers degrés le nom de réaction positive; la méthode simplifiée, qui les met en évidence, suffit aux besoins du médecin qui recherche la syphilis.

Une réaction franchement positive ne permet cependant pas de l'affirmer. Achard et Thiers ont montré, par exemple, qu'on l'observe dans la sclérose en plaques. Le Wassermann doit toujours être fait en même temps que le benjoin; il est négatif dans la sclérose en plaques. Dans la syphilis, Wassermann et benjoin marchent de pair dans 80 p. 100 des cas; parfois, le Wassermann est positif alors que le benjoin est négatif; plus rarement, l'inverse est observé.

Pas plus que le Wassermann en effet, le benjoin n'est positif dans toutes les syphilis nerveuses; la réaction manque dans les méningites de la période secondaire qui ne sont pas extrêmement intenses, c'est-à-dire l'immense majorité; elle manque aussi chez les vieux tabétiques dont les lésions sont fixées, chez les neuro-syphilitiques dont la maladie sommeille (les classiques disent : « s'est éteinte spontanément ou sous l'influence du traitement »), et chez les sujets dont les altérations nerveuses sont exclusivement la conséquence de l'artérite.

Négative, la réaction de Lange-Guillain ne permet pas de rejeter le diagnostic de syphilis; chez un syphilitique, elle autorise un bon pronostic. Positive, la réaction est un indice de gravité immédiate, et si, malgré le traitement, elle persiste positive, le pronostic est des plus sombres; le nom de paralytique, donné à la réaction intense, doit toujours être présent à l'esprit malgré les critiques qu'une interprétation trop absolue a pu justifier.

Nombreuses sont les épreuves qui ont encore été proposées dans un but de diagnostic ou de pronostic; la dernière en date, à notre connaissance, est la réaction de Sicard et Haguenau, modification de la réaction de Lange, qui décèlerait d'une façon certaine la paralysie générale, mais dont la valeur n'a pas été suffisamment éprouvée.

6° **L'analyse microbiologique.** — Quelques auteurs ont trouvé le spirochète de la syphilis dans le liquide céphalo-rachidien. Mais sa recherche systématique donne trop peu de succès pour avoir un intérêt pratique. Il est, au contraire, indiqué de rechercher toujours par examen direct et par culture, si le liquide céphalo-rachidien contient des microbes banaux ou spécifiques. Si l'hypothèse de méningite tuberculeuse peut se poser et n'est pas confirmé immédiatement, un tube sera laissé vingt-quatre heures à l'étuve afin qu'il s'enrichisse en bacilles tuberculeux.

Wile et Kirchner (1) ont cependant publié récemment les résultats d'une nouvelle méthode pour la recherche des spirochètes. Ils ne centrifugent pas, mais agglomèrent les éléments épars dans un coagulum de kaolin et de crème d'alumine neutre. Le spirochète est découvert dans 11 p. 100 des cas; les résultats positifs sont plus nombreux dans les syphilis très précoces que dans les syphilis tardives, même nerveuse. *Le fait capital est que deux fois sur trois où la présence de spirochètes est constatée, le Wassermann est négatif* dans le liquide céphalo-rachidien.

(1) Wile et Kirchner. *Arch. f. Dermat. and Syphil.*, déc. 1923, t. VIII, n° 6.

Marcel Bloch et Schulmann en 1914, Jeanselme, Schulmann et Martin, en 1925, n'ont obtenu que des résultats négatifs (1).

Déçus par l'examen direct, nombre d'auteurs ont *inoculé le liquide céphalo-rachidien à des animaux réceptifs*. Hoffmann, Nichols et Hough, Volk, Marinesco et Minea, Steiner, Arzt et Kerl, Frühwald et Zaloziecki, Roasoner, Wille réussissent à transmettre la syphilis en partant de liquides de paralytiques généraux, de méningitiques, de simples syphilitiques secondaires même.

Les expériences les plus récentes sont, à notre connaissance, celles de Chessey et Kemp (2), qui font l'inoculation dans le testicule du lapin : un fait capital est mis en évidence : un lapin injecté peut sembler indemne et cependant être atteint de syphilis latente; si, après quatre-vingt-dix jours, on inocule des fragments de son testicule à des lapins neufs, ceux-ci peuvent devenir syphilitiques; le virus s'habitue au lapin et se renforce par des passages successifs.

Malgré l'objection que le spirochète vérolique peut être confondu avec spirocheta cuniculi, les recherches des auteurs précédés nous paraissent valables.

Un fait considérable y est démontré : sur trente-cinq syphilitiques secondaires dont le Wassermann était positif, mais dont le liquide céphalo-rachidien péraissait tout à fait intact, cinq fois le spirochète a été découvert.

Ainsi les méninges peuvent, sans réagir, héberger le virus syphilitique. Cette découverte est grosse de conséquences.

De l'intégrité des méninges on ne peut plus conclure à la non-syphilisation neuro-méningée.

En pleine septicémie syphilitique le spirochète est souvent partout, même là où il se tait. Sans doute beaucoup de syndromes méningés, que même la ponction lombaire pourront faire croire tardifs, sont amorcés dès le début de la maladie par une syphilisation lente et progressive du système nerveux et de ses enveloppes. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 22 février 1926)

Croissance et interactions alimentaires. — M. Jules Amar.

Action préventive du bismuth dans la syphilis expérimentale du lapin. — MM. L. Fournier et A. Schwartz. Les

(1) Jeanselme, Schulmann et R. Martin. Recherches sur la présence des tréponèmes dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, *Presse méd.*, 5 août 1925, n° 62.

(2) A. N. Chessey et J. E. Kemp. Présence de tréponèmes dans le liquide céphalo-rachidien à un stade précoce de la syphilis, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 29 nov. 1924, t. LXXXIII, n° 22.

dérivés bismuthiques insolubles (trépol), le bismuth métalliques et certains composés lipo-solubles administrés au lapin, par voie intramusculaire, préservent l'animal d'une façon certaine contre l'infection syphilitique expérimentale.

L'état réfractaire dure de trois à six mois, et le fait que les animaux ont fini par contracter la syphilis montre bien qu'ils sont restés pendant de longs mois totalement à l'abri de l'infection.

Les auteurs poursuivent leurs recherches dont on peut prévoir le très grand intérêt pratique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 MARS 1926)

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il a reçu de bonnes nouvelles de M. le Secrétaire général qui se rend au Japon par l'Amérique. M. Achard a visité Montréal, où il a reçu le plus chaleureux accueil de la part de nos confrères canadiens.

A propos du procès-verbal. — MM. F. BEZANÇON et ETCHEGOIN, en réponse à la note de M. Vincent sur la fuso-spirochétose bronchique, font observer qu'ils n'ont pas soulevé le problème de l'étiologie de la bronchite sanglante, mais apporté des constatations précises sur un autre problème, celui de l'étiologie de la gangrène pulmonaire.

Ils ont simplement voulu démontrer :

1° Que le spirochète qu'ils ont trouvé 7 fois sur 11 dans la gangrène pulmonaire n'a rien de commun avec le spirochète Vincenti ;

2° Qu'il est rarement associé au bacillus fusiformis;

3° Que le spirochète qu'ils ont isolé a, dans tous les cas, les mêmes aspects morphologiques et de mobilité et est d'un type analogue à celui décrit par Castellani dans la bronchite sanglante.

Les auteurs rappellent que, à côté des partisans de l'identité du spirochète de la bronchite sanglante à celui du spirochète Vincenti, il existe de nombreux auteurs qui sont d'un avis différent (Fantham, Chaulmers, O'Farrell, Brumpt, Froilano-Mello, Andrade, Nolph et Spehl, Bouday et autres).

« A moins de n'attacher aucune importance aux variations de colorabilité, à la morphologie, aux caractères de mobilité, on doit considérer comme deux espèces distinctes le spirochète que nous avons observé dans la gangrène pulmonaire et le spirochète Vincenti. L'un peut être vu facilement par les méthodes de coloration simples; l'autre qui, à la manière du spirochète ictero-hemorragiæ et du tréponème de la syphilis, est visible seulement par les techniques d'imprégnation à l'argent ou après mordançage. »

La syphilis est-elle en décroissance dans la classe ouvrière? — MM. JEANSELME et BURNIER. « Le nombre de malades atteints de syphilis récente qui se rendent au dispensaire annexé à la Clinique de l'hôpital Saint-Louis nous a paru s'accroître très sensiblement depuis une année. La courbe que nous avons établie montre que de 1919 à 1.925 la marche de la syphilis a été la suivante : au lendemain de la guerre, le tracé est très élevé. Il remonte même quelque peu en 1920 et descend assez lentement, mais sans arrêt, durant les années 1921 et 1922. Il reste très bas, à peu près étale, en 1923 et 1924. Puis il se redresse soudain en 1925, sans atteindre toutefois le niveau de 1920.

Si l'on envisage l'année 1923, où le nombre de syphilis récente est réduit au minimum et l'année 1925 où il atteint un chiffre élevé on voit que les deux tracés ne s'enchevêtrent pas; toujours ils restent superposés, indépendants l'un de l'autre, sans être toutefois parallèles.

La statistique des autres chefs de service de l'hôpital Saint-Louis, MM. les docteurs Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob et Louste donne des résultats sensiblement analogues.

Le nombre total des cas de syphilis récente traités dans les six dispensaires de l'hôpital Saint-Louis a été de 1955 en 1924 et de 2.445 en 1925, ce qui dénote un accroissement d'une année à l'autre de 20 p. 100.

Si l'on remarque que l'hôpital Saint-Louis reçoit dans ses dispensaires des syphilitiques venant de tous les quartiers de la capitale et de la banlieue, on est en droit de conclure que la syphilis est en progrès très marqué dans les milieux ouvriers de l'agglomération parisienne.

En est-il de même en province? L'enquête que nous avons faite auprès des chefs de centre dermato-vénéréologique, le professeur Nicolas (de Lyon), le docteur Laurent (de Saint-Etienne), les docteurs Vigne et Barbier (de Marseille), le professeur Petges (de Bordeaux), le docteur Thorel (du Havre), le docteur Payenneville (de Rouen), le docteur Danel (de Lille), le professeur Spillmann (de Nancy), le professeur Pautrier (de Strasbourg), permet de conclure également que la recrudescence observée à Paris existe réellement dans le reste de la France.

A l'étranger, par contre, la syphilis semble être en régression, comme le montrent les statistiques que nous ont fournies le professeur Oltramare et le docteur Du Bois (de Genève), le professeur Malvoz et le docteur R. Lakaye (de Liége), le professeur Ehlers (de Copenhague), le professeur Finger (de Vienne).

Parmi les causes qui peuvent expliquer la recrudescence actuelle de la syphilis en France, deux surtout peuvent être retenues :

1° L'afflux d'immigrants étrangers. Pour donner un exemple, une des grandes usines de la banlieue parisienne, dont l'effectif est de 30.000 ouvriers environ, emploie 10.576 étrangers et 2.024 indigènes des colonies françaises, ce qui fait 35,87 p. 100.

Parmi les 250 syphilitiques hospitalisés dans les salles de la Clinique de l'hôpital Saint-Louis, du 1er janvier au 31 mars 1925, on compte 204 français et 50 étrangers ou indigènes (soit une proportion de 20 p. 100). En réalité, cette proportion est beaucoup plus forte, car si l'on considère que tous ces immigrants sont du sexe masculin, on constate que leur nombre par rapport à la population des salles d'hommes atteint 34,4 p. 100.

Sur 451 cas de syphilis récente traités au dispensaire de la Clinique en 1925, on relève 260 français, 140 étrangers et 51 indigènes de l'Afrique du Nord (soit 73 p. 100).

L'apport des syphilitiques étrangers est également considérable dans tous nos grands centres maritimes et industriels.

Si l'immigration est une nécessité impérieuse pour notre pays — ce que nul ne conteste — il faut au moins qu'elle soit réglementée pour pallier à ces inconvénients : visites au départ, à la frontière, à l'arrivée au lieu de résidence.

2° La seconde cause de la recrudescence de la syphilis en France est certainement l'emploi courant du bismuth, non seulement comme traitement d'entretien, mais aussi comme traitement d'attaque et le discrédit injustifié dans lequel est tombé l'arsénobenzol administré par voie intraveineuse.

Nous ne méconnaissons pas la valeur du bismuth et du mercure qui rendent chaque jour de grands services aux praticiens; mais prescrire ces médicaments à l'aveugle est, à notre avis, une faute thérapeutique qui a pour résultat de compromettre le succès de la campagne entreprise contre la syphilis. »

De la rachianesthésie dans l'opération césarienne. — M. BRINDEAU apporte 102 cas dans lesquels a été employée la rachianesthésie. Ce mode d'anesthésie n'est pas sans contre-indication, mais il présente l'avantage d'éviter les hémorragies.

Fonctionnement d'une maternité pour tuberculeux annexée à la Clinique Baudelocque. — M. COUVELAIRE. La Maternité Baudelocque est dotée depuis 1921 d'une organisation spéciale permettant d'assurer l'assistance obstétricale des femmes atteintes de tuberculose pulmonaire et la protection de leurs enfants nouveau-nés contre toute possibilité de contagion maternelle. Cette organisation fonctionne en liaison avec les dispensaires antituberculeux et les œuvres de placement des nourrissons, en particulier avec le dispensaire Léon-Bourgeois (service de MM. Léon Bernard et Rist) et avec l'Œuvre du placement familial des tout petits. Elle prépare dès la gestation et réalise dès la naissance la séparation stricte des enfants et des mères; 231 femmes ont été hospitalisées dans cette maternité spéciale. La plupart de leurs enfants paraissaient à la naissance susceptibles de s'élever normalement. La mortalité au cours du premier mois de ces enfants peut être réduite par l'alimentation au lait de femme. C'est

dans ce sens qu'il faut perfectionner l'organisation existante, organisation dont la nécessité reste entière même si on pratique la vaccination préventive de Calmette.

Valeur de la transfusion du sang chez le nouveau-né. — M. Paul Guéniot expose les résultats très favorables qu'il a obtenus chez les prématurés par l'emploi de la transfusion du sang.

Il ne pense pas cependant qu'il y ait lieu de généraliser cette thérapeutique, qui est en somme de technique délicate, à tous les prématurés, car beaucoup s'accroissent admirablement par des soins et une alimentation bien réglés. Mais chez ceux qui, malgré ces soins, dépérissent et sont menacés, elle offre un espoir de salut car elle semble le plus puissant moyen de stimuler la vitalité et l'accroissement des débiles.

Election de deux correspondants étrangers dans la sixième division (pharmacie). — Classement des candidats : en première ligne, MM. José Carracido (de Madrid) et Greenisch (de Londres); en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. van Itallie (de Leyde) et Joseph Khouri (d'Alexandrie).

Au premier tour, M. José Carracido est élu par 76 voix, M. Greenisch par 66 voix.

Comité secret. — A 3 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret pour la nomination de six membres pour compléter la Commission de présentation des candidatures à la place vacante dans la section des membres libres.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 26 février 1926)

Péritonites septiques. — M. Lemierre signale la fréquence des péritonites septiques. Il insiste sur les cas de péritonites passagères observés chez les ascitiques après ponction; péritonites curables dont le diagnostic est posé par l'examen cytologique du liquide. Elles sont dues au colibacille, au streptocoque le plus souvent. Il signale, en outre, la fréquence des péritonites à pneumocoques à la phase préagonique.

Un cas d'hémicraniose. — M. Jules Dereux présente une malade qu'il a eu l'occasion d'étudier dans le service du docteur Nageotte. Ce cas répond à la description de l'hémicraniose de MM. Brissaud et Lereboullet. Il est caractérisé : 1° par une hyperostose limitée au domaine du trijumeau d'un côté; 2° par la coexistence d'une tumeur profonde intracranienne; 3° par l'origine congénitale de l'affection.

L'intérêt de ce cas réside, non seulement dans sa rareté, mais encore dans l'aspect radiographique du crâne qui montre l'existence de la tumeur profonde qu'on n'avait pas pu, dans les cas comparables d'hémicraniose congénitale, déceler radiographiquement.

Péritonite tuberculeuse avec état cachectique traitée et guérie par l'héliothérapie en altitude au sanatorium d'Odeillo-Font-Romeu. — M. P.-F. Armand-Delille présente une jeune fille de seize ans, envoyée en mai dernier au sanatorium des pupilles de l'Ecole publique à Odeillo (Font-Romeu), pour péritonite tuberculeuse. Au moment du départ, elle était cachectique, subfébrile, avec ventre énorme rempli de masses caséeuses et de liquide.

En neuf mois, elle a augmenté de 10 kilos, son ventre a repris ses proportions normales, son état général est parfait.

C'est un exemple des merveilleuses guérisons qu'on peut obtenir par l'héliothérapie en altitude.

Hépato-néphrite avec énorme azotémie suivie de paratyphoïde B. Guérison. — MM. Pagniez et Escalier relatent l'observation d'un malade qui a présenté dans une première phase apyrétique un ictère de tonalité rougeâtre avec albumi-

nurie et énorme azotémie. Le taux de l'urée a atteint au huitième jour de la maladie le chiffre tout à fait exceptionnel de 7g35. Dans une deuxième phase, alors que l'ictère avait presque complètement disparu, la température s'est élevée à 3 , degrés et l'hémoculture a montré un para B.

Les auteurs soulignent le caractère exceptionnel de l'azotémie qui, comme dans certaines observations d'hyperazotémie au cours d'états aigus, n'a pas eu de signification pronostique défavorable. Ils discutent la relation de l'hépato-néphrite et de la septicémie à para B. Eliminant l'origine spirochétienne, il semble qu'on a eu affaire à une infection para-ébertienne dont la première partie a été apyrétique en raison de l'hyperazotémie.

Ictère grave avec septicémie colibacillaire simulant une spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. Etienne MAY et R. BOULIN rapportent une observation d'ictère grave dont la nature spirochétosique semblait probable en raison de la courbe thermique et d'une azotémie à 4g50, mais où les examens de laboratoire destinés à mettre le spirochète en évidence ne donnèrent que des résultats négatifs tandis que l'hémoculture décelait constamment une septicémie à colibacilles.

Etude de l'insuffisance pancréatique externe par le dosage des enzymes dans le suc duodénal prélevé par tubage. Troisième communication : **Les ferments digestifs du suc duodénal dans les affections du pancréas.** — MM. M. CHIRAY, J. LEBON et W. GOZLAN, poursuivant leurs études sur les ferments digestifs du suc duodénal, abordent dans le présent travail l'étude des variations de ces ferments au cours des affections du pancréas. Ils considèrent comme probable que si l'on dosait les enzymes de dix en dix minutes sur le suc de sécrétion pancréatique provoquée par l'épreuve du lait et si l'on inscrivait les résultats de ces dosages sur une courbe, celle-ci mettrait nettement en évidence toutes les insuffisances pancréatiques externes.

a. L'étude du suc duodénal dans les pancréatites aiguës a donné les résultats les plus contradictoires. Quant aux pancréatites chroniques, les auteurs se réservent de les étudier avec les retentissements pancréatiques des affections hépatiques ou biliaires puisqu'elles leur sont très habituellement liées.

b. Dans les cancers du pancréas on a également rapporté des résultats assez peu concordants. S'il s'agit de cancer du corps et de la queue la plupart des auteurs n'ont observé aucune modification des éléments constituants du suc duodénal. Toutefois, Marcel Labbé, qui a pu étudier un malade de ce genre avec la méthode de la sécrétion provoquée par l'éther (méthode de Katsch), a constaté dans ses dosages une insuffisance diastasique manifeste.

Dans les cancers de la tête du pancréas, l'étude biologique du suc duodénal a donné des renseignements plus importants car elle a révélé habituellement une rétention complète des éléments de la bile et des ferments pancréatiques. Quelquefois, cependant, même dans les cancers de la tête du pancréas, les ferments digestifs du suc duodénal persistent à l'état normal. En tout cas, à l'heure actuelle, en présence d'un ictère chronique par rétention, on est autorisé à penser au cancer de la tête du pancréas si les ferments digestifs du suc duodénal sont à peu près disparus. Mais on ne peut tirer aucune conclusion de diagnostic s'ils persistent à l'état normal ou subnormal.

Sur un syndrome caractérisé par des troubles circulatoires des extrémités d'origine spasmodique par des troubles nerveux sympathiques et par des troubles menstruels. — M. GUILLAUME.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1926

Tumeurs à myéloplaxes des os longs des membres. — M. LECÈNE, à propos d'une observation de M. LOMBARD (d'Alger) fait une étude complète de la si intéressante question des tumeurs osseuses à myéloplaxes. M. Lombard, chez une femme de vingt-quatre ans, présentant une tumeur de l'extrémité supérieure du tibia, fit une incision et curetta des fongosités qu'il examina; ayant constaté une tumeur à myéloplaxes, il réopéra la malade trois jours après, curetta tout le foyer et fit des greffes ostéo-périostiques; le résultat fut remarquable et le rapporteur ne peut que recommander, cette manière de faire.

L'auteur fait alors une étude très complète des tumeurs à myéloplaxes avec projections de radiographies et de coupes histologiques. Il est bien entendu que ces tumeurs, bénignes, ne sont pas des sarcomes et qu'il faut éviter cette confusion regrettable qui a trop souvent été faite. Quelle description donner de ces tumeurs? Selon Eugène Nélaton qui les a bien étudiées, le tissu à myéloplaxes est creusé de cavités kystiques, de cavernes, tissu rempli de sang et parfois pulsatile. Quelle est l'étiologie de ces tumeurs? Nous ignorons absolument à l'heure actuelle leur cause, le laboratoire et la radiographie peuvent seuls nous aider à en faire le diagnostic.

M. Lecène propose de les appeler *dystrophies osseuses hémorragiques* car au sens exact du mot, ce ne sont pas des tumeurs. Comme traitement, le mieux est l'opération suivant le mode qui a été recommandé plus haut; dans certains cas où l'opération n'a pu être employée, les rayons X pénétrants peuvent donner des succès.

Luxations de l'épaule avec fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. ROUVILLOIS rapporte un travail basé sur trois observations de M. CLAVELIN.

LIVRES NOUVEAUX

Le Traitement moral. De l'autosuggestion à l'éducation de la volonté (1), par le docteur Paul-Emile LÉVY (de Paris).

Tous ceux qui s'intéressent à la méthode psychothérapique connaissent et apprécient les importants travaux de l'auteur sur l'éducation de la volonté. Ce nouveau petit volume en présente, pour ainsi dire, la moelle substantifique, réduite à ses deux éléments essentiels : l'action des malades par l'autosuggestion, l'action du médecin par la direction qu'il imprime aux efforts personnels. L'auteur démontre que l'on néglige à tort le traitement moral des malades, puisque le psychisme a une si grande influence sur l'évolution des troubles. C'est dire que le médecin a autant d'intérêt que son client à lire et à méditer cette œuvre de bonne foi. J. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 8 AU 13 MARS 1926)

THÈSES

Lundi 8 mars. — Jury : MM. Hartmann, président; Couvelaire, Ecalle et Binet. — Mme POLACK-TEDESCO. Le séro-diagnostic du cancer. — M. LACOMME. Une maternité pour tuberculeuses annexée à la Clinique Baudelocque. — M. CASSAN. Cardiopathies et gestation.

Mardi 9 mars. — Jury : MM. Lejars, président; Jeanselme, Claude et Terrien. — M. PITOIS (P.). Etude du bubon strumeux de l'aine. — M. COUDERC (J.). Etude des rayons ultra-violets dans les tuberculoses. — M. RIMÉ. Les associations du bacille de Ducrey. — Mme LACROIX. Les services ouverts dans les asiles. — M. MICHAUD. Nouveau procédé opératoire de l'entropion non cicatriciel.

Jury : MM. Gilbert, président; Bernard, Nobécourt et Richet fils. — M. FILIPPINI (C.). Leucémies par corps radio-actifs et rayons X. — Mlle PERRIN. L'hypertension de la ménopause. — M. CÉLESTIN (Félix). Pneumothorax artificiel et tuberculose pulmonaire. — M. DUVIC (Ch.). Etude de la valeur de la réaction de von Picquet dans le premier âge.

(1) Un volume in-16. — Paris, 1924, Messageries Hachette.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Deuxième épreuve de l'examen d'agrégation.* — Sont admis à prendre part à cette épreuve :

Histoire naturelle (3 mars 1926) :
Paris : MM. Larousse et Lavier.
Anatomie (16 mars 1926) :
Paris : M. Corsy; Bordeaux : M. Dubecq; Lyon : M. Gabrielle; Alger : M. Ribet; Toulouse : M. Florence.
Histologie (19 mars 1926) :
Paris : MM. Giroud et Millot; Strasbourg : MM. Benoit et Courrier; Montpellier : M. Granel.
Histoire naturelle pharmaceutique (19 mars 1926) :
Bordeaux : M. Fourment; Lyon : M. Manceau.

AGRÉGATION. — *Histoire naturelle.* — *Epreuve pratique.* — Cinq plantes. — Deux cultures de champignons. — Six bocaux renfermant des parasites ou des animaux venimeux. — Sept préparations microscopiques.

Leçon orale de 3/4 d'heure après 24 heures de préparation. — Séance du 5 mars. — M. Lavier : « Notions nouvelles sur l'évolution des nématodes. »

M. Larousse : « Mycoses pulmonaires. »

Notes : M. Larousse, épreuve pratique, 20; mémoire, 19; leçon, 19; total : 58.

M. Lavier, épreuve pratique, 20; mémoire, 19; leçon, 18; total : 57.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Rathery, agrégé libre près la Faculté de medecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er mars 1926, professeur de pathologie expérimentale et comparée à ladite Faculté (chaire vacante : M. Roger, dernier titulaire).

M. Lemierre, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er mars 1926, professeur de bactériologie à ladite Faculté (chaire vacante : M. Bezançon, dernier titulaire).

— BORDEAUX. — M. Portmann, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er mars 1926, professeur d'oto-rhino-laryngologie à ladite Faculté (chaire vacante : M. Moure, dernier titulaire).

— LILLE. — M. Desoil, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à compter du 1er mars 1926, professeur de zoologie médicale et pharmaceutique à ladite Faculté (chaire vacante : M. Verdun, dernier titulaire).

— TOULOUSE. — M. Laporte, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, à compter du 1er mars 1926, professeur de pathologie interne à ladite Faculté (chaire vacante). (*J. O.*, 4 mars 1926.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Le délai de publication au *Journal officiel* de la date d'ouverture des concours pour l'emploi de chef des travaux dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie est fixé à trois mois. (*J. O.*, 4 mars 1926.)

FACULTÉS DE PHARMACIE. — Liste des candidats admis à prendre part a l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé dans les facultés de pharmacie :

Académie de Paris : MM. Bach, Bridel, Mascré et Régnier.

ASILES DE LA SEINE. — M. Marie, médecin chef de la division des hommes à l'Asile clinique, est affecté au service de l'admission dans le même établissement.

M. Thénel, médecin chef de service à l'asile de Villejuif (femmes, 1re section), est affecté à l'Asile clinique, division des hommes.

M. Roques de Fursac, médecin chef de service à l'Asile de Villejuif, est affecté à la 1re section (femmes) du même établissement.

M. Marchand, médecin chef de service à l'Asile de Villejuif, est affecté à la 2e section (femmes) du même établissement.

M. Guiraud, médecin chef de service à l'Asile de Ville-Evrard, est affecté à l'Asile de Villejuif (hommes, 3e section).

M. Petit, médecin chef des Asiles, est affecté à l'Asile de Ville-Evrard.

CITATION A L'ORDRE DU PAYS. — Le *Journal officiel* publie la citation suivante par laquelle le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Emile Juramie, interne titulaire en médecine des hôpitaux d'Alger. « Appelé à donner ses soins aux malades contagieux hospitalisés à l'ambulance d'El Kittar, s'est prodigué auprès de tous. A lutté avec toutes les forces vives de son être pour arracher à la mort un malade atteint de typhus exanthématique. Est parvenu à le sauver, mais, frappé à son tour par la maladie, est décédé victime de son dévouement le 12 janvier 1926. »

MARINE. — *Concours pour des emplois de professeur et de prosecteur dans les Ecoles du Service de santé de la marine.* — Des concours seront ouverts au cours du mois de juin 1926, à des dates et dans les ports qui seront fixés ultérieurement, pour les emplois de professeur et de prosecteur énumérés ci-après :

1° Adjoint au professeur de bactériologie et d'épidémiologie à l'Ecole d'application du Service de santé de la marine, à Toulon;

Ce concours aura lieu dans les conditions fixées par l'instruction du 14 avril 1910 (*B. O. M.*, vol. XIII, p. 57).

2° Professeur de pathologie interne et thérapeutique à l'Ecole principale du Service de santé de la marine, à Bordeaux.

3° Professeur de physique biologique aux Ecoles annexes de médecine navale de Brest et Rochefort.

4° Prosecteur aux Ecoles annexes de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon.

Les conditions de ces trois derniers concours sont fixées par l'arrêté ministériel du 29 juin 1908 (*B. O M.*, vol. XIII, p. 46).

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. Léon Frédéricq (de Liége) a été élu par 46 voix correspondant dans la section de médecine et chirurgie, en remplacement de M. J. Bergonié, décédé.

M. Emile Forgue avait obtenu 4 voix, et M. Emile Abelous 1 voix.

BANQUET DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — Le banquet de l'internat aura lieu le samedi 17 avril, à l'Hôtel Moderne, 8 *bis*, place de la République.

JOURNÉES MÉDICALES DE MONTPELLIER (4-6 NOV. 1926). — A côté des grands Congrès qui, périodiquement, permettent aux divers spécialistes d'entendre des rapporteurs qualifiés mettre au point des questions d'actualité, il s'est, depuis la guerre, créé sous le nom de journées médicales, des organismes plus souples et plus compréhensifs qui s'adressent sous la forme régionaliste, au corps des praticiens tout entier.

L'éclatant succès qu'elles ont tour à tour connu à Bruxelles, Toulouse, Rabat, faisait aux Montpelliérains un devoir de ne pas s'en désintéresser. C'est aujourd'hui chose faite.

Sous le haut patronage des autorités constituées de la ville et de la région, un Comité d'organisation vient de mettre au point les grandes lignes de ces assises scientifiques qui auront lieu à Montpellier, les 4, 5 et 6 novembre 1926.

Outre des conférenciers locaux, tels que les professeurs Forgue et Hédon, le concours est déjà assuré de maîtres éminents de la médecine militaire et de savants parmi les plus autorisés de la capitale et des pays de civilisation latine, tels la Roumanie, l'Italie et l'Espagne.

Des journées médicales comportent aussi d'importantes expositions d'hygiène et des industries se rattachant à la médecine, la chimie et la pharmacie.

Dans le même ordre d'idées réalistes ont été prévues une démonstration du service de santé et une séance d'aviation sanitaire. Plus particulièrement attrayantes pour ceux des médecins de complément qui n'ont pas fait la guerre, leur intérêt n'est pas moins vif pour le grand public à qui elles montreront sur quelles organisations les familles peuvent compter pour ceux des leurs qui pourraient être blessés sous les drapeaux.

Qu'on y joigne des réceptions officielles, représentations de grand gala, excursions, etc., et le lecteur aura une idée d'ensemble de ce programme assez séduisant pour avoir d'ores et déjà éveillé un peu partout les plus sympathiques curiosités.

La note locale sera donnée par la célébration du centenaire de la découverte du Brome par cet illustre Montpelliérain que fut Jérôme Balard.

Sous la présidence du professeur Ducamp, ces journées se dérouleront dans les locaux de la Faculté de médecine. L'activité méthodique du secrétaire général, professeur Faucon, est un sûr garant de leur succès.

Le commissaire général est M. le professeur Paul Delmas, 1, rue Germain (Montpellier).

VIe SALON DES MÉDECINS. — Le Salon des médecins sera ouvert du 14 mars au 24 mars, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain.

M. Paul Léon, directeur des Beaux-Arts, l'inaugurera le 14 mars, à 2 h. 1/2.

LE DINER D'HIVER DE « L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE ». — Le dîner d'hiver de « l'Expansion scientifique française » a eu lieu le mardi 16 février dans les salons du Palais d'Orsay, sous la présidence de M. le professeur Fernand Bezançon, de l'Académie de Médecine.

Au dessert, le docteur Pierra, administrateur-fondateur de « l'Exposition Scientifique Française » a souhaité la bienvenue au professeur Bezançon, dont le nom résume l'union si féconde et si indispensable du laboratoire et de la clinique, et aux hôtes nouveaux de la Société. Après lui, le docteur Gardette, directeur de « l'Expansion scientifique française » a rappelé pourquoi celle-ci a été fondée, en quoi elle consiste, quel est son programme et comment elle s'efforce de le réaliser grâce à une collaboration intime de tous les éléments qui composent la vie d'un journal : rédaction, administration, publicité. Puis le professeur Bezançon a marqué son approbation pour le programme ébauché par le docteur Gardette et montré, sous une forme souvent anecdotique, le grand intérêt national que présentent à la fois notre presse médicale, nos stations thermales et nos produits pharmaceutiques. Enfin, MM. Maurice Bernard, au nom des stations hydro-minérales, et Paul Fumouze, au nom des fabricants de produits pharmaceutiques, se sont associés aux vues et aux intentions de « l'Expansion scientifique française ».

Il a été entendu que le dîner de printemps aura lieu soit dans la seconde quinzaine d'avril, soit dans la première semaine de mai.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PHYSIQUE MÉDICALE. — M. le professeur A. Strohl fera sa leçon inaugurale le mardi 16 mars, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera le cours à l'amphithéâtre de physique les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

RENSEIGNEMENTS

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE VALENCE (DRÔME). — La place de directeur de ce bureau est vacante. — S'adresser, dans un délai de vingt jours, au ministère de l'Hygiène, direction de l'Assistance, 6e bureau. (*J. O.*, 5 mars 1926.)

INTERNE PROVISOIRE, MARIÉ, demande situation après midi. — Ecrire R. L..., 16, rue Steinkerque, Paris (XVIIIe).

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

RADIUMLOGIE

Par Simone LABORDE,

CHEF DE LABORATOIRE AU CENTRE ANTI-CANCÉREUX DE LA BANLIEUE PARISIENNE (VILLEJUIF).

TECHNIQUE

Les modifications apportées à la technique de la curiethérapie ont surtout consisté, en ces dernières années, dans l'emploi du radium disposé en foyers extérieurs, à une distance de la peau variant de 1 à 10 centimètres. On a cherché alors à déterminer quelle était la dose de rayonnement reçue par la peau et celle qui parvient dans la profondeur des tissus.

Étude du rayonnement γ à l'aide d'un ionomicromètre. (L. MALLET et G. DANNE. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. VIII, n° 6, juin 1924.) — Les auteurs ont construit un appareil destiné à déterminer l'énergie en rayons γ répandue dans l'espace autour des appareils radifères. Ils ont, dans ce but, réalisé un électroscope de dimension très faible, de l'ordre du centimètre cube, et auquel ils ont donné le nom de ionomicromètre.

Grace au volume réduit de la chambre d'ionisation, cet appareil permet de se rendre compte expérimentalement des doses de radium reçues en des points déterminés. Cet appareil se compose essentiellement d'une petite chambre d'ionisation contenant un tout petit électroscope; il joue le rôle d'ionomètre et permet d'apprécier les doses à différentes distances.

Etude du rayonnement γ dans les tissus. Sa notation dosimétrique (R. PROUST et L. MALLET. *Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, août 1924. Résumé in *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. VIII, n° 10, oct. 1924, p. 445). — Danne, Proust et Mallet comparent l'énergie absorbée dans les tissus à l'énergie dépensée pour l'ionisation d'un certain volume d'air de la chambre d'ionisation dans leur appareil spécial. Ils admettent que si la chambre d'ionisation était placée en un certain point dans un tissu, l'énergie de rayonnement absorbée en ce point par le tissu serait proportionnelle à l'énergie de rayonnement utilisée pour ioniser l'air de leur appareil.

A l'aide de l'ionomicromètre, Proust et Mallet ont étudié la répartition de l'énergie dans l'air et dans l'eau à différents niveaux et tracé des courbes de décroissance et d'isodose permettant de se rendre compte des meilleurs conditions de répartition des tubes dans les appareils de surface à foyers multiples et en radiumpuncture. Ces mesures pourront, à ce sujet, rendre de grands services.

Mais cet appareil ne permet pas seulement de connaître le coefficient de transmission en profondeur, pour une dose de surface prise arbitraitement. Il offre encore l'avantage, étant étalonné pour une quantité de radium connue, de faire connaître l'équivalence en poids de radium dans différents points de l'espace irradié.

Proust et Mallet ont proposé comme unité thérapeutique, le « Dominici »; le Dominici correspondant à l'énergie de rayonnement γ de 1 décigramme de radium, absorbée par les tissus pendant une heure, à 2 centimètres du foyer de rayonnement.

Méthodes pour perfectionner l'application externe de radium en thérapie profonde. (W. STENSTROM. *Amer. Journ. of. Rœntgenth. and. Radiumth.*, vol. XI, n° 2, p. 176-186, 1924).

Technique de curiethérapie profonde à grande distance et feux croisés par champs séparés et localisés. (L. MALLET et R. COLLIEZ. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 fév. 1925, p. 145-149).

PHYSIO-BIOLOGIE

La connaissance de la sensibilité des tissus vis-à-vis du rayonnement est la base de toute la thérapeutique par les radiations. Les travaux les plus intéressants de ces dernières années concourent à rechercher quel est le mécanisme de cette action et s'il s'agit d'une action directe s'exerçant sur les éléments pathologiques ou d'une action indirecte provoquée sur les tissus environnants. Pour certains auteurs, les deux effets sont concomitants, pour d'autres l'un des deux entre seul en ligne de compte, et pour d'autres enfin, les deux effets s'ajoutent.

Contribution à la connaissance du mécanisme d'action des rayons X sur les tumeurs spontanées chez la souris. (J. B. MURPHY, J. MAISIN et STURN. Comptes rendus des séances de la *Soc. de biol.*, *Soc. belge*, 29 mars 1924, t. XC, p. 272, n° 13.) — Les auteurs nient toute action directe des rayons X et des rayons du radium sur les cellules cancéreuses, attribuant leur effet uniquement à une action indirecte. Cette opinion résulte d'expériences effectuées sur le cancer de la souris. Ces auteurs ont en effet constaté que toutes les autogreffes (provenant de tumeurs spontanées de souris) inoculées dans une région de la peau exposée à une dose erythème de rayons X, échouent complètement, alors qu'elles poussent normalement si on les inocule dans une zone non irradiée. L'examen microscopique de la région réfractaire montre une réaction cellulaire très marquée à laquelle Murphy attribue le rôle de destruction des cellules cancéreuses. Les cellules cancéreuses inoculées dans un espace préalablement exposé aux rayons passent par une série de stades de dégénérescence identiques à ceux décrits après un traitement aux rayons X et interprétés comme le résultat d'une action directe de rayons sur ces cellules.

Ils ont observé que des autogreffes de cancer spontané bien établies et poussant dans la peau, disparaissent dans 70 p. 100 des cas après que les tumeurs et les tissus environnants ont été soumis à une dose érythème de rayons X, alors que d'autres autogreffes de même origine, qui ont reçu la même dose de rayons en dehors de l'organisme (in vitro), réimplantées chez les mêmes animaux, poussent progressivement dans 96 p. 100 des cas. Or, disent ces auteurs, ce résultat n'est pas dû à une susceptibilité plus grande des cellules cancéreuses irradiées, in situ, car des tumeurs irradiées, in situ, et réimplantées immédiatement après, dans un endroit non irradié chez le même animal, se développent activement, prouvant ainsi qu'elles n'ont pas souffert de l'exposition aux rayons X. Les cellules cancéreuses ne sont donc pas plus sensibles aux rayons in situ qu'in vitro, puisque les tumeurs irradiées in situ, une fois soustraites à l'influence défavorable du terrain irradié et réimplantées en un autre endroit non irradié de la peau du même animal, poussent activement.

Ces recherches, qui sont d'un grand intérêt, ne comportent peut-être pas des conclusions aussi absolues que celles qui en ont été déduites par leurs auteurs, et les résultats rapportés par Murphy et ses collaborateurs tiennent certainement aux conditions techniques de leurs expériences.

Modes d'action des rayons X sur les tissus. Peut-on modifier expérimentalement la radiosensibilité? (JOLLY. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 10 mars 1925, p. 276.) — Ayant démontré que l'action directe sur la cellule est l'action principale, Jolly a étudié expérimentalement quelles en étaient les

conditions. C'est ainsi qu'un organe isolé de ses connexions vasculaires (ganglion du creux poplité du lapin) et irradié dans les mêmes conditions que le ganglion similaire, ne présente pas de lésion appréciable deux heures après la fin de l'irradiation, alors que celles-ci sont intenses dans les follicules du ganglion laissé en place. De même, il n'existe pas de lésion lorsque l'animal ayant été d'abord sacrifié, les ganglions sont ensuite irradiés. Des constatations analogues ont été faites après irradiations sur le thymus du cobaye : le lobe dont les connexions ont été liées ne présente aucune lésion, alors que le lobe laissé en place sans ligature montre des lésions très intenses. Il en est de même des expériences effectuées sur la rate (chez le rat); les lésions sont très nettes dans le pôle supérieur où les vaisseaux ont été laissés intacts et sont à peu près nulles au pôle inférieur où les vaisseaux ont été liés.

Jolly explique ce phénomènes par la diminution brusque de la vitalité de la cellule par la ligature des connexions.

La radiosensibilité d'une cellule dépend donc non seulement de l'espèce cellulaire, mais des conditions physiologiques particulières dans lesquelles elle se trouve placée au moment de l'irradiation. C'est ainsi que la vaso-constriction obtenue au moyen d'une injection d'adrénaline dans un ganglion en diminue la sensibilité au point que l'irradiation n'y apporte que des lésions insignifiantes.

Il semble donc nécessaire pour que la lésion survienne que la cellule ait conservé intégralement toute sa vitalité.

Sur la radio-immunisation des tissus cancéreux et sur le mécanisme de l'action des rayons X et des rayons γ du radium sur les cellules et les tissus vivants en général. (Cl. REGAUD. *Bull. de l'Acad. de méd.*, n° 20, séance du 13 mai 1924, p. 604.)

Etude expérimentale sur l'action des rayons X. (J. B. MURPHY, New-York. *Amer. Journ. of. Rœntgenology a. rad. ther.*, t. XI, n° 6, juin 1924, p. 544.)

Action des rayons X sur les cellules. Modification de la radiosensibilité par ligature des connexions vasculaires. (J. JOLLY. Comptes rendus des séances de la *Soc. de biol.*, 5 juillet 1924, t. XCI, p. 351, n° 24.)

Action des rayons X sur les cellules. Diminution de la réaction d'un organe sensible par la ligature des artères afférentes. (J. JOLLY. Comptes rendus des séances de la *Soc. de biol.*, 19 juillet 1924, t. XCI, n° 26, p. 532.)

Mode d'action des rayons X sur les cellules. Irradiation d'organes sensibles. (J. JOLLY. Comptes rendus des séances de la *Soc. de biol.*, 14 juin 1924, t. XCI, n° 21, p. 79,)

De la résistance des leucocytes du sang vis-à-vis des rayons X. (J. JOLLY et LACASSAGNE. Comptes rendus de la *Soc. de biol*,, 1923, t. LXXXIX, n° 24, p. 379.)

Notions générales concernant la radiosensibilité des tissus. (Simone LABORDE. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, juillet 1924, n° 7.)

ACTION SUR LE SANG ET ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR LES RADIATIONS

De très nombreux travaux ont permis de se rendre compte de l'action exercée par les radiations (rayons X et radium) sur le sang des malades soumis à la radiothérapie. Mais depuis quelques années l'attention a été également attirée sur les modifications observées chez les médecins et dans le personnel qui manipulent les substances radioactives et utilisent le rayonnement X.

Anémie pernicieuse et leucémie myéloïde mortelle provoquée par la manipulation des substances radio-actives. (P.-E. WEIL et LACASSAGNE. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 mars 1925.) — Les auteurs rapportent l'observation de deux chimistes qui travaillaient à l'extraction du thorium X et chez lesquels l'atteinte du tissu myéloïde par les radiations a entraîné la mort.

Plusieurs cas d'anémie grave ont déjà été publiés ainsi qu'un certain nombre de cas de leucémie survenue chez des radiologistes.

Dans les observations rapportées par P. E. Weil et A. Lacassagne, il s'agit d'une anémie pernicieuse aplastique et d'une leucémie myéloïde.

A ce propos les auteurs ont fait observer que « dans l'effet des radiations sur le système sanguin, tantôt leur action destructive l'emporte, conduisant à l'anémie grave, tantôt leur action irritative prédomine et peut provoquer l'établissement d'une leucémie ». C'est ainsi que l'examen du sang a montré dans le premier cas : hématies, 1.300.000; hémoglobine, 30; valeur globulaire, 1,15; leucocytes, 5.600. Dans le second cas : hématies. 4.220.000; leucocytes, 230.000, avec 40 p. 100 de myélocytes.

L'étude de ces deux observations montre donc que l'action répétée à très faible dose de rayonnement peut réaliser à un moment donné le même syndrome que celui obtenu expérimentalement par une ou deux irradiations à dose élevée.

Un nouvel accident professionnel des manipulateurs des corps radio-actifs. La nécrose des maxillaires. (A. LACASSAGNE. *Paris méd.*, 6 fév. 1926, p. 132.) — Deux articles parus dans le *Journal of the American Medical Association* ont révélé un accident inattendu qui a frappé une importante proportion d'ouvrières occupées à la peinture avec des produits lumineux radioactifs, accident qui consiste en une nécrose grave des maxillaires se terminant souvent par la mort. On sait que les corps radioactifs ont la propriété de rendre permanente la phosphorescence du sulfure de zinc. Les cas de nécrose des maxillaires ont été observés chez les ouvrières chargées de déposer avec un fin pinceau sur les divers objets destinés à devenir lumineux dans l'obscurité une préparation de sulfure de zinc mélangée à une faible quantité de produit radioactif et incorporée à un vernis.

Le début est marqué par de la gingivite qui se complique de pyorrhée alvéolo-dentaire. Les dents peuvent tomber spontanément, puis la nécrose osseuse qui commence par détruire le rebord alvéolaire s'accentue progressivement. L'ostéo-nécrose peut aboutir à la fracture spontanée du maxillaire inférieur avec perforation du voile du palais. Dans les cas légers la résection peut amener la guérison; on observe souvent aussi une cachexie progressive accompagnée d'anémie pernicieuse et aboutissant à la mort.

Ces accidents semblent résulter de l'habitude qu'ont les ouvrières d'effiler le pinceau entre les lèvres. De fines particules du mélange se déposent dans le sillon alvéolodentaire où la substance radio-active accumulée pendant des années agit par l'action incessante de son rayonnement.

Métastase cérébrale d'un cancer utérin. Action de la curiethérapie. (BULLIARD, CHAMPY et DONAY (Paris), *Assoc. franç., pour l'étude du cancer*, séance du 17 mars 1924, p. 177.) — Les auteurs présentent l'observation d'une malade atteinte d'un cancer de l'utérus traité par le radium et opéré quatre mois plus tard. La malade est morte un an après, sans récidive locale, avec trois métastases dans le cerveau, dans la cuisse et dans le poumon.

L'examen de la biopsie et de la pièce opératoire a montré qu'il s'agissait d'un cancer du corps propagé au col. L'action du radium ne s'est pas manifestée dans la profondeur où persiste le processus cancéreux.

La malade ayant présenté des signes de tumeur cérébrale a reçu une série d'applications de radium sur la région temporo-pariétale droite. Ce traitement amène une amélioration passagère, mais la malade meurt en hyperthermie. L'examen du cerveau montre une tumeur semblable à la tumeur utérine. La tumeur de la cuisse a régressé spontanément.

Au sujet de cette observation, les auteurs posent la question de savoir si le développement des métastases a été favorisé par l'application de radium ; l'observation de métastases viscérales après curiethérapie a été faite plusieurs fois à l'hôpital Broca et donne, pensent-ils, une certaine valeur à cette hypothèse.

Dans la séance du 28 avril 1924, Béclère apporte la statistique du docteur Wertheimer recueillie à la clinique gynécologique de Francfort et publiée en 1921 dans le *Journal Strahlentherapie*. Sur 50 cas non irradiés et dont 32 avaient été opérés, on trouva des métastases dans 27 autopsies, soit dans 54 p. 100 des cas. Par contre, sur 54 cas irradiés, on trouva des métastases dans 26 autopsies, soit dans 48,15 p. 100 des

cas. Les conclusions du docteur Wertheimer rapportées par Béclère indiquent que la radiothérapie des cancers du col utérin n'augmente pas la production des métastases. C'est aussi l'opinion de Béclère qui, de plus, fait remarquer que parmi les diverses statistiques, une seule métastase intra-cranienne est mentionnée.

Delbet rappelle la statistique de J.-L. Faure sur les cancers de l'utérus, celle de Perthes sur les cancers du sein, et ses observations personnelles qui sembleraient démontrer que les récidives sont plus fréquentes lorsque les cancers ont été irradiés.

Ainsi que le fait observer avec juste raison, Lacassagne, c'est confondre la question des récidives avec celle des métastases mise en cause par la communication de M. Bulliard, Champy et Donay. On ne peut pas, à ce sujet, tenir compte des cas isolés, et les statistiques gardent toute leur valeur.

Roussy et Leroux apportent dans la séance du 16 juin 1924 une statistique relevée à l'hospice Paul Brousse; elle comprend uniquement des faits vérifiés à l'autopsie et contrôlés par l'examen microscopique, elle n'intéresse que les métastases proprement dites, sans parler des récidives ; sur 78 autopsies de cancers, on trouva 16 fois des métastases viscérales : 10 fois pour des cancers qui n'avaient pas été irradiés (soit 14,7 p. 100) et 6 fois pour des cancers traités par le radium ou les rayons X (8,8 p. 100). Ces faits montrent que les métastases ne sont pas plus fréquentes dans les cancers irradiés. On ne saurait donc tirer de conclusion de faits isolés que des statistiques comme celle de Wertheimer, et de Roussy et Leroux viennent infirmer.

Un cas d'anémie pernicieuse provoqué par le radium. (M. Brulé et R. Boulin. *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 27 mars 1925.)

CURIETHÉRAPIE

Le traitement du cancer du sein par le radium. (de Nabias et Mme Hufnagel. *Le Cancer*, Bruxelles, 1925, t. II, n° 1, p. 3.) — Jusqu'ici le traitement du cancer du sein avait été surtout réservé soit à la chirurgie seule, soit à la chirurgie suivie de radiothérapie, soit à la radiothérapie seule, pour les cas jugés inopérables.

A l'occasion de quatre malades considérées inopérables et traitées avec succès par le radium, les auteurs ont décrit ce que l'on pouvait attendre de cette méthode.

Au point de vue topographique, le traitement doit comporter simultanément le traitement de la tumeur du sein et le traitement du territoire lymphatique. Ce dernier étant réalisé soit par barrage lymphatique, lorsqu'il n'existe pas d'adénopathie, soit par traitement direct des régions ganglionnaires lorsqu'il existe des adénopathies.

Trois cas peuvent se présenter :

1° Tumeur non encore fixée au plan thoracique. On l'entoure d'une couronne de tubes contenant 2 milligrammes de radium élément (filtre : 1 mm. pt.) l'extrémité de ces tubes s'engageant sous la face profonde de la tumeur;

2° Tumeur fixée au plan thoracique, mais superficielle. On l'irradie par un appareil de surface en pâte Columbia et 1 centimètre et demi d'épaisseur ; les appareils sont des tubes de radium de 2 milligrammes radium-élément (filtre : 2 mm. pt.), distants les uns des autres de 2 centimètres.

3° Tumeur fixée au plan thoracique, mais profonde. Ici encore on emploie un appareil moulé en pâte Columbia et pour augmenter la distance des appareils à la peau, ceux-ci sont fixés sur de petits socles en pâte Columbia, ce qui porte à 3 centimètres la distance des appareils à la peau.

Barrage lymphatique. — Celui-ci est effectué au moyen d'une bande en pâte Columbia, large de 3 centimètres, isolant la tumeur et sur laquelle sont disposés les appareils de radium.

Lorsqu'il existe des ganglions, il faut alors traiter le creux axillaire, la région sous et sus-claviculaire et les premiers espaces intercostaux au niveau de leur partie parasternale.

Avec ce procédé, les auteurs n'ont jamais observé de nécrose osseuse, ni aucun trouble d'ordre général et les résultats qu'ils ont obtenus sont assez encourageants pour que cette méthode soit tentée lorsque la voie d'opérabilité est dépassée.

Radiothérapie du cancer de l'utérus. (Simone Laborde et Y. L. Wickham. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer,* juillet 1925, p. 379 et *Congrès de l'assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, août 1925, résumé, in *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t, IX, déc. 1925, n° 12.) — La statistique du centre anti-cancéreux de Villejuif pour les années 1921, 1922, 1923 comprend :

1° En ce qui concerne les cancers opérables : 5 guérisons sur 5, 3 datant de trois ans et demi, et 2 datant de deux ans et demi ;

2° En considérant l'ensemble des cancers inopérables traités pendant les années 1921, 1922, 1923, sans aucune distinction dans leurs formes cliniques, en additionnant les malades déjà atteintes de fistules vésicales, et celles qui n'ont eu comme traitement que quelques heures de radiothérapie pénétrante, nous trouvons 12 malades guéries sur 59, depuis des temps variant de 4 ans pour les plus anciennes à un an et demi pour les plus récentes, soit 20,3 p. 100.

Si nous éliminons les malades ayant reçu un traitement uniquement symptomatique, la proportion devient : 12 malades guéries sur 41, soit 29,2 p. 100.

Du point de vue histologique, la plupart des épithéliomas du col de l'utérus observés appartiennent au type intermédiaire.

Du point de vue technique, les auteurs insistent sur les points suivants :

I. Il y a avantage à pratiquer la roentgenthérapie des régions ganglionnaires avant la curiethérapie du col.

II. Il est nécessaire de ne pas trop étaler la dose de rayons X afin de ne pas laisser aux phénomènes de vaccination des cellules néoplasiques contre le rayonnement le temps de se produire.

III. Il ne faut pas appliquer au niveau du col des doses de radium trop élevées, celles-ci risquant d'entraver la cicatrisation. Il nous paraît qu'on ne doive guère dépasser 50 millicuries détruits.

L'étude des causes de mort a montré que celle-ci était le plus souvent provoquée par l'extension ou la généralisation de l'épithélioma, chez des malades dont les lésions utéro-vaginales étaient déjà très avancées et chez lesquelles on ne pouvait guère espérer une guérison.

Les accidents infectieux entrent dans la proportion de 3 p. 100 environ, dans les causes de mort chez les malades observées.

Les auteurs pensent, avec Regaud et d'autres auteurs, que l'infection locale profonde est une contre-indication au traitement par les radiations, qui semble exalter les phénomènes infectieux. Ceux-ci peuvent alors se compliquer de péritonite plus ou moins généralisée et entraîner la mort des malades.

Conclusions : 1° *Dans les formes opérables*, limitées par conséquent, la curiethérapie utilisée seule permet le plus souvent d'obtenir la guérison. Toutefois, en pratiquant ensuite l'hystérectomie dans les cinq à six semaines qui suivent l'irradiation, on procure à la malade une garantie de plus, car si dans un grand nombre de cas, les utérus enlevés après curiethérapie sont indemnes de tout élément néoplasique, parfois aussi on a noté la persistance de cellules épithéliomateuses ;

2° *Dans les formes inopérables*, la curiethérapie combinée à la roentgenthérapie permet, d'après les observations relatées, d'obtenir des guérisons dans 29 p. 100 des cas environ.

On observe très rapidement la cicatrisation des lésions en même temps que la disparition des hémorragies et le relèvement de l'état général, mais dans les statistiques qui ont été publiées, aussi bien en France qu'à l'étranger, les cas de guérison rapportés dépassent rarement trois années, après lesquelles les récidives apparaissent dans les régions ganglionnaires. Pour ces cas inopérables, la curiethérapie utéro-vaginale seule en effet est insuffisante.

Lorsque la guérison clinique de ces cancers jugés inopérables est obtenue, il arrive que la disparition de l'infiltration des culs-de-sac, la mobilité de l'utérus primitivement fixé, permettent de pratiquer l'hystérectomie comme dans le premier cas. Mais pour certains chirurgiens, tels que Robert Proust, « un cancer inopérable reste inopérable. »

Selon les auteurs, c'est en quelque sorte l'étendue des lésions avant curiethérapie qui doit guider la conduite à tenir. La

formule de Proust reste certainement vraie lorsqu'il s'agit de formes envahissantes. Elle est peut-être un peu trop absolue pour les cancers qui sont inopérables, souvent à cause de la fixité de l'utérus bloqué par l'infection surajoutée; dans ces cas, l'hystérectomie après curiethérapie paraît apporter un réel élément de sécurité pour l'avenir;

3° *Dans les formes très étendues*, la radiothérapie à doses modérées amène souvent des résultats palliatifs importants, tels que : diminution des hémorragies, suppression des douleurs irradiées souvent si pénibles. L'emploi des rayons X est donc tout à fait recommandable. Ici, la roentgenthérapie paraît rendre plus de services que la curiethérapie.

Traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations. Cl. Regaud, A. Lacassagne, J. Roux-Berger, H. Coutard, O, Monod, J. Pierquin et G. Richard. *Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences* in *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. IX, n° 12, déc. 1925, p. 561.) — De la statistique de l'Institut du radium de Paris pour les années 1919 à 1923, les auteurs retiennent 362 cas.

6 malades (1,5 p. 100 du total des cas) sont mortes d'infection consécutivement au traitement, en 1919 et 1920.

236 malades sont mortes de leur cancer, après des survies de durée variable. Presque toutes ont eu une amélioration et une prolongation d'existence incontestables.

28 malades, non guéries de leur cancer, sont vivantes : 3 depuis cinq à six ans; 3 depuis quatre à cinq ans; 2 depuis trois à quatre ans, 4 depuis deux à trois ans; 16 depuis un à deux ans.

3 malades ont été guéries non par les radiations, mais par une hystérectomie post-curiethératique (persistance du cancer dans l'utérus enlevé).

95 malades sont actuellement vivantes et indemnes de tout signe de cancer : 8 depuis cinq à six ans, 17 depuis quatre à cinq ans, 13 depuis trois à quatre ans, 21 depuis deux à trois ans, 36 depuis un à deux ans.

La proportion des malades considérées comme guéries est, en moyenne, de 26,2 p. 100. Cette proportion monte d'année en année : 9,1 p. 100 pour 1919; 19,3 pour 1920; 29,5 pour 1921; 34,4 pour 1922; 43,9 pour 1923.

Si l'on sépare, d'une part, les cas absolument inopérables (pour raisons d'extension locale), d'autre part les cas dont l'opérabilité est douteuse ou certaine (ces derniers formant environ 10 p. 100 du total), on relève les nombres suivants :

Cas inopérables : 56,5 p. 100 du total des cas traités; 211 cas valables pour la statistique; 36 cas actuellement indemnes de signe de cancer, soit en moyenne 17 p. 100. De ces 36 cas, 3 datent de 1919; 7 de 1920, 4 de 1921, 8 de 1922 et 14 de 1923.

Cas douteux et cas opérable : 43,5 p. 100 du total des cas traités; 151 cas valables pour la statistique; 59 cas actuellement indemnes de signes de cancer, soit en moyenne 39 p. 100. De ces 59 cas, 5 datent de 1919, 10 de 1920, 9 de 1921, 13 de 1922, 22 de 1923.

Les indications thérapeutiques actuellement suivies à l'Institut du radium sont les suivantes :

1° Sont réservés à la chirurgie seule les adéno-épithéliomes du col, les cancers coïncidant avec une infection annexielle, les échecs d'une radiothérapie précédente;

2° Tous les autres cas opérables dans de bonnes conditions sont traités par curiethérapie utéro-vaginale, parce que les auteurs sont convaincus de la supériorité des résultats de cette méthode sur ceux de la chirurgie;

3° Peuvent être réservés à la curiethérapie utéro-vaginale seule les cas où le néoplasme respecte les segments externes des paramètres. Il faut alors s'attendre à un nombre de récidives assez élevé, imputables à des ensemencements cancéreux, distants de l'utérus et restés non diagnostiqués.

Les auteurs conseillent l'hystérectomie après curiethérapie et condamnent au contraire, à juste de titre, l'hystérectomie avant le traitement.

L'association des rayons X avec le radium constitue la méthode de choix lorsque le paramètre est envahi.

Un foyer puissant de radium agissant à une distance de 10 centimètres de la surface du corps utilisé à la place de l'ampoule à rayons X constitue, suivant les auteurs, un progrès considérable.

Technique de l'application périnéale de radium dans le cancer de la prostate. (R. Proust. *Livre jubilaire offert au professeur Forgue*, Paris 1924, Masson et Cie, éditeurs.) — L'emploi du radium dans les cas de cancers de la prostate est tout à fait recommandable. La technique indiquée par Proust consiste à mettre à découvert la face postérieure de la glande, afin d'y disposer les appareils radioactifs. Après avoir ouvert l'espace rétro-prostatique, on place une valve destinée à refouler le rectum. La face postérieure de la prostate se trouve ainsi bien exposée. On introduit alors deux tubes de radium dans chacun des lobes de la glande, tubes contenant 5 milligrammes de radium-élément, avec une filtration de 1 millimètre de platine. En outre, deux tubes contenant chacun 2 milligrammes sont disposés le long des cornes prostatiques. Un tamponnement soigneusement effectué contre la face antérieure du rectum écarte celui-ci et évite un contact trop intime avec les tubes de radium.

Grâce au fil qui est fixé à chacun des tubes, l'ablation en est très facile. La durée d'application doit être au minimum de cent trente heures, ce qui correspond à 24 millicuries détruits et, suivant les cas, elle pourra être prolongée davantage.

Le traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur par l'association chirurgie-curiethérapie. (G. Verger. *Th. de méd.*, Paris 1925. Doin, éditeur.) — La chirurgie ou la radiothérapie utilisée seule ne permet pas d'obtenir des résultats suffisants.

Il est exceptionnel en effet que l'on puisse opérer un épithélioma du maxillaire supérieur, en ne travaillant qu'en tissu sain. Il est en effet difficile de se rendre compte du degré d'envahissement de ces cancers.

D'autre part, la localisation de ces épithéliomas explique qu'ils soient communément le siège d'infections secondaires entraînant, sous l'action des radiations, des nécroses osseuses.

Ces cancers qui envahissent souvent d'épais massifs osseux sont donc très difficiles à stériliser au moyen des radiations. Il convient donc de préparer la radiothérapie par une intervention chirurgicale.

Lorsque les épithéliomas du maxillaire supérieur se présentent à la période de début, la résection osseuse du maxillaire peut atteindre la tumeur dans toute son étendue. A ce stade la chirurgie suivie immédiatement par la curiethérapie donne de très bons résultats (60 p. 100). Après ablation aussi complète que possible, les tubes de radium sont appliqués contre toutes les parois de la cavité.

A une période plus avancée, l'envahissement ne permet pas d'extirper la tumeur dans sa totalité et l'ablation suivie immédiatement du traitement curiethérapie n'a donné que des résultats inconstants (33 p. 100). Dans ces derniers cas, la rœntgenthérapie dont l'action est facilement plus étendue semble devoir donner de meilleurs résultats.

A propos de la radiosensibilité des sarcomes fibroblastiques. (G. Roussy, Mme S. Laborde et M. François. *Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 18 janv. 1926.) — Les auteurs apportent une observation de sarcome fuso-cellulaire qui s'est montré particulièrement radiosensible à l'égard des rayonnements.

Il s'agit d'un homme présentant une tumeur du bras droit et chez lequel deux interventions chirurgicales avaient été suivies de récidives. Chez ce malade, et après une troisième opération partielle en vue d'un examen histologique, on a procédé à un traitement par le radium au moyen d'un appareil moulé (12 foyers de 10 milligrames de radium-élément à 4 centimètres de la peau) pendant dix-sept jours.

A la suite de ce traitement la tumeur a complètement disparu.

Du point de vue histologique, il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire des plus caractéristiques avec tourbillons, cellules fusiformes, lacunes sarcomateuses et assez nombreuses mitoses.

Cette observation est intéressante en ce sens qu'elle s'oppose aux notions actuellement classiques en matière de radiosensibilité des tumeurs, d'après lesquelles on admet que les sarcomes du type fuso-cellulaire sont peu sensibles aux rayonnements. Elle montre aussi que par suite du perfectionnement apporté à la technique, le problème de la radiosensibilité des tumeurs comporte encore de nombreux points qui restent à élucider.

Cancer of the prostate : diagnosic and treatment. (Cancer de la prostate : diagnostic et traitement). (J. Edward Burns,

The Journ. of the. Missouri Stade médical assoc. Saint-Louis, 1923, vol. XX, no 6, p. 191.)

Le traitement des adénopathies cervicales consécutives aux épithéliomas des lèvres et de la langue. (H. Dubois Roquebert. *Th. de méd. de Paris*, 1924, Arnette, édit.)

La radio-chirurgie des cancers du rectum. (F. Neuman et G. Coryn. *Le Cancer*, Bruxelles 1924, t. I, no 4, p. 3.)

Le cancer des fosses nasales et cavités annexes. (Ledoux. *Le Cancer*, Bruxelles 1924, t. I, no 4, p. 38.)

Intra-péritonéal insertion of buried capillary glass-tubes of radium emanation in carcinoma of cervix utérus. (Insertion intra-péritonéale de tubes nus d'émanation du radium en cas de cancer du col de l'utérus. (Lévin-Isaac. *The Amer. Journ. of. Roentgenology and radium thérapy*, New-York, vol. XII, oct. 1924, no 4, p. 352.)

Treatment of carcinoma of the œsophagus by radiation. (Le traitement du cancer de l'œsophage par les radiations). (Crosby Greene. *The. Amer. Journ. of. Roentgenology and radium therapy*, New-York, nov. 1924, vol. XII, p. 471.)

The intravesical (cystoscopie) treatment of the bladder by implantation of radium emanation tubes. (Traitement intra-vésical du cancer de la vessie par implantation d'aiguilles d'émanation du radium). (A. Hyman. *Surg. gynec. and obs.* Chicago, déc. 1924, vol. XXXIX, p. 278.)

Five year end-results obtained in carcinoma of the female pelvic organs with special reference to radium and X-ray therapy. (Résultats obtenus depuis cinq ans sur les cancers des organes pelviens chez la femme par le radium ou la radiothérapie). (H. Schmitz. *Surg. gynec. and obs.*, Chicago, t. XXXIX, déc. 1924, p. 775.)

Note sur le traitement des tumeurs malignes de la vessie par le mésothorium. (F. Legueu, F. Marsand, P. Flandrin. *Maroc med.*, Casablanca, t. I, 1924, p. 334.)

Technique et résultats du traitement du cancer du col utérin au « radium hemmet » de Stockholm. (James Heymann. *The Journ. of obs. and gynec. of the. Brit. Empire*, Manchester 1924, t. XXXI, p. 1.)

Two cases of myeloïd leucemia complicated with pregnancy : treated with topical application of radium. (Deux cas de leucémie myéloïde aggravé par la grossesse et traités par des applications de radium). (S. O. Bower et S. H. Clark. *Amer. Journ. of. obst. and gynec.*, New-York, t. IX, fév. 1925, p. 207.)

La curiethérapie des cancers de la peau. (Simone Laborde. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, Paris, t. IX, 1925, p. 385.)

La curiethérapie des cancers. (Simone Laborde. 1 vol 325 p., 43 fig., 1925, Masson édit.)

LIVRES NOUVEAUX

Précis clinique et opératoire de chiurgie infantile (1), par M. L. Ombrédanne.

A peine deux années se sont-elles écoulées que paraît la deuxième édition de ce traité maintenant classique. Cette édition a subi des augmentations : un chapitre lumineux sur la question si complexe des kystes des os; un autre sur la fracture de monteggia (fracture du cubitus, avec luxation de la tête radiale), sur le germe récurvateur congénital et son traitement. D'autres chapitres (le coloboma, les paralysies flasques du membre supérieur) ont été développés certains autres comme le rachitisme ont dû être remaniés à la faveur des découvertes récentes.

(1) Deuxième édition. In-8, 1140 p., 590 fig. — Paris, Masson et Cie.

La technique opératoire a subi aussi des modifications : l'ostéosynthèse temporaire si heureusement mise au point par M. Ombrédanne a vu développer ces indications, préciser sa technique; la technique de la cheiloplastie dans le bec-de-lièvre bilatéral a été modifiée, la tarsectomie pour pieds bots invétérés est pratiquée d'une manière différente, etc.

Mise au point d'un admirable ouvrage, qu'un labeur inlassable viendra encore polir et perfectionner dans l'avenir.

M. LANCE.

Etudes neurologiques [2e série] (1), par Georges Guillain.

Le premier volume d'études neurologiques que M. Guillain a publié en 1924 ayant été rapidement épuisé, il vient de réunir une nouvelle série à laquelle ses élèves et notamment M. Alajouanine ont collaboré d'une façon très brillante.

Les huit parties de l'ouvrage sont consacrées à la sémiologie nerveuse, à la pathologie de l'encéphale et de la moelle épinière, à la sclérose en plaques, aux dégénérations secondaires, au liquide céphalo-rachidien et à la ponction lombaire.

Puis l'encéphalite épidémique, les syndromes parkinsonniens postencéphalitiques, la maladie de Parkinson, etc., sont passés en revue.

On le voit l'auteur a fait une sorte de revue générale de tous les travaux de l'année en pathologie nerveuse. Rien ne pouvait être plus utile et nous sommes certains que cet ouvrage remportera le même succès que le précédent.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF LARYNGÉ SUPÉRIEUR

DÉFINITION. — C'est une branche collatérale du pneumogastrique, née le plus souvent du ganglion plexiforme.

Il est destiné au larynx auquel il fournit la sensibilité et dont il partage avec le récurrent l'innervation motrice.

SITUATION GÉNÉRALE. — Appliqué sur la paroi latérale du pharynx, il décrit à son contact une grande courbe à concavité antéro-supérieure, étendue de l'espace rétrostylien au pharynx.

Le sommet de cette courbe est situé à quelques millimètres au-dessous et en arrière de l'extrémité postérieure de la grande corne de l'os hyoïde. C'est la plus basse et la plus profonde des courbes nerveuses que décrivent dans cette région le lingual, le glosso-pharyngien, l'hypoglosse, et lui-même.

ORIGINE. — Versant antéro-interne du pôle inférieur du ganglion plexiforme du pneumogastrique.

TRAJET. TERMINAISON. — Dès cette origine, le nerf collé contre la paroi pharyngée va se porter en bas et en avant. Né derrière le paquet carotidien, il va se glisser entre lui et le pharynx. Venu de la région rétrostylienne, il finit dans la région carotidienne.

Au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, il se divise en *deux branches* :

a. L'une prolonge la courbe du nerf. C'est une branche sensitive, on l'appelle *nerf laryngé interne*. Il glisse dans l'espace thyro-hyoïdien latéral, perfore la membrane thyro-hyoïdienne et débouche en s'épanouissant dans les gouttières pharyngolaryngées.

b. L'autre quitte la courbe du laryngé supérieur. C'est une branche surtout motrice, on l'appelle *nerf laryngé externe*. Il glisse sur la face externe de l'aile thyroïdienne parallèle à sa ligne oblique. Au bord inférieur de cette aile, il se divise en deux rameaux terminaux en atteignant le muscle cricothyroïdien.

Sur son trajet ce nerf présente de petits ganglions microscopiques dont l'un, constant, est situé au point où le laryngé interne pénètre dans la paroi laryngée.

Nous étudierons successivement :

(1) In-8. — Prix : 26 fr. — Paris, Masson et Cie.

1° Le *laryngé supérieur* constitué par le tronc du laryngé supérieur proprement dit prolongé par le nerf laryngé interne.
2° Le *laryngé externe.*

I. NERF LARYNGÉ SUPÉRIEUR PROPREMENT DIT

A. **RAPPORTS.** — Il présente trois segments. Le *premier* est *profond*, sous le paquet vasculo-nerveux du cou; contre le pharynx. Il est inabordable. Le *deuxième* est superficiel, presque sous les téguments. C'est la région *chirurgicale* du nerf qui peut être atteint par une injection anesthésiante ou neurolytique. Le *troisième*, enfin, est *sous-muqueux.*

I. **Rapports à son origine.** — Le nerf est situé dans un espace prismatique triangulaire à base antérieure entre le sympathique et la carotide interne.

1° Paroi externe. — C'est la face antéro-interne du pôle inférieur du ganglion plexiforme du pneumogastrique. C'est donc la face opposée à celle qui reçoit l'anastomose du spinal.

2° Paroi interne. — C'est la face antéro-externe du pôle supérieur du ganglion cervical supérieur du sympathique

3° Sommet. — Anastomoses courtes et nombreuses réunissant les deux ganglions.

4° Base. — Face postérieure de l'artère carotide interne. Dans cet espace, deux nerfs sont situés immédiatement au-dessus du laryngé. Ce sont : 1° le *nerf pharyngien inférieur* du pneumogastrique issu du ganglion plexiforme à 4 millimètres au-dessus du laryngé; et 2° le *nerf grand hypoglosse.* Celui-ci, dans sa courbe descendante, accroche le pôle supérieur du ganglion cervical supérieur du sympathique, puis le pôle inférieur du ganglion plexiforme en glissant sur la face postéro-externe de chacun d'eux. Il abandonne à ces ganglions un ou deux filets anastomotiques. C'est là le point où le nerf grand hypoglosse est le plus près du nerf laryngé.

II. **Rapports dans l'espace rétrostylien.** — Le nerf est collé contre la paroi interne de cet espace et il descend en s'éloignant de sa paroi postérieure.

1° En arrière. — Rapport direct, sans interposition d'un feuillet aponévrotique entre le nerf laryngé et la face antéro-externe du ganglion cervical supérieur du sympathique. Plus en arrière, c'est la paroi postérieure de l'espace (muscles prévertébraux) dont le nerf s'éloigne en descendant.

2° En avant. — C'est la face postérieure de l'artère carotide interne que le nerf va contourner en spirale, en bas et en dedans. Plus en avant, c'est la partie interne du rideau stylien dont le nerf reste à distance. Plus exactement, il descend derrière le muscle stylopharyngien dans une courbe parallèle à la sienne.

3° En dedans. — C'est la lame sagittale du pharynx qui limite en dehors l'espace rétropharyngien. Le nerf laryngé est donc là sur un plan postérieur à celui du pharynx.

4° En dehors. — Le nerf s'éloigne du tronc du pneumogastrique et de la veine jugulaire interne.

III. **Rapports dans la région carotidienne.** — Le nerf est profond, plaqué contre le pharynx, coincé entre lui et le paquet vasculonerveux du cou.

1° En dedans. — Il glisse sur le pharynx, par l'intermédiaire de l'aponévrose pharyngienne. Il croise successivement, en allant en bas et en avant : 1° le constricteur supérieur; 2° le constricteur moyen (sans hiatus entre les deux); 3° le trou situé entre le constricteur moyen et l'inférieur. A son niveau la couche musculaire n'est plus représentée que par les fibres descendantes du palatopharyngien.

Entre l'aponévrose et les muscles s'étendent les plexus pharyngiens veineux et nerveux.

La région amygdalienne est au-dessus et en avant de la courbe du nerf.

2° En dehors. — Le nerf croise la face interne des deux carotides, l'interne d'abord, l'externe ensuite, au niveau de l'origine de la linguale et de la faciale.

Plus en dehors, mais surtout plus haut, c'est la courbe du nerf grand hypoglosse qui accroche l'artère occipitale à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la courbe du laryngé.

Le reste du paquet vasculonerveux du cou et, à plus forte raison, le sternomastoïdien sont beaucoup plus externes encore et sans rapports avec le nerf laryngé.

3° En avant. — Le laryngé se rapproche de l'extrémité postérieure de la grande corne de l'os hyoïde.

4° En arrière. — Il s'éloigne de plus en plus du sympathique et des muscles prévertébraux.

IV. **Rapports dans l'espace thyrohyoïdien latéral.** — C'est la région *chirurgicale.* Emergeant de la gouttière carotidienne où le protégeait le paquet vasculo-nerveux du cou, il devient *superficiel et abordable.*

1° Rapports avec les parois de l'espace. — Dans l'ensemble il chemine dans le fond de l'espace, légèrement oblique en bas et en avant.

α. *En dedans.* — Il rase la membrane thyrohyoïdienne et, même, il se cache dans son épaisseur. Celle-ci le sépare de la muqueuse pharyngée dont elle est séparée elle-même par l'éparpillement des fibres du stylopharyngien et du palatopharyngien.

β. *En dehors.* — La région est superficielle et le nerf n'est recouvert que par les téguments avec le peaucier du cou, quelques veinules et quelques filets du plexus cervical superficiel. Le nerf est donc abordable facilement et sans danger.

γ. *En haut.* — Il longe, en s'en éloignant de plus en plus, le bord inférieur de la grande corne de l'os hyoïde, d'où naissent le constricteur moyen et l'hyoglosse. Cette corne est souvent recouverte par le pôle inférieur de la glande sous-maxillaire qui déborde sa loge en bas.

δ. *En bas.* — Le laryngé longe, en s'en rapprochant de plus en plus, le bord supérieur de l'aile thyroïdienne.

ε. *En arrière.* — La loge n'est pas fermée. Elle s'ouvre directement dans la gouttière carotidienne d'où vient le nerf. La limite postérieure est marquée par le bord postérieur de la membrane thyrohyoïdienne, renforcé en forme de ligament.

ζ. *En avant.* — Le nerf se rapproche de plus en plus de la limite antérieure formée par le bord postérieur de l'omohyoïdien et du thyrohyoïdien.

2° Rapports avec les organes de l'espace. — Le nerf est l'organe le plus profond.

Il est accompagné par le paquet laryngé supérieur (artère et veine). L'artère est issue de la thyroïdienne supérieure au point où celle-ci effectue sa crosse sous-jacente, habituellement au nerf laryngé. La veine est un affluent du tronc veineux thyro-linguo-facial. Toutes deux forment un paquet qui, entouré d'une émanation de la gaine carotidienne, est sous-jacent au nerf laryngé, mais surtout plus externe que lui. Elles glissent sur la membrane thyrohyoïdienne. Lui, se cache dans son épaisseur.

Le nerf est encore en rapports externes, quoique moins immédiats, avec : 1° la petite artère sous-hyoïdienne qui, née de la thyroïdienne supérieure au-dessous du nerf, croise sa face externe pour se terminer au-dessus de lui; 2° le filet du nerf grand hypoglosse destiné aux muscles sous-hyoïdiens et qui croise l'angle antérosupérieur de l'espace; 3° un plan veineux constitué par la veine thyroïdienne supérieure, une petite veine de la région sous-mentale, une anastomose entre la thyroïdienne supérieure et la jugulaire antérieure, et surtout, en arrière, par le tronc veineux thyrolinguofacial qui, normalement postérieur au nerf, peut le déborder sur sa face externe. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour l'Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2* : 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Grégoire, Mathieu, Ockinzyc, qui acceptent; Heitz-Boyer, Sorrel, Sauvé, Ribadeau-Dumas, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le mercredi 23 juin 1926, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireraient concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du mercredi 26 mai au lundi 7 juin 1926 inclusivement.

— Hommage a M. Thiéry. — Le dimanche 14 mars, à 10 heures du matin, amphithéâtre des cours de l'hôpital de la Pitié, aura lieu la remise de la médaille offerte à M. le professeur agrégé Thiéry, chirurgien des hôpitaux, par ses élèves et anciens élèves en témoignage de leur reconnaissance.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Versailles. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Terrade, Faguet et Massé.

Internes provisoires : MM. Huguenin et Delaveine.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Examens de doctorat. — Le *Journal officiel* du 9 mars publie l'arrêté ministériel suivant :

« Les candidats au doctorat en médecine qui, sous le régime des études médicales institué par les décrets des 29 novembre 1911 et 29 juillet 1912, auront subi avec succès :

a. En troisième année les épreuves de médecine opératoire et d'anatomie topographique et les épreuves d'obstétrique;

b. En quatrième année les épreuves de pharmacologie ne seront pas astreints à subir de nouveau ces épreuves aux examens de quatrième année et de cinquième année du nouveau régime institué par le décret du 10 septembre 1924. »

— Lyon. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Comte et Mallet-Guy.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — L'Association des anciens élèves de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims se prépare à inaugurer le dimanche 11 avril, à 11 h., à l'Ecole de médecine de Reims, les bustes de MM. Lajoux et Granval.

Elle serait heureuse si les anciens élèves de ces deux maîtres vénérés assistaient aussi nombreux que possible à cette cérémonie.

Les adhésions au banquet qui suivra devront être adressées, soit au docteur Saint-Aubin, 3, rue de Pontgivart, à Reims, soit à M. Lesœurs, 51, boulevard Garibaldi, à Paris. Téléphone : Invalides 09-19.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. — Ont été élus :

Membres honoraires : MM. les professeurs Fibiger (de Copenhague) et Marinesco (de Bucarest).

Membres titulaires : MM. Binet, Laquière, Wickham, Lamare et Porcher.

Membres correspondants : MM. Ribet (d'Alger) et Bressot (de Constantine).

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE. — La Société vient d'arrêter le choix des questions et la désignation des rapporteurs pour sa séance extraordinaire de juin 1926.

1° *Les causes d'insuccès de l'ostéosynthèse.* — Rapporteur : M. le docteur Neumann.

2° *Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.* — Rapporteur : M. le docteur Moreau.

CERCLE MÉDICAL DE TUNIS. — La Société des sciences médicales de Tunis vient de décider la création d'un cercle médical.

Une Commission composée de MM. Cassuto, Brun, Cassar, Cattan et Lemanski a été chargée d'élaborer un rapport sur la création de ce foyer médical.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pellissier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, décédé à Montlouis à la suite des privations subies pendant l'occupation allemande de Lille; van Keerberghen, père, ancien vice-président du Collège des médecins et de la Commission provinciale du Brabant; Louis Violet (de Paris); D. Goldschmidt, décédé à Paris à l'âge de 95 ans; Eugène Vincent, chirurgien-major honoraire de l'hôpital de la Charité à Lyon, professeur agrégé à la Faculté, décédé à l'âge de 83 ans; A. Guilloteau (de Maisons-Alfort), José Maria Escalera, ancien doyen de la Faculté de médecine de Cordoba (Argentine), et Luis Felipe Roca (de Cordoba), ancien président de la Chambre des députés.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Pierre DELBET.) — Cours complémentaire. Durée du cours : du 16 au 26 mars 1926, de 5 à 7 h., à l'amphithéâtre de la Clinique. — *Traitement des fractures et luxations des membres.* — Cours sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. Raoul Monod, Lascombe et Godard, chefs de clinique.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif, du foie et des voies biliaires), en dix leçons, par M. le docteur Jean Braine, prosecteur, commencera le lundi 15 mars 1926, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 250 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. (Asile Sainte-Anne. Professeur : M. Henri Claude.) — M. le professeur Austregesilo, de la Faculté de médecine de Rio de Janeiro, fera deux conférences les samedis 13 et 20 mars, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis).

Première conférence : Troubles nerveux dans quelques maladies tropicales.

Deuxième conférence : Troubles mentaux dans quelques maladies tropicales.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — COURS DE PERFECTIONNEMENT DE DERMATOLOGIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie sera organisé à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, du 20 septembre au 6 novembre 1926, sous la direction de M. le professeur M.-L. Pautrier, avec la collaboration de MM. A. Barré, professeur de clinique neurologique; L. Blum, professeur de clinique médicale; G. Canuyt, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique; Merklen, professeur de clinique médicale; les docteurs Paul Blum, chargé de cours d'hydrologie; Boëz, chargé de cours de bactériologie; Gunsett, chargé de cours de radiologie; Roederer, chargé de cours de dermato-vénéréologie; Simon, professeur agrégé, Clinique chirurgicale A; Vaucher, chargé de cours, Clinique médicale B; Weill, chargé de cours d'ophtalmologie; A. Boeckel, chargé de la polyclinique urologique à la Clinique chirurgicale A; Diss et Glasser, chefs de laboratoire; G. Lévy, chef de clinique; M. Sloimovici.

Droit d'inscription : 300 francs.

S'inscrire en écrivant directement au professeur Pautrier, 2, quai Saint-Nicolas.

Les médecins étrangers qui le désireront pourront recevoir d'avance les indications nécessaires concernant leur logement à Strasbourg. En tous cas ils peuvent être assurés de trouver des pensions de famille confortables, à des prix moyens.

Cours de laboratoire. — Un cours sur les principales méthodes de laboratoire et l'anatomie pathologique générale des dermatoses en vingt leçons aura lieu en même temps.

Droit d'inscription : 300 francs.

S'inscrire en écrivant directement au professeur Pautrier.

CONFÉRENCE. — Le mardi 16 mars, à 20 heures précises, dans la salle de la Société de géographie, Mme le docteur Lipinska fera une conférence sur l'hygiène mentale et la nutrition.

La conférence aura lieu sous la présidence du professeur Charles Richet, de l'Institut, et du professeur Gley.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE (dispensaire de l'Administration générale de l'Assistance publique). — L'École française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1. La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.
2. Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.
3. Des travaux pratiques de technique opératoire de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'École, 20, passage Dauphine, Paris.

DIFFÉRENTS ITINÉRAIRES POUR SE RENDRE AUX JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES EN VISITANT QUELQUES-UNS DES POINTS LES PLUS INTÉRESSANTS DE L'AFRIQUE DU NORD. — Les médecins se proposant d'assister aux Journées médicales tunisiennes prévues pour les vacances de Pâques voudront naturellement varier leurs itinéraires d'aller et de retour et profiter de leur déplacement pour voir au moins les points intéressants se trouvant entre Alger et Tunis. On a étudié à leur intention deux itinéraires pouvant d'ailleurs être modifiés au gré de chacun.

Renseignements et adhésions au bureau central d'Exprinter-Voyages pratiques, 2, rue Scribe, Paris.

LE TEINT JAUNE PAILLE EST-IL UN SIGNE DE CANCER? — Non, répondent MM. Jeanneney et Faucher (1), « il n'est pas un signe de cancer mais de cachexie cancéreuse; bien plus, il n'est pas pathognomonique de la nature de la cachexie. Et on ne saurait trop répéter qu'en aucun cas on ne doit attendre son apparition pour affirmer la présence d'un cancer. »

RENSEIGNEMENTS

INTERNE PROVISOIRE, MARIÉ, demande situation après-midi. — Écrire R. L..., 16, rue Steinkerque, Paris (XVIIIe).

(1) *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 17 janv. 1926.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
Produits: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges . PARIS
CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Sirop Roche
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL


ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

REVUE GÉNERALE

LA PONCTION LOMBAIRE EXPLORATRICE DANS LA SYPHILIS [1]

Par Paul CHEVALLIER.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE LA PONCTION LOMBAIRE

Le laboratoire remet une analyse qui énumère tous les renseignements que nous venons de passer en revue. C'est au médecin d'interpréter ces renseignements. Il doit les interpréter en fonction de son examen *clinique* d'une part, des autres examens de laboratoire, en particulier de l'examen du sang d'autre part.

Par elle-même, l'analyse du liquide céphalo-rachidien ne permet jamais un diagnostic absolu, mais elle est souvent confirmative, et parfois même révélatrice de la syphilis.

Même si au point de vue théorique, l'avenir ne la justifie pas entièrement, il y aurait cependant avantage à adopter la classification que M. Ravaut a donnée récemment, des signes fournis par la ponction lombaire.

Le premier groupe est *méningitique*. Il traduit l'inflammation de la méninge molle. Il se compose d'hyperalbuminose et de lymphocytose. L'une et l'autre peuvent être modérées; l'une peut manquer alors que l'autre existe. Les fortes méningites associent toujours les deux éléments. La numération des lymphocytes, leur discrimination, la recherche, parmi les lymphocytes, des mononucléaires plus ou moins modifiées et des plasmazellen, évalue l'intensité et le type actuels de la méningite. Seule, la présence du spirochète vérolique si difficile à reconnaître, permettrait d'affirmer que la méningite est syphilitique.

Le second groupe est *encéphalomédullaire*. Il indique que la méningite recouvre une syphilose active du tissu noble de l'axe nerveux; il comprend un Wassermann positif et un benjoin positif.

Sans doute, objectera-t-on que la réaction du benjoin est liée à la présence d'albuminoïdes, que la superméabilité bien connue des méninges enflammées explique de façon satisfaisante la plupart des Wassermann positifs. Ces objections sont exactes. Boccage, dans une thèse récente faite sous la direction de M. Ravaut, a démontré que les grosses albuminoses des syphilitiques renferment toujours une grande quantité d'albumines nées de la désintégration du tissu nerveux. Mais les réactions qui identifient les différentes albumines sont actuellement trop délicates pour être proposées aux laboratoires d'examens courants. Et l'hyperalbuminose est chez les malades atteints d'affections du système nerveux trop fréquente pour acquérir par elle-même une signification précise.

*
* *

Si l'on reste *sur le terrain clinique*, il n'est pas discutable qu'un liquide céphalo-rachidien, dont une ou, à plus forte raison, les deux épreuves biologiques sont positives, est un liquide de syphilitique dont le système nerveux est certainement atteint. Tant que l'hyperalbuminose et la lymphocytese sont isolées, le virus lèche le système nerveux; dès qu'apparaissent Wassermann ou benjoin (avec d'ailleurs une exagération de l'albuminose), le virus a mordu. Sans doute, peut-on encore guérir, mais la guérison est infiniment plus rare et plus pénible que dans le premier cas.

Ces données permettent de préciser, plus encore que ne l'ont fait Foix et Marcel Bloch, les schémas syphilitiques du liquide céphalo-rachidien.

1° Syndromes syphilitiques méningo-parenchymateux.

Ils traduisent l'association d'une méningite généralement intense et d'une encéphalite ou d'une myélite; méningite et encéphalite ou myélite sont toutes deux en évolution mais l'une peut dominer l'autre. On peut distinguer trois syndromes.

Le grand syndrome *syphilitique total.*

La leucocytose est nette, souvent considérable; presque toujours il s'agit de lymphocytes; quelques plasmazellen sont habituels; les grandes cellules analogues à celles des infiltrats syphilitiques peuvent être très nombreuses. L'albumine est notablement augmentée. Le Wassermann est positif total. Le benjoin colloïdal est franchement positif. Le Wassermann du sang est positif total.

Ce que nous avons dit explique que le grand syndrome total, bien que pouvant être passager et non spécial à la paralysie générale (on l'observe dans les poussées évolutives du tabes et au cours de méningites secondaires, par exemple), constitue, en nombre de cas, une présomption en sa faveur.

Le grand syndrome *syphilitiqae incomplet.*

A la lymphocytose et à l'hyperalbuminose s'ajoute une réaction de Wassermann positive, mais le benjoin colloïdal est négatif ou du type méningitique. Cette formule : Wassermann positif, hyperalbuminose, lymphocytose, avec benjoin négatif, peut s'observer, bien que tout à fait exceptionnellement, dans l'encéphalite léthargique.

Dans d'autres cas, assez rares, le benjoin colloïdal est positif alors que le Wassermann est négatif.

Le Wassermann du sang peut être soit positif, soit négatif.

Cette formule atteste une atteinte grave, mais chez des malades non traités, permet d'éliminer presque à coup sûr la paralysie générale.

Le grand *syndrome dysharmonique.*

Tantôt les réactions biologiques sont nettes alors que les signes proprement méningés (en particulier la leucocytose) sont discrets : formule d'atteinte grave du système nerveux en rémission spontanée ou thérapeutique. C'est la formule d'assoupissement de la paralysie générale; par exemple. La déliquescence de la partie noble du système nerveux déborde la méningite, et le pronostic est grave à échéance assez prochaine.

Tantôt l'inflammation méningée est intense (grosse lymphocytose, plasmazellen), alors que les réactions biologiques restent discrètes, soit qu'elles l'aient toujours été, soit que leur exacerbation n'ait été que passagère : formule de grosse méningite avec participation légère, ou très localisée, des éléments nobles. C'est la formule de quelques méningites syphilitiques secondaires par exemple; le pronostic est relativement bon si l'on traite fort et longtemps.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 19, p. 301.

2° Syndromes syphilitiques parenchymateux quasi purs.

Syndromes dissociés. — Je n'ai pas souvenir d'avoir vu ni lu que la réaction du benjoin colloïdal ait été trouvée positive en l'absence de réaction méningée. Chez certains paralytiques généraux cependant, en période de rémission thérapeutique, la lymphocytose s'est, dans quelques cas, montrée extrêmement discrète alors que le benjoin restait nettement positif.

On a dit qu'un Wassermann positif pouvait être la seule anomalie du liquide céphalo-rachidien. Cette affirmation est discutable : chaque fois que l'examen est fait avec soin, le Wassermann n'apparaît pas absolument isolé. Mais l'absence de lymphocytose dans le liquide méningé, dont l'albumine est augmentée et le Wassermann positif, est bien connue, sinon fréquente. Cette formule est nettement syphilitique. On la retrouve cependant parfois au cours des compressions cérébrales et médullaires, et même dans certaines hémorragies méningées. L'interprétation de ces syndromes biologiques sans lymphocytose, — d'ailleurs peu fréquents, — est encore discutée. Des ponctions lombaires faites en série ont démontré qu'ils apparaissent (presque) toujours au déclin des syndromes méningoparenchymateux et que leur pronostic n'est pas, en général, défavorable; ultérieurement, le Wassermann peut devenir négatif. Dujardin pense que le Wassermann positif n'est ici qu'un symptôme résiduel, les anticorps qui ont pénétré dans le liquide céphalo-rachidien, ne s'en échappant qu'avec une extrême lenteur. Le titre même de ce paragraphe indique que je crois à une lésion nerveuse qui, tantôt évolue sans réaction tégumentaire, tantôt persiste après une flambée méningitique. Dans la plupart des cas, il s'agit de lésions limitées.

Syndromes associés. — Même en l'absence de lymphocytose (certaines techniques, un *examen trop tardif après la ponction*, ne mettent d'ailleurs pas en évidence la leucocytose faible), l'association d'un Wassermann positif total et d'un benjoin fortement positif, doit être interprétée comme un symptôme de haute gravité: il n'a été réalisé, à ma connaissance, que chez quelques paralytiques généraux améliorés par un traitement minutieux.

3° Les syndromes méningés purs.

Les syndromes méningés purs, ou *réactions méningées*, sont caractérisés par l'hypertension, l'hyperalbuminose et la leucocytose, cette dernière étant réellement le plus caractéristique.

Les réactions méningées sont banales dans la syphilis. Elles peuvent être *dissociées*; l'hypertension a été signalée au début de la syphilis; elle est faible et sans importance. La suralbuminose est moins rare; elle constitue souvent un symptôme de début ou de terminaison d'une méningite franche. La leucocytose, qui reste isolée de la suralbuminose, est toujours discrète.

Le syndrome *associé* est habituel. La tension reste à peu près normale en beaucoup de cas, mais la suralbuminose et la lymphocytose sont nettes. Elles sont faibles ou fortes; il est rare que les réactions méningées intenses soient pures, c'est-à-dire que les réactions biologiques s'y montrent négatives.

Les réactions méningées pures sont banales au cours de la syphilis secondaire; elles ne sont pas rares à la période tertiaire.

Elles *ne sont pas caractéristiques de la syphilis*. Il serait oiseux d'énumérer toutes les infections et toutes les intoxications qui les reproduisent.

Mais, chez un syphilitique, elles possèdent une grande valeur. Elles peuvent s'aggraver, et la formule devient méningoparenchymateuse. Souvent, elles atteignent très vite leur acmé, puis diminuent très lentement, de façon spontanée ou sous l'influence du traitement. M. Ravaut admet qu'en cas d'amélioration, la lymphocytose disparaît en premier lieu et que l'hyperalbuminose est le symptôme le plus tenace; il ne s'agit que d'une règle générale car toutes les combinaisons s'observent.

Parmi ces réactions méningées pures, il en est de particulièrement intéressantes, ce sont celles qui s'accompagnent de lésions nerveuses syphilitiques. Les unes sont banales, non syphilitiques, satellites par exemple, d'un ramollissement cortical par artérite (polynucléose transitoire, puis lymphocytose qui s'éteint peu à peu). Les autres sont liées à un processus méningonerveux.

Le problème de leur signification s'est posé à propos du tabes. Nombre de tabes, arrêtés dans leur évolution, présentent une réaction méningée. Elle devient minime, faite seulement de petits lymphocytes denses et ratatinés. M. Sicard la décrit sous le nom de *lymphocytose résiduelle*. Je ne crois pas que, dans la syphilis, une lymphocytose persistante soit jamais résiduelle, c'est-à-dire le témoin d'un processus méningé complètement éteint.

UNE CAUSE D'ERREUR D'INTERPRÉTATION :

LA COEXISTENCE D'UNE FLUXION MÉNINGÉE BANALE

La vulgarisation de la ponction lombaire a rendu patentes des réactions méningées que la clinique soupçonnait sous le nom de méningisme, ou ignorait complètement. Les affections les plus banales s'accompagnent le plus souvent de réactions méningées, depuis l'herpès (Ravaut) jusqu'à l'insolation, depuis la grippe jusqu'à l'alcoolisme aigu. Les enfants font à tout propos une réaction méningée; les adultes jeunes y sont plus sujets que les veillards.

Ces réactions méningées n'ont généralement aucune gravité. Ce sont des *fluxions* fugaces qui disparaissent bientôt sans laisser aucun reliquat.

Comme tout autre sujet le syphilitique peut faire de pareilles fluxions méningées.

Cette cause d'erreur étant éliminée, le médecin, qui fait une ponction lombaire, obtient un résultat qui vient étayer ou critiquer son diagnostic clinique. Mais une seule formule rachidienne, pour précieuse qu'elle soit, ne permet, dans la majorité des cas, qu'un diagnostic d'approximation et n'autorise pas un pronostic très précis. Il se passe, pour le liquide céphalo-rachidien, ce que l'on connaît pour l'examen du sang : une anémie se reconnaît et se classe provisoirement dès la première lame et la première numération; seuls, des examens répétés permettent une conclusion indiscutable.

Parmi les syndromes syphilitiques, il en est de fugaces et passagers; d'autres sont extrêmement tenaces, et des ponctions lombaires successives révèlent la même formule pendant des mois et des

années. Même dans les cas favorables, le liquide céphalo-rachidien ne se modifie alors que très lentement; lorsque, par l'évolution naturelle de la maladie ou sous l'influence du traitement, il tend à redevenir normal, les modifications en sont dissociées et progressives, mais avec de petits à-coups.

Des ponctions lombaires successives peuvent être précieuses. La discrétion, qui s'impose dans l'emploi de cette épreuve diagnostique, exige que le praticien n'y ait recours qu'à bon escient. Aussi, n'est-il pas inutile de donner un aperçu des caractères du liquide céphalo-rachidien et de l'évolution de ces caractères au cours des différentes périodes et des différentes manifestations de la syphilis.

LES CARACTÈRES DU LIQUIDE MÉNINGÉ CHEZ LES SYPHILITIQUES

I. Affections syphilitiques du système nerveux.

Après avoir décrit les principaux syndromes syphilitiques du liquide céphalo-rachidien et indiqué leur signification habituelle, il n'est pas inutile d'insister encore et de voir ce que révèle la ponction lombaire au cours des maladies syphilitiques du système nerveux.

1° Paralysie générale. Pression voisine de la normale.

Hyperalbuminose qui atteint en général 0,55 à 0,75; augmentation de la globuline. Lymphocytose nette, dépassant rarement 100 par millimètre cube; Wassermann positif total; benjoin colloïdal positif fort. *Wassermann du sang positif total.*

De ces éléments, les plus constants sont : le Wassermann positif (presque 100 p. 100 des cas) et l'hyperalbuminose, ensuite le benjoin colloïdal ultra-positif.

La lymphocytose varie davantage; au moment des ictus et des poussées d'agitation, les lymphocytes augmentent de nombre et peuvent être mêlés de polynucléaires et d'hématies. Il peut arriver que les lymphocytes soient très peu nombreux (5, 4, 3), et même en nombre quasi normal.

Il n'existe pas de parallélisme entre l'amélioration d'un paralytique général et la diminution des réactions méningées. Il ne faut tenir aucun compte des travaux qui jugent de l'efficacité d'une thérapeutique d'après les variations de la leucocytose. L'expérience et la théorie sont d'accord pour affirmer que la lésion essentielle est encéphalique et non méningée.

Sous l'influence de traitement intensif, le Wassermann du sang peut devenir négatif, mais à part quelques exceptions le Wassermann du liquide céphalo-rachidien reste toujours positif (1).

La réaction du benjoin colloïdal peut devenir moins intense mais elle persiste toujours. Sa diminution cependant aurait, pour Targowla, une certaine valeur pronostique.

Dans nombre de cas difficiles, la ponction lombaire permet d'affirmer ou de rejeter le diagnostic de paralysie générale.

Au cours de la neurasthénie, de la confusion mentale, de la psychose maniaque dépressive, de l'épilepsie essentielle, de la démence précoce, et de beaucoup d'autres maladies mentales, le liquide céphalo-rachidien est normal, ou, s'il présente quelques modifications, elles sont légères et banales (lymphocytose, hyperalbuminose).

La méningite des alcooliques, quand elle existe, est discrète : hyperalbuminose avec lymphocytose légère, ou dissociation albumino-cytologique, celle des saturnins (pseudo-paralysie générale saturnine) est souvent plus marquée. Dans toutes les intoxications, le Wassermann est négatif.

Comme la paralysie générale, la maladie du sommeil est une méningo-encéphalite. On manque de renseignements sur la réaction de Lange; il n'est pas certain que le Wassermann soit toujours négatif. Jusqu'à plus ample informé, les antécédents africains du malade, et la recherche du parasite rendent plus de services que les épreuves rachidiennes.

Les tumeurs, la pachyméningite hémorragique, l'artério-sclérose cérébrale, la sclérose en plaques, peuvent simuler la paralysie générale; nous allons retrouver ces affections aux diagnostics des syndromes suivants.

La grande réaction rachidienne avec benjoin colloïdal très positif (courbe dite paralytique), Wassermann positif total non seulement dans le liquide, mais dans le sang, permettent d'affirmer presque à coup sûr l'évolution d'une paralysie générale, qu'elle soit isolée ou complique d'autres affections syphilitiques du système nerveux.

2° L'artérite syphilitique du cerveau. — *a.* L'artérite syphilitique peut être isolée, c'est-à-dire non accompagnée de méningite; le liquide céphalo-rachidien est alors normal.

b. La plupart du temps, l'artérite coexiste avec une méningite syphilitique chronique. La formule du liquide céphalo-rachidien est la suivante : hyperalbuminose, lymphocytose, Wassermann positif, positif atténué, douteux ou négatif; benjoin colloïdal négatif ou positif (courbe de forme dite syphilitique, et non de forme dite paralytique).

c. Si la ponction lombaire est faite après un ictus, la formule histologique peut montrer une prédominance de polynucléaires. Cette réaction est toujours fugace et ne tarde pas à faire place à la lymphocytose pure.

L'examen du liquide céphalo-rachidien permet de distinguer la paralysie générale des formes de l'artérite cérébrale qui la simulent.

L'hypothèse d'artério-sclérose cérébrale simple peut être rejetée si le Wassermann est positif, ou même si, en l'absence d'ictus récent, existe une réaction cellulaire et chimique. *Un liquide normal, en revanche, n'autorise pas à exclure la syphilis* (Armand-Delille et Camus, Dupré et Devaux, Babonneix et David, etc.).

L'un des diagnostics les plus important à l'heure actuelle, est celui d'encéphalite léthargique, qui simule toutes les variétés de syphilis encéphalique, et que nous mentionnons ici pour n'y plus revenir.

En règle générale, l'encéphalitique ne présente pas de réaction méningée. Il n'est pas exceptionnel cependant de trouver de l'hyperalbuminose et de la lymphocytose; le Wassermann lui-même peut être positif, et cette réaction, bien que légère et transitoire, est éminement trompeuse. Le dosage du sucre

---

(1) Etudiant l'intensité de la réaction, Dujardin a montré que, sous l'influence d'un traitement très actif, elle diminue sensiblement, et que si le Wassermann du liquide reste positif alors que le Wassermann du sang est devenu négatif, c'est que le liquide céphalo-rachidien contient beaucoup plus d'anticorps que le sang.

dans le liquide céphalo-rachidien montre l'augmentation notable du glucose, mais il est possible que ce symptôme ne soit pas aussi caractéristique qu'on l'a dit.

L'examen du sang est capital, un Wassermann sanguin permet d'instituer le traitement anti-syphilitique.

3° Les placards gommeux méningo-encéphaliques. — Lymphocytose modérée, forte ou parfois énorme.

Hyperalbuminose.

Wassermann souvent positif; benjoin négatif, ou plus ou moins positif.

Le traitement modifie rapidement ces caractères. Toutes les réactions diminuent et certaines disparaissent. Seule, la lymphocytose persiste, habituellement modérée. Cette obéissance au traitement est un caractère important des syphilides infiltrées localisées.

Dans l'épilepsie essentielle, le liquide est normal ou à peu près. Les tumeurs sont caractérisées par l'hypertension considérable du liquide céphalo-rachidien.

Le liquide méningé des tumeurs peut donner un Wassermann positif, et même un benjoin quelque peu positif. Le diagnostic de syphilis est donc parfois délicat.

La pachyméningite hémorragique, qui simule aussi bien la paralysie générale que la démence sénile, la méningite gommeuse que les tumeurs, est peut-être souvent d'origine syphilitique. Le liquide céphalo-rachidien est, en général, clair; il peut être jaunâtre avec une certaine réaction lymphocytaire.

4° Les grosses gommes cérébrales méningées ou médullaires sont véritablement des tumeurs. Le mal de Pott syphilitique et toutes les grosses infiltrations en placards se comportent comme des tumeurs. C'est dire que la ponction lombaire doit être faite avec précaution dans la position horizontale.

Dans les tumeurs non syphilitiques, la pression est très élevée (sauf dans quelques cas de tumeurs médullaires, où les lacs arachnoïdiens situés au-dessous du siège de la compression peuvent être quasi vides). L'albumine est très augmentée. Parfois, la stase veineuse dans les segments médullaires sous-jacents à la compression donne le syndrome de Froin : xantochromie avec coagulation massive, ou sa forme atténuée, la xantochromie simple.

En règle générale, les tumeurs non syphilitiques ne s'accompagnent pas de leucocytose : c'est la dissociation albumino-cytologique de Nonne, de Sicard et Foix; mais cette règle n'est pas absolue.

La formule du liquide céphalo-rachidien est des plus variées dans la syphilis.

Souvent elle est typique et ressemble à celles que nous avons déjà décrites.

Parfois elle est véritablement tumorale (Guillain, Sicard, Hudelo et leurs élèves). Certaines nuances cependant sont importantes.

Les gommes coexistent avec une méningite histologique, et la lymphocytose est de règle. L'existence d'une réaction méningée forte est un argument important en faveur de la syphilis.

La réaction de Wassermann, bien que capitale, n'est pas pathognomonique : négative, elle ne permet pas d'éliminer la syphilis; positive, elle n'affirme pas de façon absolue l'existence d'une syphilis car, depuis les travaux de Clovis Vincent, on sait que les liquides hyperalbumineux non syphilitiques peuvent, d'ailleurs exceptionnellement, provoquer un Wassermann positif.

5° Le tabes. — La formule habituelle est :

Tension sensiblement normale;

Hyperalbuminose, avec légère augmentation des globulines ;

Lymphocytose nette d'importance variable, habituellement au-dessous de 100 par millimètre cube.

Wassermann négatif; benjoin colloïdal négatif ou sub-positif.

Wassermann du sang positif ou négatif, souvent positif atténué.

Le liquide céphalo-rachidien qui donne un Wassermann négatif, peut le donner positif par une technique qui augmente la sensibilité de la réaction.

Les résultats de la ponction lombaire sont d'ailleurs très différents, suivant la phase évolutive du tabes. La maladie de Duchenne s'aggrave, en effet, par une série de poussées subaiguës séparées par des intervalles d'inactivité qui peuvent être fort longs (tabes dit fixé). On décrit en outre, sous le nom de tabes incipiens ou de tabes mono-symptômatique, des accidents neuro-syphilitiques qui n'ont souvent qu'un lointain rapport avec la grande maladie tabétique, le tabes complet et classique où s'associent les lésions méningo-radiculo-médullaires sur toute la hauteur de l'axe nerveux. Les dits tabes mono-symptômatiques ou oligo-symptômatiques des vieux syphilitiques correspondent le plus souvent à des formules de repos méningés; les tabes incipiens précoces s'accompagnent au contraire, presque toujours, d'une méningite intense qui réalise le grand syndrome céphalo-rachidien.

Les formules que l'on observe peuvent être groupés en des types entre lesquels existent tous les intermédiaires :

a. Hyperalbuminose.

— Lymphocytose abondante avec plasmazellen;

— Wassermann positif, benjoin positif net :

Formule de poussée évolutive en présence de laquelle il sera utile de refaire une ponction lombaire après traitement.

b. Albumine quasi normale. Lymphocytose nette; pas d'autres modifications :

formule d'évolution torpide.

c. Formules de repos méningé :

— soit lymphocytose isolée discrète, très minime, formée de petits lymphocytes sans protoplasma apparent (lymphocytose résiduelle de Sicard) ;

— soit, — rarement, — hyperalbuminose légère isolée;

— soit tension augmentée, tous les autres éléments étant normaux (Dujardin);

— soit liquide normal (?).

Toutes les transitions et toutes les combinaisons peuvent s'observer.

Chez un même malade, la formule rachidienne n'est pas fixe ; elle varie même en l'absence de modifications cliniques et de traitement.

Une médication énergique et soutenue fait souvent baisser l'albumine et la lymphocytose. Il est plus difficile d'influencer un Wassermann s'il est positif. Les petites modifications des tabes dits fixés sont extrêmement rebelles.

6° Les myélites syphilitiques. — La plupart des méningo-vasculo-myélites donnent des réactions

méningées aiguës (formule de ramollissement ou formule de méningite syphilitique sub-aiguë), ou chroniques (hyperalbuminose, lymphocytose, épreuves sérologiques positives, sub-positives, ou *négatives*). Ces réactions obéissent au traitement, mais après guérison apparente, ou plutôt regression partielle des symptômes, la méningite chronique continue (1).

Très tard, chez les vieux paraplégiques, qui sont plutôt des infirmes que des malades, le liquide peut devenir quasi normal et présenter une de ces modifications dites résiduelles, que la thérapeutique est impuissante à modifier.

Girot insiste d'ailleurs sur ce fait que le traitement antisyphilitique hardi, fort et prolongé ne possède une action nette que dans les cas récents (même très graves en apparence) dans lesquels les réactions humorales en faveur de la syphilis sont nettement positives. Les cas déjà un peu anciens, dans lesquels les réactions humorales sont devenues négatives — c'est-à-dire la grande majorité des cas — ne paraissent guère obéir au traitement, et l'on sait que la thérapeutique doit être tenace et non violente.

Dans la forme d'Erb, qui est typiquement une sclérose torpide des faisceaux pyramidaux sans méningite, la ponction lombaire peut être négative: le liquide est parfaitement normal. Toujours cependant, au moins chez les malades encore jeunes que j'ai eu l'occasion d'examiner dans les dix premières années de l'affection, une certaine réaction méningée existe : lymphocytose modérée mais nette, légère hyperalbuminose, et parfois même Wassermann positif.

On ne saurait trop mettre en lumière que si la ponction lombaire permet, en général, de distinguer sans mal la syphilis du mal de Pott et des tumeurs médullaires, elle est souvent d'interprétation délicate, lorsque la clinique hésite entre la syphilis et une autre myélite infectieuse ou toxique.

La sclérose en plaques est de beaucoup le diagnostic le plus difficile. Le liquide céphalo-rachidien est souvent normal, mais cette intégrité n'exclut pas le diagnostic de paraplégie d'Erb: les petites lymphocytoses sont fréquentes, mais le fait est banal aussi au cours des paraplégies syphilitiques torpides ; une grosse lymphocytose est en faveur de la syphilis (Girot). Si le liquide est altéré, comme il est habituel au moment des poussées, la lymphocytose et l'hyperalbuminose simulent d'autant plus la syphilis que le benjoin colloïdal est souvent positif (Achard). La coexistence d'un benjoin positif avec un Wassermann négatif est un caractère extrêmement important de la sclérose en plaques. Malgré ce symptôme précieux, le doute est encore fréquent : le Wassermann du sang est parfois positif dans la sclérose en plaques (Dufour et Thiers) ; la syphilis peut donner tous les symptômes de la sclérose en plaques la plus typique. Dans les cas difficiles, des examens répétés sont nécessaires.

(1) Récemment, L. Girot a étudié la réaction du benjoin colloïdal dans les paraplégies spasmodiques syphilitiques d'origine médullaire. Dans la moitié des cas, la réaction est négative dans la zone syphilitique. Dans l'autre moitié la réaction est subpositive. Elle n'a été très positive, à type paralytique, qu'une fois sur 23. Très souvent il y a discordance entre le benjoin qui est subpositif et le Wassermann qui est négatif. On trouve aussi dans les paraplégies syphilitiques la propagation de la précipitation vers la droite que Guillain et Marquézy ont signalée dans la sclérose en plaques. La conclusion est que la réaction du benjoin n'apporte qu'une aide faible au diagnostic des paraplégies syphilitiques.

7° Les syphilis tigrées du système nerveux. — Les syphilis à foyers multiples s'accompagnent toujours de méningite, sous les réserves que nous venons de faire. L'examen du liquide céphalo-rachidien permet presque toujours d'affirmer le diagnostic. Il en est de même dans les affections systématisées ou pseudo-systématisées dues à la syphilis, car les réactions méningées du type syphilis ne s'observent pas dans les maladies qu'elles simulent.

8° Méningite syphilitique secondaire simulant une méningite aigue tuberculeuse ou autre. — Hypertension; lymphocytose abondante, avec éléments nettement pourvus de protoplasma et cellules du type de plasmazellen. Hyperalbuminose avec excès de globulines; Wassermann positif, benjoin colloïdal positif mais moins fortement en général que dans la paralysie générale (courbe syphilitique).

En période aiguë, les lymphocytes peuvent être mêlées d'une grande quantité de polynucléaires, mais le fait est exceptionnel. Dans certains cas, le benjoin peut être à peine positif et même le Wassermann douteux.

Le diagnostic avec les méningites cérébro-spinales et tuberculeuses se montre parfois difficile (le benjoin est légèrement positif — courbe dite méningitique — dans la méningite tuberculeuse). Il se fait moins par les caractères histologiques et chimiques du liquide céphalo-rachidien que par la recherche du microbe pathogène; le méningocoque est décélé par l'examen direct, la culture et l'agglutinaton. Le bacille de Koch est, en général, découvert assez facilement si l'on a soin *d'enrichir* le liquide par un séjour de vingt-quatre à quarante-huit heures à l'étuve.

Mais on a souvent besoin d'une réponse immédiate. La technique suivante montre le bacille de Koch dans environ 90 p. 100 des méningites tuberculeuses : centrifuger le plus vite possible après le prélèvement, prendre tout le culot en retournant le tube la pointe en l'air et en se servant d'une pipette rendue capillaire à son extrémité, enfin l'étaler tout entier sur une lame. Il faut ensuite colorer à froid, au Ziehl, pendant vingt minutes, avant de colorer à chaud, selon la technique ordinaire, jusqu'à dégagement de vapeurs. L'examen microscopique devra ensuite être pratiqué avec méthode et patience (L. Petit).

Le Wassermann du sang, toujours positif dans la syphilis, prend une importance diagnostique considérable.

Toutes les méningites *secondaires* ont cette propriété commune, de s'améliorer sous l'influence du traitement. L'amélioration est souvent extrêmement rapide, et j'ai insisté autrefois, avec M. Janselme, sur la fugacité remarquable des grosses réactions qui accompagnent certains accidents. Il n'en est pas toujours ainsi. Certaines méningites traînent, et ces réactions persistantes sont de très mauvais pronostic pour l'avenir. Même dans les cas favorables, il est rare que, de longs mois après la poussée clinique et malgré la poursuite d'un traitement actif, ne se trouve encore une certaine réaction méningée.

9° Accidents nerveux localisés. Iritis. — Les grosses réactions méningées sont habituelles, au moins au début. Il n'est pas exceptionnel cependant que la lymphocytose ne soit que moyenne, l'hyperalbuminose modérée, le Wassermann et le benjoin négatifs. La méningite concomitante de l'iritis peut

être fugace (Jeanselme et Chevallier) : l'iritis n'est pas, en général, un symptôme qui annonce des accidents nerveux graves.

Les *céphalées*, violentes et rebelles, s'accompagnent en général de réactions méningées évidentes. Mais, l'encéphalalgie secondaire, pré-roséolique ou contemporaine de la roséole, peut fort bien coexister avec un liquide céphalo-rachidien normal ; je ne serais pas étonné que soit vraie la théorie, autrefois classique, de la périostite de la table interne du crâne.

Les *paralysies* des nerfs moteurs ou sensitifs — paralysie faciale, oculaire, sciatique, trigéminale, etc — s'accompagnent de méningite.

10° LES SIGNES PUPILLAIRES DE LA SYPHILIS. — Il est banal d'observer chez les syphilitiques contaminés en général depuis un certain nombre d'années, des modifications pupillaires particulières : les pupilles sont déformées, inégales, et le plus souvent rétrécies ; le réflexe lumineux est aboli alors que le réflexe d'accommodation est conservé (signe d'Argyll-Robertson). La valeur diagnostique de ce syndrome est considérable. La question se pose de savoir s'il traduit une syphilis méningée.

L'hypothèse classique considère le signe d'Argyll-Robertson comme le résultat d'une méningo-radiculite ; l'abolition du réflexe serait toujours une manifestation de l'atteinte d'un centre. M. Dupuy-Dutemps fait de l'inégalité et de la déformation pupillaires un symptôme périphérique lié à une impotence ou une atrophie de certaines fibres musculaires iriennes.

En clinique, deux groupes de faits peuvent être distingués :

Tantôt le signe d'Argyll-Robertson coïncide avec des symptômes de syphilis du système nerveux, et la formule rachidienne est alors celle du type de cette syphilis : paralysie générale, tabes, syphilis cérébrale ; lorsque n'existent que des signes nerveux, minimes et peu nombreux, par exemple l'abolition d'un réflexe, etc., la réaction méningée est presque toujours du type tabétique, mais le type paralytique n'est pas exceptionnel.

Tantôt le signe d'Argyll-Robertson est isolé ; ce groupe comprend les cas les plus intéressants.

La réaction méningée est *le plus souvent nette* ; parfois même, elle est intense et annonce l'imminence d'une paralysie générale. Elle peut être minime : lymphocytose légère, hyperalbuminose très discrète, Wassermann et benjoin négatifs. Le Wassermann du sang est, suivant les cas, positif ou négatif.

Il n'est cependant pas exceptionnel que le signe d'Argyll-Robertson ne soit accompagné d'aucune syphilis méningée. Même à des examens répétés, le liquide céphalo-rachidien se montre parfaitement normal. L'observation prolongée des malades permet quelquefois d'assister à l'évolution d'une syphilis nerveuse, presque toujours artérielle, mais le fait est loin d'être constant. Les porteurs d'Argyll Robertson isolé sont souvent atteints d'aortite syphilitique chronique (syndrome de Babinski). Un certain nombre d'êtres peuvent ne présenter aucune autre tare viscérale. La syphilis n'est alors affirmée que par un Wassermann sanguin positif ou subpositif.

Si le Wassermann du sang est négatif, et s'il reste négatif même après réactivation, c'est-à-dire après traitement et examens répétés, si le sujet ne présente aucun antécédent personnel ou héréditaire net, la syphilis est souvent mise en doute. Le signe d'Argyll-Robertson a d'ailleurs été signalé, mais à titre exceptionnel, dans la sclérose en plaques, les lésions traumatiques pédonculo-protubérantielles, et quelques autres affections du système nerveux. Je pense cependant que, même isolées, les modifications pupillaires permettent, presque à coup sûr, d'affirmer le diagnostic ; comme Dujardin, je connais plusieurs exemples de malades sceptiques et indociles qui firent plus tard des accidents syphilitiques (aortite, leucoplasie, avec ou sans sclérose rénale).

Le signe d'Argyll-Robertson est toujours une indication à traiter afin d'éviter l'évolution ultérieure de la syphilis, mais il faut bien savoir que, si l'examen du liquide céphalo-rachidien est négatif, les accidents redoutés ont toute chance de n'être pas nerveux. Non pas que j'estime, avec Dujardin et Rasquin, que « dans l'état actuel de nos connaissances, il y a lieu de considérer ces malades comme guéris (d'une syphilis méningée) sous bénéfice de surveillance ». Les faits cliniques ne permettent pas de rattacher le signe d'Argyll-Robertson à une méningite syphilitique ; il apparaît comme un signe *local* d'une syphilis généralement ancienne au même titre que la leucoplasie par exemple.

En résumé, en présence d'un malade atteint de troubles nerveux ou mentaux, l'examen du liquide céphalo-rachidien permet le plus souvent le diagnostic. Quelques affections cependant donnent des réactions méningées voisines des réactions syphilitiques et il faut connaître ces faits pour éviter des erreurs. L'intégrité du liquide spinal, pour inhabituelle qu'elle soit dans la syphilis, n'arrive jamais à rejeter l'hypothèse de cette maladie. Lorsque existe une modification syphilitique nette du système nerveux, des ponctions lombaires successives peuvent être utiles, mais l'évolution, et tout spécialement l'évolution favorable, du liquide céphalo-rachidien, n'est pas forcément parallèle aux évolutions des symptômes cliniques et des lésions capitales.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er MARS 1926)

Infection et immunité charbonneuse par voie péritonéale. — M. Auguste LUMIÈRE et Mme MONTOLOY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 MARS 1926)

Sur la nécessité d'un contrôle technique des laboratoires d'analyses biologiques. — M. REMLINGER. A l'heure actuelle, en France, n'importe qui peut faire des analyses et s'intituler chef de laboratoire, qu'il ait ou non une compétence spéciale.

Les inconvénients, les dangers même de cette situation sont mis en vedette par M. Remlinger. Rappelant le mot de Paul Ravaut : « La réaction de Wassermann ne vaut que par la signature qui l'accompagne », il énumère les erreurs grossières qui sont commises chaque jour, et il demande que les analyses soient surveillées.

M. Remlinger ne demande pas des règlements draconiens comme il en existe en Angleterre ou en Allemagne, il ne

souhaite pas la création d'une nouvelle classe de fonctionnaires, il émet simplement le vœu qu'un contrôle soit exercé par les facultés de médecine sur les laboratoires installés dans le ressort de chacune d'elles. C'est la sagesse même ; il ne faut plus qu'on trouve en France des officines sur le fronton desquelles on puisse inscrire cette phrase de notre confrère Orticoni : « Ici perdez tout espoir de ne pas être syphilitique... »

Hygiène de l'enfance. — M. Jules Renault lit un rapport sur le fonctionnement du service de la protection des enfants du premier âge pendant l'année 1924, service si important pour la conservation des nourrissons et dont les bienfaits augmentent d'année en année. Après MM. Paul Strauss et Dron, dont le projet de loi, adopté par le Sénat en 1922, est soumis à l'examen de la Chambre des Députés, il examine les modifications qui pourraient en intensifier le rendement ; il étudie tout spécialement les consultations de nourrissons, déjà créées dans beaucoup de départements et dont la généralisation, si elle était rendue obligatoire, assurerait dans les conditions les meilleures l'application de la loi Roussel ; il étudie aussi le rôle des infirmiers-visiteurs utilisés depuis longtemps à l'étranger et depuis quelques années dans certains départements français avec des résultats fort encourageants.

Epidémiologie des teignes du cheval. — M. Brocq-Rousseu. On pense généralement que la grande majorité des teignes du cheval reconnaît pour cause un champignon parasite du genre *tricophyton*. M. Brocq-Rousseu montre que, contrairement à cette opinion, les teignes sont dues, dans la plupart des cas, à un autre champignon voisin, le *microsporum equinum*. Comme dans la microsporie de l'homme, la maladie atteint surtout les jeunes sujets.

Les résultats pratiques de la traite mécanique des vaches laitières. — M. Henri de Rothschild. La traite mécanique donne des résultats très supérieurs à la traite manuelle. Elle est plus économique, elle permet d'obtenir du lait d'une qualité exceptionnelle. Aussi la traite mécanique doit-elle se généraliser pour le plus grand bien des producteurs et des consommateurs. Le lait qu'elle permet d'obtenir, sans être aseptique, possède des qualités de pureté et de conservation de premier ordre ainsi que l'ont montré les expériences entreprises par l'auteur, depuis 1922, au centre national de zootechnie des Vaux de Cernay.

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine en milieu épidémique. — M. Chr. Zœller expose les résultats obtenus au cours de deux campagnes successives de vaccination par l'anatoxine diphtérique, entreprises à l'occasion de poussées épidémiques particulièrement sévères,

Il insiste sur l'innocuité du procédé ; aucun incident ne fut constaté sur près de trois mille injections, après adoption de quelques précautions élémentaires. L'efficacité de la vaccination s'est traduite par une diminution du nombre des cas chez les vaccinés et par une atténuation de leur gravité. L'établissement de l'immunité complète dans une collectivité est précédée d'une période ou l'immunité n'est que relative ; pendant cette période on observe parfois des angines diphtériques bénignes qui peuvent être considérées comme des formes allergiques de la maladie. L'auteur compare les résultats obtenus avec ceux qu'il a précédemment apportés dans une première série où les sujets bi-vaccinés n'avaient pas présenté un seul cas de diphtérie. L'effet de la vaccination est différent suivant le moment de la poussée épidémique où elle intervient. D'une efficacité absolue sur un terrain déjà préparé par l'infection occulte, la vaccination a une efficacité moins rapide lorsque le terrain où elle opère est absolument neuf.

Il n'en reste pas moins que l'usage systématique et méthodique de la vaccination par l'anatoxine dans les collectivités doit être recommandé et largement répandu.

Poisson réfrigéré, poisson congelé. — MM. Loir et Legangneux reviennent sur la question du poisson congelé. Ils démontrent que le poisson congelé immédiatement après sa capture conserve toutes les propriétés nutritives du poisson frais. Ses modifications histologiques, chimiques et bactériologiques sont nulles alors que le poisson conservé dans la glace fondante n'a pas toujours les mêmes qualités.

Il est à souhaiter que le développement de l'industrie du froid permette de livrer sur nos marchés un aliment qui ne subira plus comme prix les variations amenées par les aléas de la pêche et qui sera présenté au consommateur dans un état de conservation qui malheureusement ne se trouve pas toujours actuellement.

Comité secret. — Rapport de la Commission de présentation à la place vacante dans la Section des membres libres.

La section présente : en première ligne, M. Georges Dumas ; en deuxième ligne, M. Henri de Rothschild ; en troisième ligne, MM. Cabanès, Kling, Lepape et Trillat.

L'Académie ajoute : MM. Blondel, Küss, Laurens et Valude.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 5 mars 1926)

Ictère spirochétosique à recrudescence fébrile. Bacillémie et bacillurie concomitantes et bacille paratyphique. — MM. A. Widal et R.-J. Weissenbach rapportent l'observation d'un garçon de quinze ans qui présente un ictère infectieux ayant évolué cliniquement comme un cas typique d'ictère infectieux à rechute et recrudescence fébrile, avec syndrome de rétention biliaire complète, syndrome hémorragique fruste, sans participation rénale importante, sans réaction méningée, et terminé en quatre semaines par la guérison. Le sang du malade possédait un pouvoir agglutinant et lytique très élevé (au millième) pour le spir. icterohemorragiæ, ce qui démontre la nature spirochétienne de cet ictère. Mais, en outre, ils purent isoler du sang et des urines du malade, un grand nombre de fois, un bacille du groupe paratyphique, fortement agglutiné par le sérum du malade.

Polyarthrite chronique déformante tuberculeuse avec présence de bacille tuberculeux. — MM. Carnot et Terris présentent une malade atteinte de déformations articulaires multiples prédominantes, surtout sur les articulations des doigts, du coude et du genou. On constate une réaction hydarthrique importante qui a nécessité, au niveau de l'articulation du genou, une arthrotomie, et qui a permis de noter des nodules inflammatoires des cellules géantes. L'inoculation a mis en évidence le bacille de Koch.

Ces faits sont rares chez une malade qui ne présente par ailleurs aucun signe de tuberculose viscérale.

Atrophie musculaire syphilitique des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire chez un sujet porteur d'une fracture ancienne de la colonne cervicale. — MM. P. Léchelle et Jean Weill présentent un malade atteint d'amyotrophie des membres supérieurs et de la ceinture scapulaire d'origine syphilitique, ainsi que le prouvent l'examen du liquide céphalo-rachidien et l'efficacité du traitement.

L'intégrité clinique du reste du système nerveux, le fait que cette amyotrophie se manifeste dans des territoires innervés par les segments médullaires compris entre C3 et D1 qui se trouvent en rapport avec un foyer de fracture ancien de la colonne cervicale, fait penser aux auteurs que le traumatisme a joué, dans ce cas, le rôle d'un point d'appel du processus syphilitique.

Un cas de macrogénitosomie chez une fillette. — MM. A. Léri et Marc Leconte présentent une fillette de neuf ans dont la taille, le tour de poitrine, les seins, le système pileux sont ceux d'une fille de seize à dix-sept ans ; il en est de même de son degré d'ossification d'après les radiographies. Seule, son évolution dentaire est proportionnée à son âge, et son développement intellectuel est un peu inférieur à celui de son âge.

C'est, semble-t-il, le premier cas de macrogénitosomie observé chez une fillette.

Communication interauriculaire avec anévrisme de la pointe du cœur. — MM. Akil Moukhtar et Sedad rapportent une observation anatomo-clinique de communication interauriculaire avec anévrisme de la pointe du cœur gauche.

Méningite tuberculeuse aiguë bactériologiquement confirmée. Guérison rapide se maintenant après trente-deux mois. — MM. Vedel, G. Giraud et Puech (de Montpellier)

ont vu évoluer et céder en cinq jours une réaction méningée aiguë, au cours de laquelle la présence de nombreux bacilles de Koch, tuberculisant rapidement le cobaye, a été constatée dans le liquide céphalo-rachidien. On peut se demander si l'épisode clinique très franc et très court auquel on a assisté n'a pas traduit la réaction — très anormalement heureuse — de la méninge à un envahissement par des bacilles de Koch venus d'un foyer latent.

Abcès gangréneux du poumon. — MM. A. Coyon et Ourmansky rapportent deux observations de malades atteints de suppuration pulmonaire qui ont présenté à plusieurs reprises, pendant la durée de leur maladie, des phénomènes de fétidité de l'haleine et des crachats. Le diagnostic reste indécis entre abcès pulmonaire compliqué secondairement de gangrène et gangrène pulmonaire à forme prolongée. Il ne semble pas y avoir d'élément qui permette d'établir d'une manière certaine ce diagnostic.

Complexes ventriculaires électriques et insuffisance cardiaque. — MM. Ch. Laubry, J. Walser et L. Deglaude apportent une contribution particulièrement intéressante aux études, entreprises depuis plusieurs années, sur les déformations de l'électrocardiogramme au cours de l'insuffisance cardiaque.

Ils s'attachent surtout à critiquer la conception classique qui voit dans ces altérations la manifestation d'un block des branches hisiennes, et à démontrer, à l'aide d'arguments cliniques et expérimentaux, le rôle prédominant de la fatigue musculaire. De leur statistique se dégage, en outre, la grande valeur pronostique d'une altération progressive des complexes ventriculaires qui objective la gravité de l'insuffisance cardiaque et la rapidité de son évolution.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1926)

Les mycoses. — M. Moure revient sur cette question, en particulier sur la difficulté du diagnostic. Il faut rechercher ces lésions pour les trouver. Le plus souvent elles passent inaperçues ou sont confondues avec des lésions tuberculeuses. Après de nombreuses recherches de laboratoire, M. Moure, avec ses collaborateurs, est arrivé à constater que chez les malades atteints d'une des variétés de ces mycoses il se produit dans leur sérum sanguin des phénomènes particuliers d'agglutination qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Mais pour arriver à des résultats positifs il faut faire de nombreux ensemencements. Il a pu ainsi diagnostiquer des sporotrichoses viscérales. Il a aussi rencontré des tuberculoses associées aux lésions mycosiques. Il y aurait donc intérêt à poursuivre ces recherches de laboratoire et à pousser plus loin l'examen du sérum de ces malades.

M. Mauclaire a rencontré une sporotrichose de l'utérus.

M. Sorrel continue à ne pas partager l'opinion de M. Moure sur la fréquence de ces affections. On a trouvé très rarement aussi l'association de ces lésions avec des lésions tuberculeuses.

M. Sorrel a examiné un très grand nombre d'arthrites de toutes sortes dans le but de rechercher ces lésions mycosiques et ne les a pas trouvées.

M. Mocquot est de cet avis. Il a fait, lui aussi, de nombreuses recherches du même genre sans résultats.

M. Moure pense qu'on a dû bien souvent passer à côté de ces lésions restées méconnues.

Des moyens de reconnaître le refroidissement réel d'une appendicite aiguë. — M. de Martel, à propos de la communication faite dans l'une des dernières séances par M. Grégoire, s'est efforcé de rechercher les moyens de reconnaître exactement le refroidissement d'une appendicite. Depuis plusieurs années déjà, M. de Martel fait rechercher la formule leucocytaire de tous les malades qu'il doit opérer à froid. Si l'on trouve plus de 70 polynucléaires, même alors que les malades sont apyrétiques, il attend encore avant de les opérer. Il ne se décidera à leur enlever leur appendice que lorsque le nombre des polynucléaires sera descendu au-dessous de 65. Il y a donc là un moyen utile d'éviter d'opérer trop tôt des malades venant de passer par une crise aiguë d'appendicite, et d'éviter d'avoir des accidents d'infection postopératoires sur lesquels M. Duval a appelé l'attention.

Traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. Mauclaire communique l'observation d'un homme de soixante-quinze ans atteint d'une fracture de la tête humérale qu'il a traitée par le refoulement. Bon résultat obtenu par un moyen plus simple que l'extraction de la tête humérale.

Le vissage dans les fractures. — M. Dujarier répond à M. Thiéry qui a condamné le vissage pour lui préférer la suture. Le vissage, pour M. Dujarier, est le traitement de choix des fractures articulaires. C'est beaucoup plus simple et plus facile que la suture.

M. Dujarier cite la thèse de son élève, M. Pinaud, dans laquelle sont relatés les résultats éloignés de 10 cas de vissage, sans accidents et avec un résultat anatomique et fonctionnel très satisfaisant.

Une discussion s'engage entre M. Thiéry et M. Dujarier, discussion dans laquelle chacun reste sur ses positions, M. Dujarier vantant le vissage et M. Thiéry préférant la suture.

M. Fredet ne pratique pas le vissage de l'olécrâne et il obtient de très bons résultats de la suture.

M. Lenormant croit qu'il faut distinguer les cas où une simple vis ou un fil suffisent alors que, dans d'autres cas, on n'obtient de bons résultats qu'à l'aide d'un appareil prothétique suffisamment long et très solide.

M. Alglave partage le même avis et se résume en disant : os solide, vissage ; os peu solide, des fils.

M. Dujarier maintient que le vissage seul peut assurer une coaptation solide.

M. Thiéry maintient qu'on peut obtenir le même résultat à moins de frais.

Perforation intestinale par ascaride. — M. Chiffoliau analyse une observation de M. Anagostopoulos. Femme de trente-neuf ans, douleurs abdominales, température 39 degrés, tumeur dans la fosse iliaque droite, fixe, non fluctuante. Laparotomie, gangue blanchâtre, incision, évacuation de pus, péritonite par perforation intestinale, présence d'ascarides que l'auteur accuse de la perforation. M. le rapporteur ne partage pas cet avis. Il admettrait plutôt une perforation par suite de gangrène de l'appendice.

M. Lapointe rapproche de ce fait celui qu'il vient d'observer récemment. Appendicite aiguë, laparotomie, présence de pus dans le ventre, perforation, découverte d'un ascaride qu'on pouvait bien considérer comme l'agent de cette perforation.

M. Ockinzyc pratiqua une laparotomie pour double salpingite. Opération correcte. Péritonite consécutive, mort. A l'autopsie on trouva une perforation intestinale et deux ascarides. Les ascarides avaient-ils passé dans la cavité abdominale par la perforation? Avaient-ils causé eux-mêmes cette perforation? Cette dernière hypothèse est bien admissible.

M. Chiffoliau fait observer que dans ces divers cas il y aurait lieu d'être bien fixé sur l'état de l'appendice.

L'ostéoporose. — M. Leriche fait une communication très écoutée sur ce sujet qui a été l'objet, de sa part, d'une étude toute particulière. L'ostéoporose n'est pas toujours le résultat d'une longue immobilisation et n'apparaît pas toujours en même temps que l'atrophie musculaire. Chaque fois qu'il y a augmentation de la circulation sanguine, on peut voir l'os entrer en régression et l'on constate très rarement de la recalcification des os ainsi atteints. C'est donc une vaso-dilatation qui amène la raréfaction osseuse et celle-ci peut se produire en dehors de tout traumatisme, de toute fracture. Or, en 1923, un chirurgien américain proposa comme traitement, pour ces cas, la sympathectomie et en obtint de très bons résultats. Or, la sympathectomie a généralement pour effet de déterminer une vaso-dilatation. Il y aurait donc une contradiction entre cet effet et son heureuse influence sur l'ostéoporose. M. Leriche, encouragé par les faits du chirurgien américain,

a essayé la sympathectomie dans les cas d'ostéoporose qu'il a rencontrés et il a été très frappé des bons résultats qu'il en a obtenus. Il cite plusieurs cas de guérison.

M. Anselme SCHWARTZ est frappé des opinions paradoxales que vient d'exprimer M. Leriche et lui demande comment il explique ces faits contradictoires.

M. LERICHE ne les explique pas. Il se contente d'apporter des faits d'observation.

Les méfaits éloignés de l'application des rayons X. — M. SÉBILEAU présente un malade qui avait un épithélioma de la bouche tellement avancé qu'il refusa de l'opérer. On fit de la radiothérapie, sans succès. Le malade insistant, M. Sébileau se décida à l'opérer. Le résultat de l'opération fut satisfaisant. Mais dix-huit mois après le malade fut atteint d'une radionécrose étendue sur le côté opposé à celui où siégeait la tumeur.

Une discussion s'engage à ce sujet, à laquelle prennent part MM. Bazy, Roux-Berger, Gernez, Proust, Sébileau, chacun apportant des faits de radionécrose survenant longtemps après les applications des rayons. Celles-ci seraient plus dangereuses que les applications de radium.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE

Si, au point de vue doctrinal, les avis étaient partagés sur la situation dentaire, tout le monde se trouvait cependant d'accord sur un point, c'est qu'elle était telle qu'elle ne pouvait durer.

Tout finissant habituellement par des commissions, on ne manqua pas, en l'occurrence, d'en nommer une et même plusieurs. Le point important, en effet, était d'éliminer le plus possible les médecins stomatologistes, et on arriva ainsi, au bout de trois années, à la dernière qui n'en comptait plus que cinq sur trente.

On pouvait dès lors travailler sans crainte à l'amélioration des études dentaires, but proposé; comme de bien entendu le but réel était tout autre.

Le titre de docteur est, en France, le titre universitaire le plus élevé, ce qui lui vaut d'être l'objet de bien des convoitises. Mais encore faut-il l'acquérir; comme il serait plus avantageux de pouvoir se l'attribuer (officiellement, car officieusement on ne s'en fait pas faute) sans avoir à courir les difficultés d'obtention!

On va donc se donner l'apparence de faire un gros effort; on parlera d'améliorations; on se sacrifiera à l'intérêt général; on mettra en avant de grands mots et de plus grands principes; on fera intervenir même l'école unique :

« L'école unique et progressive attentivement penchée sur le cerveau qui s'éveille ou se révèle, prête à tendre la main pour guider ou aider à travers les chemins qui conduisent aux sommets, résolue à barrer la route seulement lorsque les facultés individuelles ont atteint leur limite ascensionnelle. » (Rapport présenté au nom des groupements dentaires.)

Tout ceci méritait bien quelque reconnaissance, voire même une récompense. En toute justice des phrases comme celle que nous venons de citer sont éminemment doctorales. Pourquoi ne pas donner du docteur à ces philanthropes?

Certes l'art dentaire est essentiellement étranger à la médecine, comme on n'a cessé de le proclamer; aussi ne réclamera-t-on tout de même pas l'attribution gratuite du doctorat en médecine; on se distinguera en spécifiant doctorat en chirurgie dentaire.

C'était là le but réel; le but qui permettait de satisfaire à bon compte des ambitions longtemps contenues ou même, comme on le voit trop souvent, pas contenues du tout.

Qu'attend-t-on vraiment pour réunir de même des commissions de masseurs, de pédicures, de corsetières et de cordonniers? Tout le monde docteur, mais voici la vraie formule. N'avons-nous pas jadis connu et estimé des pays où les armées comptaient plus de généraux que de soldats?

En somme, il s'agissait d'une insuffisance; le remède proposé fut de la masquer par le moyen d'un titre nouveau et supérieur.

Malheureusement ce titre fit quelque bruit. Le corps médical se trouva unanime à protester. Et vraiment c'était bien naturel. Comment accepter que le titre de docteur, pour les médecins couronnement d'études sérieuses et longues, fût prodigué à quelques milliers de non-médecins? Comment s'y retrouver alors pour lutter contre l'exercice illégal déjà si difficile à réprimer? L'Union des syndicats médicaux mit en déroute le projet.

Et les inventeurs durent, sous la poussée d'indignation, renoncer à ce titre tant envié.

En fait, la Commission, aveuglée par cette ambition illégitime, a négligé le but proposé pour arriver à ne pas atteindre ce qui était le but réel.

Desinit in piscem. A. HERPIN.

NOTES DE PRATIQUE

URÉMIE DE LA SCLÉROSE CARDIO-RÉNALE

Huchard a établi, comme base de ce traitement, la *méthode des trois lavages* : *a.* Lavages de l'estomac; *b.* lavages de l'intestin; *c.* lavages du sang (injections sous-cutanées de 200 à 300 g. de sérum).

Comme médication pathogénique et préventive, on prescrira la Théosalvose caféinée ou spartéinée (2 cachets de 0g50 par jour) et on alternera le régime lacté exclusif et le régime lacté mitigé.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 15 AU 20 MARS 1926)

THESES

Mardi 16 mars. — Jury : MM. Widal, président; Gilbert, Nobécourt et Binet. — M. CANDELI. Certaines formes de spasmes des artères des membres. — M. ROLAND (J.). Etude sur la néphrite sclérosante dans l'âge mûr. — M. DAUPTAIN. De l'innervation gastrique. — M. MARCOVICI (G.). Etude des stomatites.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Bezançon, Cunéo et Duval. — M. CORDIER (J.). Le rhumatisme dentaire. — M. CUVIGNY. Evolution de la tête fémorale au cours des fractures du col. — M. MAIRE (J.). Etude des fistules vésico-vaginales. — M. BERRY (J.). Résultats de la résection du genou chez l'adulte.

Mercredi 17 mars. — Jury : MM. Bernard, président; M. Labbé, Rouvière et Mulon. — Mme BORCIA. La calcémie dans l'asthme chez l'enfant. — M. MAILLET (R.). Atropine et spasmes coliques. — M. VILLE (R.). La lombarisation de la 1re vertèbre et ses conséquences.

Jeudi 18 mars. — Jury : MM. Lejars, président; Carnot, Claude et Laignel-Lavastine. — M. HÉRY (F.). Etude sur le traitement des ulcères variqueux. — M. ROTHSCHILD (M.). Le mercurochromie. — M. BARDONNANT (R.). Epilepsie et anaphylogie. — M. SIZARET (J.). Du déséquilibre neuro-végétatif dans l'épilepsie.

Vendredi 19 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; M. Labbé, Robin, Cocquot et Nicolas. — M. ROQUEFORT. Traitement des coliques des solipèdes. — M. DUVAUX. La typho-anémie infectieuse du cheval. — M. PARADIS. Emploi du chlorure de calcium dans le traitement de l'hémoglobinurie du cheval.

Samedi 20 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Desgrez, président; Jeanselme, Terrien, Panisset, Nicolas, Henry et Moussu. — M. BABB. L'arsénothérapie en médecine canine. — M. MAHÉ. Les réactions de Bordet-Wassermann chez le chien. — M. ORGEVAL. Etude des maladies qui déciment les jeunes veaux de l'élevage bas-normand.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Grégoire, Mathieu, Ockinzyc, Sorrel, Sauvé, Ribadeau-Dumas, qui acceptent; Heitz-Boyer, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour une place de médecin résident à l'hôpital Saint-André s'ouvrira le mardi 25 mai 1926.

S'inscrire avant le 10 mai (inclus) au secrétariat de l'administration des hospices, 91, cours d'Albret.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Il est créé, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, une chaire de médecine légale et médecine sociale (fondation de l'Université). (*J. O.*, 11 mars 1926.)

FACULTÉS ÉTRANGÈRES. — Rio de Janeiro. — Le concours de libre-docentes de la Faculté s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Barros Barreto (hygiène), Leonidio Ribeiro (médecine légale), Adanto Botelho et Lopes Rodrigues (psychiatrie), Vinelli Baptista et Sonto Major (anatomie), Ernesto Thibau et Pires Salgado (clinique médicale), Souza Mendes (oto-rhino-laryngologie).

MÉRITE AGRICOLE. — M. Mangin, directeur du Muséum à Paris, est nommé commandeur du Mérite agricole.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le docteur Dinguizli (de Rabat).

Médaille d'argent. — MM. les médecins-majors de 2e classe Prévot, à Mulhouse; Lauzeral, à Bonn.

Médaille de bronze. — M. Serriès, externe des hôpitaux, à Montpellier.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Médecins experts. — Le *Journal officiel* du 11 mars publie un décret ainsi conçu :

Le paragraphe 2, de l'article 44, du décret du 2 septembre 1919 est complété ainsi qu'il suit :

« Il est alloué aux médecins experts pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôts de rapports devant le tribunal des pensions, par pensionné examiné, une somme fixe de 25 francs; toutefois, si l'expertise a présenté les difficultés particulières qui auraient nécessité le dépôt d'un rapport détaillé, il pourra être alloué par le président du Tribunal une allocation supplémentaire de 25 francs. »

GUERRE. — Concours pour l'admission aux emplois de médecin et pharmacien aide-major de 2e classe. — Un concours sera ouvert le mercredi 8 décembre 1926 à 9 h. à l'Ecole d'application du service de santé militaire à Paris, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de 2e classe et à cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e cl. de l'armée active.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisé Français;

2° Avoir moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1926. Cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale à celle passée sous les drapeaux au cours des hostilités;

3° Avoir satisfait au 31 décembre 1926 aux obligations militaires;

4° Souscrire un engagement de six ans.

Les épreuves comportent pour les médecins, une composition écrite de pathologie générale, un examen clinique, une épreuve de médecine opératoire, une interrogation sur l'hygiène.

Pour tous renseignements complémentaires se reporter au *Journal officiel* du 14 mars 1926, p. 3267-3268.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le poste de directeur médecin de l'asile agricole d'aliénés de Chezal-Benoît (Cher) est actuellement vacant.

Pourraient être appelés à cette direction les médecins du cadre des asiles publics appartenant au moins à la 5e classe ou susceptibles d'y être promus, compte tenu des bonifications pour services militaires. (*J. O.*, 13 mars 1926.)

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — Les examens pour la délivrance du titre de médecin sanitaire maritime auront lieu à Marseille, les 25 et 26 mars 1926, à 8 heures, à l'Institut de médecine et de pharmacie coloniales, 40, allées Léon-Gambetta.

Les candidats sont priés d'adresser leur dossier au secrétariat de la Santé maritime, 7, quai du Port.

SERVICE DE L'HYGIÈNE ET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE TANGER. — Un poste de médecin assesseur technique du Service de l'hygiène et de l'assistance publiques de la zone internationale de Tanger (Maroc) est mis au concours. Ce poste est de la catégorie C et comporte un traitement annuel fixe de 32.000 francs marocains, plus la partie variable.

Seront choisis, de préférence, les candidats qui, outre leurs diplômes professionnels, seront munis d'un certificat d'hygiéniste ou d'une pièce équivalente de leur pays d'origine.

Les demandes doivent être adressées à M. Ricardo Ruiz, administrateur adjoint, directeur de l'hygiène publique et de l'assistance à Tanger, avant le 1er avril 1926.

Le franc marocain est au pair avec le franc français. La partie variable est actuellement de 16.000 francs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le banquet annuel de la Société de médecine de Paris aura lieu le mercredi 24 mars 1926, à 7 h. 3/4, à l'hôtel Lutétia, sous la présidence de M. Dartigues, président sortant.

CONGRÈS MÉDICAL DE RIO GRANDE DO SUL. — Le Ier Congrès médical de Rio Grande do Sul se réunira le 15 juillet 1926 sous les auspices de la Société de médecine de Porto-Alegre.

PRIX A DÉCERNER EN 1926 PAR LA SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — Un concours est ouvert à la Société de pathologie comparée pour l'attribution :

1° D'un prix de 500 francs à décerner à l'auteur du meilleur travail, inédit, sur les *Anémies pernicieuses*.

2° D'un prix de 500 francs à décerner à l'auteur du meilleur travail, inédit, sur le *Cancer* de l'homme ou sur les liens qui pourraient le rattacher au cancer des animaux et à celui des plantes.

Les mémoires devront être remis au secrétaire général, avant le 1er octobre 1926.

LA SUPPRESSION DE LA PATENTE DANS L'U. R. S. S. — La *Revue franco-russe de médecine* nous apprend que depuis le 1er octobre 1925 le Commissariat du Peuple aux Finances de l'U. R. S. S. a exempté de la patente les médecins, les dentistes, les sages-femmes, les masseuses et les techniciens dentistes.

LE VIe SALON DES MÉDECINS (14-24 mars 1926). — Le VIe Salon des médecins, organisé par notre excellent confrère Rabier, a été inauguré dimanche au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, par M. Paul Léon, directeur des Beaux-Arts.

Reçu par M. le professeur Hayem, président du Comité, par MM. Marcel Labbé, Fernand Bezançon et Grimbert (de l'Académie de médecine), le directeur des Beaux-Arts a parcouru l'exposition qui compte cette année 495 envois.

Dans un prochain numéro nous signalerons les œuvres les plus remarquables de cette exposition. Elles sont nombreuses et l'exposition marque un progrès considérable sur les années précédentes.

Nous ne saurions trop engager nos confrères à aller la visiter dès cette semaine.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. (Professeur : M. A. COUVELAIRE.) — *Cours élémentaire de pratique obstétricale* (vacances de Pâques). — Cours élémentaire d'une durée de deux semaines, du 29 mars au 10 avril, sous la direction de M. Desnoyers, chef de clinique, avec la collaboration de MM. Powilewicz, ancien chef de clinique; Lacomme, Ravina et Risacher, anciens internes; Hidden, ancien chef de clinique adjoint; Allard et Job, aides de clinique.

Un jour sera réservé pour la visite détaillée du Musée de la Clinique.

Droit d'inscription : 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE. (Professeur : M. CUNÉO.) — 1° *Cours supérieur.* — M. le professeur Bernard Cunéo a commencé ce cours le lundi 8 mars 1926, à 16 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Des démonstrations pratiques auront lieu le mercredi, à 16 heures, au laboratoire d'anatomie médico-chirurgicale.

Sujet : Anatomie chirurgicale et technique des opérations sur le rectum, le foie, la rate et les organes génitaux des deux sexes.

2° *Conférences de l'agrégé.* — M. le docteur Basset, agrégé, fera une série de conférences tous les jeudis, à partir du jeudi 18 mars, à 17 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Sujet : Anatomie radiographique normale du squelette.

— COURS COMPLÉMENTAIRE D'OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur Ecalle, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique le vendredi 5 mars 1926, à 18 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique (cours théorique), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à 18 heures, au même amphithéâtre, et les mercredis suivants, à 15 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique (cours pratique).

Objet du cours : Les syndromes hémorragiques. — Dystocie maternelle et fœtale. — Infection puerpérale. — Opérations.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECINS PRO-PHARMACIENS ET CHIFFRE D'AFFAIRES

M. Reynouard, député, demande à M. le ministre des finances s'il est exact que les médecins pro-pharmaciens sont exonérés de la taxe sur le chiffre d'affaires en ce qui concerne leurs ventes de médicaments et pourquoi il n'y aurait pas à cet égard assimilation absolue entre médecins et pharmaciens. (*Question du 1er février 1926*).

Réponse. — Le médecin qui se borne à fournir aux malades qu'il soigne les médicaments nécessaires, sans tenir boutique et sans vendre à tout venant, ne fait pas acte de commerce et ne peut, dès lors, être soumis à la taxe sur le chiffre d'affaires. Par contre, les pharmaciens exploitant une officine ne peuvent être considérés que comme des commerçants et sont, à ce titre, passibles de la taxe dont il s'agit, lors même qu'ils seraient pourvus du diplôme de docteur en médecine. (*J. O.*, 13 mars 1926).

LA SÉROTHÉRAPIE ANTI-GANGRÉNEUSE

PRINCIPALEMENT SOUS FORME D'APPLICATIONS LOCALES

Par MM. les docteurs J. EMERIT
et M. LEPAUMIER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

A côté des sérums dont les résultats remarquables et incontestés ont généralisé l'emploi, il semble que l'on doive de plus en plus faire une place importante au sérum antigangréneux : son action thérapeutique constitue un progrès sérieux dans le traitement des infections gangréneuses; et pourtant il ne paraît pas être encore utilisé dans tous les cas où il pourrait contribuer notablement à la guérison de ces infections. Les conclusions de M. Courmont, dans un article du *Monde médical* relatif à la sérothérapie en général, pourraient être appliquées à la sérothérapie gangréneuse : « Les obstacles à son extension tiennent vraisemblablement à deux ordres de causes :

1° A la multiplicité des variétés microbiennes;

2° A des modes d'application défectueux, se résumant dans un manque de confiance, dans une timidité thérapeutique regrettable. »

Sans nous étendre ici sur les applications fréquentes et diverses que nous avons pu faire du sérum antigangréneux pendant notre séjour dans le service de M. le docteur Proust, ni sur les observations que nous y avons recueillies et qui ont fait l'objet d'une thèse récente (1) nous voulons seulement insister à nouveau sur l'évolution particulièrement favorable des plaies gangréneuses sous l'influence de ce sérum en applications locales.

Personnellement nous avons toujours employé les sérums de l'Institut Pasteur : antivibrion, antiperfringens, antiœdematiens, livrés en flacons séparés et dont nous opérions le mélange au moment de l'emploi dans les proportions respectives de 1, 3 et 2.

L'utilisation de la « voie locale » n'est pas nouvelle en sérothérapie, où elle a déjà été employée :

Pour les sérums antiméningococciques dans les méningites cloisonnées;

Pour les sérums antigonococciques dans les arthrites;

Et même pour le sérum antigangréneux dans les gangrènes pulmonaires, où les résultats ne furent pas particulièrement encourageants d'ailleurs.

C'est cette voie locale, cette mise directe du sérum au contact du foyer infecté que nous avons utilisée souvent, à titre préventif et à titre curatif :

1° Tantôt comme complément de la sérothérapie intramusculaire (dans les grosses infections avec menace de septicémie);

2° Tantôt isolément, soit en injections locales au niveau du foyer et à sa périphérie, soit surtout en pansements au moyen de mèches stérilisées imbibées de sérum, soit encore par véritable lavage, le sérum étant directement versé sur la plaie.

Cette méthode, d'une réalisation si facile nous a donné des résultats toujours satisfaisants et rapides dans de nombreux cas : on peut en résumer la technique de la façon suivante :

A. Chirurgie des membres. — Dans les gros délabrements que réalisent les fractures ouvertes infectées des membres, s'accompagnant ou non de lésions des troncs vasculaires, le lavage préventif de la plaie au sérum antigangréneux complément de l'acte opératoire (*dont la sérothérapie ne dispense en aucun cas*) et de la sérothérapie intramusculaire, nous a permis d'obtenir des réunions par suture secondaire dans la grande majorité des cas, et dans tous les cas une évolution vers la guérison beaucoup plus rapide qu'il n'est de règle dans ces traumatismes graves.

Au point de vue curatif dans les gangrènes gazeuses déclarées des membres, le lavage du foyer au sérum antigangréneux et l'injection de sérum à la limite du foyer, après son traitement chirurgical, classique, nous a toujours paru hâter considérablement sa désinfection et sa cicatrisation.

Les mèches imbibées de sérum placées dans l'incision principale et les contre-incisions, étaient renouvelées plusieurs fois par jour (toutes les quatre à six heures) pendant plusieurs jours consécutifs, et si les tissus gardaient une teinte douteuse, la répétition des injections de sérum à l'aiguille était pratiquée localement.

B. Chirurgie intestinale. — C'est dans l'appendicite gangréneuse que nous avons eu l'occasion d'obtenir d'excellents résultats de l'application locale de sérum pratiquée de la façon suivante :

Mèches largement imbibées de sérum antigangréneux et faisant office de drainage;

Une mèche dans le Douglas;

Une mèche remontant vers le cæco-côlon;

Une mèche en pleine fosse iliaque droite;

Un drain est placé au milieu des mèches, et par ce drain nous injectons pendant deux ou trois jours du sérum.

Pour lutter contre les signes d'intoxication nous pratiquons toujours l'injection intramusculaire de 60 centimètres cubes de sérum antigangréneux.

Nous nous proposons en outre d'étendre la sérothérapie sous cette forme :

1° Au traitement du sphacèle des hernies étranglées quand le mauvais état général du malade contre-indique les résections intestinales, et particulièrement si l'anse est simplement douteuse. Elle peut souvent être rentrée le lendemain;

2° Au traitement des extériorisations intestinales, dans la chirurgie des cancers des côlons par exemple;

3° A la chirurgie du rectum, sphacèle hémorroïdaire, aux cancers et à certains rétrécissements très infectés, à tous les abcès péri-anaux où la flore anaérobie existe toujours.

C. Chirurgie urinaire. — Dans l'infiltration d'urine, après le débridement classique, et le traitement sérothérapique général antigangréneux, les injections locales à l'aiguille dans le foyer et à sa périphérie, ainsi que les pansements avec des mèches imbibées de sérum antigangréneux, nous ont toujours donné les plus heureux résultats.

Aussi dans les ruptures traumatiques de l'urètre surtout quand la réunion primitive des deux bouts urétraux n'est pas obtenue, nous appliquons également ce traitement local sérothérapique à titre préventif.

D. Gynécologie. — Nous pratiquons ici la sérothérapie de deux manières :

1° Soit à titre de préparation pour l'intervention :

(1) J. E. Emerit. Contribution à l'étude de la sérothérapie antigangréneuse. *Th. de Paris*, 1924.

dans les polypes sphacélés, dans certains cancers du col.

Des mèches imbibées de sérum sont placées dans le vagin au contact de la tumeur, on peut même en injecter à la seringue dans la cavité cervicale.

L'odeur infecte caractéristique s'atténue et il y a ainsi moins de chance d'infection post-opératoire.

2° Soit à titre de simple pansement utérin :

Dans les métrites du col avec grosses ulcérations, dont la cicatrisation est activée par les pansements au sérum.

Dans les métrites du col avec pertes fétides :

Après dilatation le sérum est porté dans la cavité utérine au moyen de mèches ou directement injecté à la seringue;

Enfin, dans les ulcérations des prolapsus qui paraissent entretenus par les anaérobies du vagin, les pansements au sérum antigangréneux nous ont donné des guérisons rapides.

E. Chirurgie pulmonaire. — L'application locale dans les pleurésies putrides et dans les gangrènes pulmonaires ne peut évidemment jouer qu'un rôle secondaire, mais cette médication adjuvante paraît d'autant moins négligeable que la sérothérapie générale ne donne ici que des résultats limités et inconstants, soit qu'il existe dans cette affection des anaérobies non encore identifiés, soit que, plus vraisemblablement, le sérum ne puisse pénétrer dans le foyer gangréneux protégé par une véritable coque imperméable d'hépatisation.

1° Dans les pleurésies putrides après intervention et sérothérapie générale nous avons pratiqué le lavage de la plaie au sérum antigangréneux injecté par les drains à chaque pansement.

Ainsi l'ablation des drains est en général beaucoup plus précoce que dans les autres traitements.

2° Dans les gangrènes pulmonaires :

Après l'abouchement du foyer à la peau nous avons pratiqué l'injection à l'aiguille dans le foyer et surtout à sa périphérie, et appliqué des pansements quotidiens avec des mèches imbibées de sérum.

F. Dans les pansements simples. — 1° Dans les moignons d'amputation pour gangrène, l'application de mèches imbibées de sérum ou l'injection de sérum par le drain rend possible (quand elle n'a pu être pratiquée d'emblée) la suture au bout de quarante-huit à soixante heures.

2° Dans les plaies atones, ulcères de jambe, brûlures anciennes, etc., la cicatrisation est nettement activée par les pansements quotidiens au sérum antigangréneux.

3° Dans les affections gangréneuses localisées :

Gangrène diabétique au niveau d'un membre, du scrotum ou d'un anthrax;

Sphacèle des téguments, etc.

L'application locale du sérum nous a toujours donné une sédation rapide des signes locaux d'infection.

Conclusions. — L'action de la sérothérapie antigangréneuse locale nous paraît indéniable tant au point de vue prophylactique, qu'au point de vue curatif. Dans tous les cas, excepté dans le traitement de la gangrène pulmonaire, elle a donné entre nos mains des résultats supérieurs aux autres méthodes courantes de traitement des infections gangréneuses.

Elle ne dispense en aucun cas de l'acte chirurgical ou de la sérothérapie générale dans les grandes infections anaérobies. Mais la simplicité de son application et la constance de ses résultats en font une méthode adjuvante précieuse dont l'emploi nous paraît susceptible de rendre fréquemment des services dans la pratique courante.

LES ENFANTS

AUX EAUX SULFURÉES ET CHLORURÉES DE MONTAGNE

Les cures de Luchon et de Salies-du-Salat.

INDICATIONS COMMUNES & RESPECTIVES

PAR LES DOCTEURS

Henri PELON (de Luchon). Jean CEP (de Salies-du-Salat).

Les praticiens connaissent et apprécient depuis longtemps les bienfaits des cures sulfurées et chlorurées sodiques chez les enfants.

Nous voudrions aujourd'hui préciser les effets physiologiques et les grandes indications cliniques de deux stations de montagne, Luchon, sulfurée; Salies-du-Salat, chlorurée, — où la cure hydro-minérale et le climat de moyenne altitude associent très heureusement leur puissance curative.

I. **Effets physiologiques généraux des deux cures, sulfurée et chlorurée, de montagne.** — Nous distinguerons :

1° L'action due au climat, commune aux deux stations;

2° L'action propre de l'eau minérale, que nous étudierons successivement pour la cure sulfurée de Luchon et la cure chlorurée de Salies-du-Salat.

1° **Action due au climat.** — Le climat de moyenne montagne chez les enfants suivant un traitement hydro-minéral à Luchon (630 mètres) et à Salies-du-Salat (300 mètres) a des effets bienfaisants que nos observations nous permettent de résumer ainsi :

a. Stimulation des fonctions respiratoires : augmentation très nette de l'amplitude thoracique, activation des échanges respiratoires.

b. Stimulation de la circulation : accroissement de l'énergie des contractions cardiaques; augmentation légère des tensions maxima et minima (un demi-centimètre à 1 centimètre); élévation progressive du nombre des globules rouges et excitation des organes hématopoiétiques.

c. Stimulation de la digestion et de la nutrition; excitation de l'appétit, activation des échanges nutritifs, augmentation de poids.

d. Stimulation des fonctions cutanées.

En un mot, l'organisme tout entier s'améliore par un séjour à Luchon ou Salies-du-Salat, séjour déterminant un relèvement rapide de l'état général, avec effets toni-sédatifs remarquables sur le système nerveux et sommeil reposant.

2° **Action due à l'eau minérale.** — Nous examinerons successivement les effets physiologiques de la cure sulfurée de Luchon et de la cure chlorurée de Salies-du-Salat.

A. Cure sulfurée de Luchon. — Les effets physiologiques généraux des eaux sulfurées de Luchon peuvent se résumer ainsi :

Régénération sanguine;

Amélioration de la nutrition générale;

Modification de la muqueuse respiratoire et de la peau.

a. *Régénération sanguine.* — Les expériences faites à Luchon par M. le professeur Marcel Labbé ont montré que la cure sulfurée produit une augmentation de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine et un accroissement rapide de la teneur du sang en hémoglobine; elle amène une modification heureuse du sang et aide à la formation de l'hémoglobine en mettant à la disposition de l'économie du soufre, métalloïde qui entre dans la constitution de l'hémoglobine pour une teneur triple de celle du fer.

Le nombre des globules rouges s'accroît, conséquence de l'action excito-globulaire de la médication sulfurée, bien étudiée par MM. Lœper, Vahram et Berthomieux.

b. *Amélioration de la nutrition générale.* — Les eaux sulfurées de Luchon déterminent une accélération des échanges organiques, se traduisant cliniquement par une sensation de mieux-être, de remontement : le facies est meilleur, l'appétit accru et les fonctions digestives régularisées et améliorées. Les urines sont plus abondantes, accompagnées d'une large élimination d'acide urique : il y a augmentation du résidu fixe de l'urée, élévation des rapports de l'azote de l'urée à l'azote total, et de celui du soufre conjugué au soufre total.

Cette stimulation de la nutrition générale, normale pendant la cure de Luchon, est facile à graduer grâce à la gamme de sulfuration de ses diverses sources.

c. *Action modificatrice de la muqueuse respiratoire et de la peau.* — Les eaux sulfurées de Luchon amènent la modification de la muqueuse respiratoire par leur action à la fois substitutive et antiseptique.

L'action sur la peau, variable suivant les sources utilisées, est substitutive ou bien, au contraire, sédative et kératinisante.

B. Cure chlorurée de Salies-du-Salat. — Cette heureuse stimulation de l'organisme sous l'influence de la cure sulfurée de Luchon, nous la trouvons encore plus marquée lorsque nous appliquons la cure chlorurée de Salies-du-Salat. On peut dire qu'elle constitue la caractéristique essentielle du bain salé et qu'elle en domine toute l'action physiologique; les heureux effets thérapeutiques observés n'en étant que la conséquence toute naturelle.

Si, pendant la cure, nous examinons les urines des petits malades soumis au traitement, nous observons régulièrement une amélioration remarquable des rapports urologiques. Après quelques jours, en effet, le rapport azoturique indique une meilleure utilisation des matières albuminoïdes par l'élévation du chiffre de l'azote de l'urée. Le rapport de l'anhydride phosphorique à l'urée reprend la fixité normale qu'il avait perdue et l'économie de phosphates réalisée par l'organisme se traduit, notamment chez les rachitiques, par une consolidation remarquable et rapide du tissu osseux.

Les phénomènes d'osmose et d'inhibition ne suffisent pas à expliquer les effets généraux que nous observons sous l'influence du bain salé. Ces effets semblent être la résultante d'une activité plus grande dans le fonctionnement de tous les organes qui règlent la nutrition générale et de ceux qui sont chargés de la défense de l'organisme. Nous entendons surtout désigner par là ces glandes à sécrétion interne qui par les hormones et les hormozones qu'elles déversent dans le torrent circulatoire concourent si puissamment à maintenir l'équilibre humoral. Pour ne parler que de celles dont le rôle est primordial dans l'enfance, nous savons combien certaines d'entre elles (parathyroïde, surrénale, thymus) régissent le métabolisme de tous les minéraux dans l'économie et combien leur importance est considérable dans le phénomène de la calco-fixation.

Dans la défense de l'organisme, nous connaissons aussi la valeur du système des ganglions lymphatiques et, en particulier, de cet organe, la rate, que des recherches histologiques et des études physiologiques récentes ont permis de considérer comme un gros ganglion.

Sous l'influence du bain salé, tous ces organes partiellement déficients paraissent entrer en hyperfonctionnement, contribuant ainsi largement au rétablissement de l'équilibre rompu par la maladie.

Il est difficile d'expliquer par quel mécanisme le bain salé aboutit à cette mise en action des divers organes à sécrétion interne et nous ne pouvons émettre, à ce sujet, que des hypothèses.

Nous constatons, toutefois, que tout se passe comme si, dans un premier stade, la peau recevait le choc des divers ions à charges positives et à charges négatives contenues dans la dissolution saline. Grâce à sa structure complexe, à ses attributs multiples et à son très abondant réseau nerveux périphérique, cette action serait élaborée par elle et se propagerait, par l'intermédiaire du système vago-sympathique, jusqu'à l'appareil endocrinien.

Cette activité particulière de la peau pendant la cure chlorurée sodique se manifeste d'ailleurs, chez beaucoup d'enfants, d'une manière apparente, par une éruption urticarienne à grosses bulles apparaissant dans le cours d'un bain et disparaissant au bout de cinq à six heures environ.

II. **Indications thérapeutiques** — Des données physiologiques ci-dessus résumées, découlent les indications thérapeutiques.

A. **Indications communes aux deux stations.** — Sont justiciables des cures sulfurée de Luchon et chlorurée de Salies-du-Salat les enfants :

dystrophiques,
anémiques,
lymphatiques.

Nous nous efforcerons de préciser les indications communes et respectives des deux stations.

1. Enfants dystrophiques. — Souvent héritiers de pères alcooliques, syphilitiques, tuberculeux, arthritiques, de tarés, de vieillards, ces enfants malingres, rabougris, aux chairs épaisses et pâles, aux extrémités noueuses, au tempérament mou, au développement languissant et heurté, aux engorgements ganglionnaires faciles, voient leur constitution et leur tempérament s'améliorer aussi complètement après la cure sulfurée de Luchon qu'après une saison chlorurée à Salies-du-Salat. « C'est pourquoi, disait le doyen Landouzy, la plupart des médecins et des chirurgiens obtiennent les meilleurs résul-

tats en ordonnant alternativement et successivement la cure chlorurée et la cure sulfurée. Je voudrais que les enfants passent là non par bataillons, mais par légions. Je les voudrais aussi nombreux que les fleurs dans la prairie. »

2. Anémiques. — Nous soignons avec succès dans nos deux stations les anémiques vrais et les chloro-anémiques.

Chez les premiers, la lésion dominante est la diminution de la teneur du sang en globules rouges (anémie globulaire); chez les seconds, il s'agit surtout de la pauvreté des hématies en hémoglobine (anémie hémoglobinique ou chloro-anémie).

Parmi les enfants présentant une anémie globulaire et justiciables de nos sources, nous signalerons principalement :

a. Ceux qui ont eu de fortes hémorragies par blessures accidentelles;

b. Ceux qui relèvent d'une infection aiguë grave (rhumatisme articulaire aigu, fièvre typhoïde, grippe, coqueluche, etc.).

Les amémies hémoglobiniques ou chloro-anémies sont l'apanage des fillettes.

Les uns et les autres, arrivés à nos stations pâles, décolorés, tristes, irritables, se fatigant au moindre effort, se transforment rapidement sous l'influence du traitement. Comme le dit M. le professeur Carnot, on les voit s'animer et, en même temps, se calmer; ils se recolorent; l'appétit revient; le poids remonte; la croissance reprend.

Indépendamment de nos eaux sulfurées et chlorurées nous avons, dans nos stations, des sources ferrugineuses qui ajoutent leurs bienfaisants effets à ceux de la cure hydro-minérale principale.

3. Lymphatiques. — Le lymphatisme, dit M. le professeur Rathery, est aujourd'hui un terme un peu désuet, il correspond bien cependant à un état morbide spécial constitué par une réceptivité particulière des tissus lymphatiques et ganglionnaires vis-à-vis des moindres infections; le lymphatique n'est pas encore un tuberculeux; il aura plus tard tendance à le devenir. Il s'agit d'enfants pâles, tristes, se développant mal, présentant de l'impétigo chronique des lèvres et des narines, de l'eczéma rétro-auriculaire, des végétations adénoïdes, de la polimicroadénopathie, des engelures; ces petits êtres souffreteux supportent souvent mal le climat marin qui provoque chez eux des phénomènes d'excitation cérébrale, du catarrhe naso-pharyngé, de la blépharite, de l'angine, de la bronchite.

Ces enfants lymphatiques retirent d'aussi bons effets de Luchon que de Salies-du-Salat, et, mieux encore, des deux cures alternées successivement.

Néanmoins nous conseillerons plutôt Salies-du-Salat pour les lymphatiques adénopathiques, Luchon pour ceux qui présentent surtout des manifestations cutanées et respiratoires.

La gamme sulfurée si étendue de Luchon permet de traiter avec succès les diverses dermatoses des lymphatiques, les sources blanchissantes et hyposulfitées, si fortement radio-actives, calmantes et sédatives, réussissant à merveille dans les dermatoses irritables et prurigineuses (eczémas, prurits, prurigos, urticaire, herpès), les sources fortes, polysulfurées s'adressant au contraire aux lésions cutanées non irritables (psoriasis, kératoses, acnés, pyodermites, impetigo).

Les eaux sulfurées de Luchon sont, d'autre part, particulièrement indiquées chez les lymphatiques présentant une susceptibilité particulière de la muqueuse respiratoire se traduisant par des coryzas, des trachéo-bronchites à sécrétions abondantes avec ou sans phénomènes asthmiformes. Les complications si fréquentes vers la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne avec surdité, bourdonnements, bénéficient à Luchon, en outre du traitement sulfuré général, d'une installation très spéciale d'insufflations tubaires de vapeurs sulfurées naturelles.

Tous ces enfants lymphatiques, aux engorgements ganglionnaires faciles, aux localisations cutanées, muqueuses, respiratoires, repartent de Luchon ou de Salies-du-Salat absolument transformés par le coup de fouet salutaire de la médication hydro-minérale, renforcée par le climat d'altitude.

B. **Indications plus spéciales de Salies-du-Salat.** — Si la cure sulfurée de Luchon et la cure chlorurée de Salies-du-Salat présentent un champ d'action commun dans de nombreux états pathologiques de l'enfance, nous constatons aussi que, dans d'autres cas, chacune d'elles possède une valeur thérapeutique qui lui est pour ainsi dire propre et qui fait que certains petits malades sont plus spécialement traités dans l'une que dans l'autre de ces deux stations.

Rachitiques, scoliotiques, anciens poliomyélitiques seront plus particulièrement envoyés à Salies-du-Salat,

a. Rachitiques. — Dans le rachitisme, la cure de bains salés amende d'une manière remarquable les troubles de l'ossification si spéciaux à la maladie. Les difformités classiques qui atteignent ces petits malades : nouures épiphysaires, incurvations des tibias, chapelet rachitique, sternum en carène avec poitrine aplatie latéralement et bombée en avant (poitrine de poulet), etc., s'atténuent progressivement et finissent par disparaître; la marche qui, chez les tout jeunes enfants, n'avait pu encore se produire; s'établit rapidement.

b. Scoliotiques. — Dans la scoliose, le bain salé constitue un traitement véritablement causal, car cette maladie spéciale à l'adolescence paraît avoir son origine dans la déficience ou, du moins, dans le dysfonctionnement de certaines glandes endocrines, à l'occasion d'une croissance exagérée, de l'apparition de la puberté ou de fatigues prolongées.

Par la stimulation qu'il apporte aux divers organes déficients, le bain salé apparaît comme un adjuvant de premier ordre des moyens habituellement employés pour le traitement de cette maladie (vie au grand air, gymnastique respiratoire, orthopédie).

c. Poliomyélitiques. — Dans la poliomyélite antérieure, une heureuse combinaison de bains salés et de massages améliore sensiblement les séquelles de cette terrible maladie. Les membres, atteints de paralysie flasque et en même temps d'hypothermie, manifestent, après un traitement prolongé et méthodique, une activité circulatoire plus marquée, et, simultanément, un relèvement de la température locale; le processus d'atrophie musculaire se limite aux masses les plus atteintes, et, celles qui sont partiellement ou totalement épargnées se développent plus activement, établissant ainsi une heureuse suppléance qui permettra plus tard un rétablissement satisfaisant de la fonction motrice du membre malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1926)

Mouvements athétoso-choréiques consécutifs à une électrocution. — M. CROUZON présente de nouveau le malade dont il a publié l'observation avec MM. Chavany et René Martin à la Société de neurologie en février 1924. Ce malade est atteint depuis six ans des mêmes mouvements qui n'ont été modifiés, ni dans leur intensité, ni dans leur forme. La chronicité et l'invariabilité des symptômes paraissent, à l'heure actuelle comme il y a deux ans, des arguments en faveur de la nature organique de ces séquelles de l'électrocution.

Un cas de paralysie sciatique consécutive à un accouchement dystocique. — MM. CROUZON, CASTÉRAN et CHRISTOPHE présentent un cas de paralysie du sciatique poplité externe droit, reliquat de troubles paralytiques étendus aux deux jambes, et survenue après un accouchement dystocique, avec suites de couches fébriles. Ces cas de paralysies obstétricales portant sur le sciatique sont bien connus, bien que rares et prédominant en général sur le sciatique poplité externe. Le cas actuel répond donc à la description classique. Tout l'intérêt réside dans la discussion pathogénique; ainsi que l'a montré récemment M. Strubiszanski, l'étiologie peut être tantôt traumatique, tantôt toxi-infectieuse, tantôt mixte. C'est cette pathogénie mixte que les auteurs invoquent dans le cas actuel.

Paralysie localisée avec contracture dans la paralysie générale. — M. TRÉNEL présente un paralytique général, chez lequel on constate une rigidité localisée d'un membre supérieur. Il émet l'hypothèse d'une lésion sous-corticale, et peut-être striée.

M. FOIX fait remarquer qu'il existe des contractures d'origine corticale. M. CLAUDE observe que les lésions striées sont banales chez les paralytiques généraux, lors même qu'on n'a constaté chez eux aucun symptôme de la série striée. M. VINCENT rappelle le cas de ramollissement cérébral d'origine embolique, qu'il a présenté récemment, et qui, malgré une destruction à peu près complète du putamen et du noyau caudé, avec atteinte très discrète de la capsule interne d'un côté, intégrité de la capsule interne de l'autre, n'avait donné lieu, pendant la vie, à aucun symptôme de la série striée. M. GUILLAIN a observé, avec M. P. Marie, des faits du même ordre. M. CLAUDE pense que la symptomatologie à laquelle donnent lieu les lésions des noyaux gris centraux varie non seulement selon leur topographie, mais aussi selon leur nature.

Un cas de paralysie sciatique consécutive à une luxation de la hanche. — MM. CROUZON, CASTÉRAN et J. CHRISTOPHE présentent un cas de paralysie totale du sciatique survenue à l'occasion d'une luxation traumatique de la hanche. Bien que les traités mentionnent des faits de ce genre comme complications de luxation de la hanche, les cas rapportés dans la littérature paraissent des plus rares. Les cas d'atteinte du sciatique dans ces conditions comportent le plus souvent des phénomènes douloureux ou parétiques transitoires, ceux-ci semblant dus à l'élongation du nerf au cours des manœuvres de réduction. Dans le cas actuel, il semble bien que la lésion du nerf ait été contemporaine de la luxation et non de la réduction.

Un cas d'amusie chez un professeur de piano. — MM. SOUQUES et H. BARUK présentent une malade de soixante-dix ans, professeur de piano, atteinte d'une aphasie de Wernicke à peu près totale et complète (surdité et cécité verbale presque complète, agraphie, paraphasie et jargonaphasie sans dysarthrie). Le langage musical est, par contre, beaucoup moins touché que le langage ordinaire. La malade, qui a donné, toute sa vie, des leçons de piano, est capable d'exécuter correctement au piano un morceau par cœur, mais son répertoire est très réduit, se borne presque à un seul morceau. Elle joue les différentes gammes dans tous les tons majeurs et mineurs, avec les accidents qui correspondent à chaque ton. Elle détermine assez facilement le relatif de chaque ton majeur; elle peut en outre exécuter les gammes à la tierce. La lecture musicale est également conservée : la malade peut lire aisément des morceaux de difficulté moyenne, peut solfier; elle a conservé le sens du rythme. Elle est capable de placer les notes sur la portée et de copier la musique. Par contre, l'audition musicale est défectueuse : la malade ne reconnaît pas les airs courants, et ne peut les reproduire au piano si elle ne les a pas vu jouer. Cependant elle peut reconnaître les fausses notes, mais à l'aide de la vue plutôt que de l'oreille. En somme, il existe un contraste entre la disparition à peu près totale du langage ordinaire et la conservation relative du langage musical, et notamment de la plus grande partie de l'automatisme professionnel.

La résection du sympathique sacré. — M. Julio DIEZ (de Buenos-Aires) a réalisé 37 fois la résection du sympathique sacré après laparotomie. Il projette un film qui permet de suivre les différents temps de l'opération dont il a réglé la technique. Il montre les résultats excellents obtenus dans une série de cas de troubles trophiques ou de douleurs causalgiques des membres inférieurs. Les effets seraient supérieurs à ceux de l'opération de Leriche. Après l'opération, il y a diminution, mais non abolition de la sécrétion sudorale, hyperesthésie cutanée avec douleur à la pression du sciatique, diminution sans abolition du réflexe pilo-moteur. Mais on ne trouve ni atrophie musculaire, ni trouble vaso-moteur. La tension artérielle s'élève seulement un peu.

M. SICARD estime qu'il ne faudrait pas étendre outre mesure les indications d'une intervention qui ne va pas sans une certaine gravité. Il a observé que les opérations sur le sympathique, pratiquées par M. Robineau, n'assuraient pas en général de résultat bien durable.

M. THOMAS suppose, étant donnée la persistance de certains réflexes sudoraux, vaso-moteurs et pilo-moteurs chez les opérés de M. Diez, que la résection du sympathique sacré n'a pas été complète, et a épargné certains filets de la chaîne, qui est habituellement divisée à ce niveau. Il insiste sur la dissociation qu'on observe parfois entre les réflexes sudoraux à l'exercice, à la pilocarpine et à l'hyperthermie.

M. CL. VINCENT a étudié particulièrement les troubles sudoraux et le réflexe pilo-moteur dans deux cas de résection totale du sympathique cervical du ganglion cervical supérieur au ganglion cervical inférieur. La sécrétion sudorale consécutive à la chaleur, à l'injection de pilocarpine était abolie, comme on l'admet généralement, dans le membre supérieur droit et dans la moitié droite de la face. Mais le réflexe pilo-moteur persistait au cou et dans le membre supérieur droit. Cependant l'ablation du sympathique et de ses ganglions a bien paru totale, comme le montrait l'examen histologique. Ces observations ne sont pas conformes aux données classiques, mais elles se rapprochent des faits que relate M. Diez. Des observations ultérieures donneront peut-être l'explication de ces faits en apparence paradoxaux.

Sur une question de M. LAIGNEL-LAVASTINE, M. J. DIEZ rapporte avoir vu une seule fois le ganglion cervical moyen.

Sept cas d'une maladie familiale particulière : troubles de la marche, pieds bots et aréflexie tendineuse généralisée avec légère maladresse des mains. — M. G. ROUSSY et Mlle G. LÉVY rapportent sept cas d'une maladie familiale, caractérisée par des troubles de la marche, une aréflexie tendineuse généralisée, et l'existence d'un pied bot, ce dernier caractère étant moins constant que les deux autres. A ces signes essentiels se surajoutent, chez plusieurs, de la maladresse des mains, et même, chez l'une, une ébauche d'atrophie des muscles palmaires. L'absence de troubles cérébelleux marqués, de troubles sensitifs, de troubles de la parole, de scoliose et de nystagmus empêchent de classer cette affection dans le cadre de la maladie de Friedreich. L'absence d'atrophie l'éloigne, d'autre part, du cadre des atrophies du type Charcot-Marie. Enfin le mode d'apparition et l'évolution de cette affection l'éloignent aussi des deux catégories précédentes, et il semble bien s'agir d'une maladie particulière, non encore décrite actuellement.

Tumeur extramédullaire de la région cervicale. Guérison. — MM. SICARD et HAGUENAU présentent un nouveau cas

de tumeur extramédullaire à localisation cervicale opéré il y a six mois et guéri. Les points particuliers de cette observation sont l'apparition tardive des algies, quinze mois après les troubles moteurs et sphinctériens, leur caractère paroxystique avec indolence absolue entre les crises, l'albuminose massive (3 grammes) sous-tumorale, contrastant avec l'albuminose normale sus-tumorale (ponction sous-occipitale), enfin et surtout l'extrême simplicité des suites opératoires, malgré le siège cervical de la compression.

Ostéites condensantes coxales et vertébro-coxales. — MM. Sicard, Gally et Haguenau attirent l'attention sur des formes particulières d'ostéite condensante non décrites. Ces ostéites condensantes peuvent non seulement frapper une vertèbre (vertèbre opaque), mais encore s'étendre à l'os coxal, en véritables coulées de densification osseuse : c'est la modalité d'ostéite condensante coxale ou vertébro-coxale. La pathogénie de ces ostéites condensantes est obscure, mais, dans les quatre cas observés, il ne s'agissait ni de manifestations cancéreuses, ni de syphilis, ni de Paget. Trois de ces malades ont guéri cliniquement, mais non radiographiquement. Le traitement par les injections locales de lipiodol, au contact même de l'os malade, s'est montré efficace.

Ossifications de la faux du cerveau. — MM. Léri et Layani présentent les radiographies de trois malades atteints d'ossification de la faux du cerveau. Chez le premier malade, il y a en outre des irrégularités de la table interne, et le traitement spécifique a amélioré les céphalées. Chez le second, le traitement spécifique a également exercé une heureuse influence. Enfin, chez le troisième, il existe des crises jacksoniennes. Sans apporter de conclusion ferme, les auteurs ont tendance à incriminer l'origine inflammatoire de ces ossifications.

Origine post-encéphalitique d'un torticolis chronique, ayant les apparences du torticolis dit mental. — MM. Georges Guillain et L. Girot présentent un homme de trente-quatre ans, atteint depuis deux ans d'un torticolis spasmodique, ayant toutes les apparences du torticolis dit mental, avec le geste digital antagoniste caractéristique. Ils pensent que le torticolis chronique dit mental et que les torticolis spasmodiques en général n'appartiennent pas à la pathologie mentale ou fonctionnelle, mais que la plupart de ces troubles des mouvements du cou sont causés par des lésions organiques, lésions qui, d'ailleurs, peuvent être incontestablement différentes par leur nature et par leur siège. Dans le cas particulier, le torticolis de leur malade semble être une conséquence d'une encéphalite épidémique fruste.

Actuellement, on constate, chez le malade, en plus de la déviation permanente de la tête vers la gauche, une hypertonie, un facies figé, un tremblement discret, des phénomènes kinétiques paradoxaux. D'ailleurs une diplopie légère en 1917, un épisode fébrile en 1918, et, depuis lors, des crises de hoquet ne paraissent laisser aucun doute sur l'affection.

Le symptôme actuel est à rapprocher des autres symptômes excito-moteurs bien connus dans les suites d'encéphalite. Il paraît intéressant de constater que des symptômes dits fonctionnels, et dont la pathogénie n'a jamais pu être élucidée, peuvent être créés par l'encéphalite.

Deux cas de paralysie tardive du nerf cubital consécutive à une fracture du condyle externe de l'humérus. — MM. Souques et Yves Bureau présentent deux malades atteints de paralysie du cubital consécutive à une fracture du condyle externe de l'humérus. Ces paralysies ont été tardives : l'une est survenue dix ans et l'autre trente-six ans après la fracture. Chez l'un, le début s'est fait par des phénomènes douloureux, chez l'autre par l'atrophie musculaire. Dans les deux cas, le cubitus valgus est très net et l'atrophie des muscles innervés par le cubital à la main extrêmement marquée. La radiographie de l'un de ces malades montre l'existence de lésions osseuses très nettes au niveau du coude. Les auteurs rappellent la rareté des observations de ce genre, et attirent l'attention sur le long intervalle qui sépare l'apparition de la paralysie du traumatisme causal. Ce long intervalle peut faire méconnaître l'origine réelle de la paralysie, et cela au détriment du malade, qui pourrait être guéri par un traitement chirurgical.

Tremblement persistant du membre supérieur gauche après traumatisme crânio-encéphalique. — MM. Crouzon et Baruk. Il s'agit d'un homme qui, atteint d'une fracture du crâne en tombant d'un train, a présenté et présente encore de la confusion mentale post-commotionnelle, et chez lequel, dix jours après l'accident, sont apparus des mouvements involontaires du membre supérieur gauche. Ces mouvements revêtent, au niveau de la ceinture scapulaire, l'aspect de myoclonies; au niveau de l'avant-bras et de la main, ils prennent un type pseudo-parkinsonien; ils sont continus, et on ne trouve, à l'examen neurologique, qu'un réflexe plantaire douteux et de la flexion combinée de la cuisse et du tronc. Les auteurs éliminent l'hypothèse de troubles moteurs d'origine corticale. Restent les deux hypothèses de troubles fonctionnels ou de troubles dus à des lésions mésocéphaliques. L'hypothèse de troubles fonctionnels pithiatiques purs ou associés paraît devoir être écartée, en raison des caractères du tremblement, de l'état mental du blessé, qui exclut toute possibilité de suggestion ou d'auto-suggestion.

En ce qui concerne une localisation mésocéphalique, l'hypothèse peut être retenue si l'on rapproche ce cas des quelques observations de tremblements post-commotionnels qui revêtaient le type parkinsonien, et qui ont été observés pendant la guerre, en particulier par MM. Guillain et Barré.

Hémichorée avec troubles végétatifs, hémi-hyperthermie, hémi-hyperpigmentation et diminution de volume des membres atteints. — MM. Foix, Chavany et Julien Marie. Trois faits sont à retenir dans cette observation : 1° l'existence d'une hémichorée consécutive à un ictus et sensiblement pure; 2° l'intégrité de la face, du cou, du tronc, malgré l'intense agitation des membres; 3° l'existence de troubles végétatifs : hémi-hyperthermie, hémi-hyperpigmentation, diminution très nette du volume des membres atteints, malgré l'absence de troubles pyramidaux. Il s'agit d'une lésion vraisemblablement encéphalique en foyer, pour laquelle les auteurs ne proposent aucune localisation précise.

Diplégie facio-linguo-masticatrice d'origine cortico-sous-corticale sans paralysie des membres (contribution à l'étude de la localisation des centres de la face et du membre supérieur). — MM. Foix, Chavany et Julien Marie ont suivi l'observation d'une malade qui présentait une diplégie facio-linguo-masticatrice sans paralysie des membres. A l'autopsie, il y avait double lésion symétrique de la partie inférieure de Fa et de l'opercule rolandique. La lésion droite était ancienne. La lésion gauche, récente, était importante à considérer. Elle remontait assez haut sur Fa pour qu'on pût s'étonner que le bras fût resté indemne. Mais, à ce niveau, elle se limitait au versant antérieur de Fa, et cela donnerait à penser que la partie vraiment motrice devait être réduite au cortex de type histologique précentral.

Syndrome extrapyramidal (torticolis avec geste antagoniste efficace, tremblement sans rigidité). — MM. A. Borel et J. Marie présentent une Polonaise, chez laquelle les accidents sont survenus de façon progressive. Le tremblement se rapproche du tremblement parkinsonien, mais ne s'accompagne pas de rigidité, et il s'accentue au cours des mouvements intentionnels. Le torticolis rappelle beaucoup les cas d'origine encéphalitique récemment rapportés par M. Sicard. Mais il n'existe pas ici d'étiologie encéphalitique nette.

Mécanisme physiologique des crises hystériformes de déviation conjugée de la tête et des yeux au cours du parkinson. — MM. G. Marinesco et A. Radovici.

Mécanisme de la paraphasie et de la jargonaphasie. — M. Noica.

Traitement de l'hémiplégie spasmodique par l'ionisation calcique transcranienne. — M. Bourguignon. La malade présentée, bien qu'elle fût atteinte d'hémiplégie spasmodique depuis douze ans déjà, a été nettement améliorée par le traitement.

L'injection épidurale de liopodol dans les incontinences d'urines par spina bifida occulta. — M. Léri, ayant observé des résultats thérapeutiques dans l'incontinence d'urines après laminectomie et résection de brides qui exercaient une compression, s'est proposé d'explorer par le lipiodol l'espace

épidural. Le bassin doit être surélevé après l'injection; sur les radiographies présentées, l'arrêt du lipiodol au niveau d'une bride peut être constaté. Cependant il existe des brides qui ne peuvent être reconnues par l'exploration lipiodolée.

— Des erreurs matérielles ayant déformé les communications de M. Froment dans la dernière séance, nous les reproduisons à nouveau :

Le tremblement parkinsonien n'est pas un tremblement de repos. — MM. J. Froment et P. Delore (de Lyon) montrent que, contrairement à la donnée classique, le tremblement parkinsonien tend à disparaître, voire même s'efface complètement dès que le malade est mis en attitude de repos vrai. Mais pour obtenir ce résultat, il ne suffit nullement d'étayer, si parfaitement que ce soit, le bras qui tremble. Chez les parkinsoniens, en effet, les bras participent à l'effort statique général dont la diffusion semble chercher à compenser l'insuffisance et la maladresse. Il faut que tout le corps repose confortablement étayé comme il l'est, par exemple, dans un fauteuil du type colonial. Ce fauteuil semble d'ailleurs mieux calculé pour l'anatomie masculine et nullement pour la féminine. Il faut encore que le malade soit au chaud et au plus grand calme. Le décubitus dorsal au lit ou même le hamac donnent des résultats bien moins concluants. La projection de nombreuses photographies d'un parkinsonien, grand trembleur, avec poses chronométrées de deux à cinq minutes, montre le malade tremblant, en attitude non étayée ou insuffisamment étayée, soit par exemple assis les mains reposant sur les genoux ou sur une table. Elle le montre, par contre, restant parfaitement immobile en attitude mieux étayée, qu'il soit confortablement accoudé ou mieux encore plongé dans le fauteuil colonial. Des tracés pris par la méthode graphique sont encore plus concluants. Tous ces faits établissent indiscutablement le caractère dystasique du tremblement parkinsonien qui est manifestement lié à l'effort statique.

La rigidité et la roue dentée parkinsonienne s'effacent au repos ; leur caractère dystasique. — MM. J. Froment et H. Gardère (de Lyon) attirent l'attention sur les variations de la rigidité et de la roue dentée en fonction de l'attitude générale du corps, variations très apparentes que décèle tout examen clinique très minutieux et qu'enregistrent non moins nettement les tracés myographiques mécaniques et électriques.

Mais, pour que de telles constatations puissent être faites, il faut que le malade soit au chaud et au calme et que le mouvement facilement imprimé ne risque en aucune manière de désaxer ou de perturber la statique. Des mouvements passifs alternatifs d'extension et de flexion du poignet, imprimés avec le plus de douceur et de légèreté possible, constituent le procédé d'exploration le plus recommandable.

Lorsque le parkinsonien est en attitude non étayée debout, voire même assis, plus encore debout, l'autre main sur la tête, le poignet résiste, rigidité et roue dentée sont au maximum. Par contre, dès que le corps effondré et bien étalé dans un fauteuil du type colonial est confortablement étayé, le poignet s'assouplit aussitôt, la rigidité et la roue dentée diminuent, puis s'effacent. Toutefois, il suffit du plus léger inconfort, ou, à fortiori, que le malade détache sa tête du dossier et se mette en position d'oreiller psychique, pour que le poignet en s'enraidissant de nouveau le trahisse à l'instant. L'observateur, recherchant les yeux refermés quel est l'état de souplesse et nullement renseigné sur la modification d'attitude qui s'est opérée sans bruit et sans ordre, en est instantanément averti par la réapparition de la rigidité.

Le caractère dystasique de la rigidité et de la roue dentée paraît donc indiscutable. Elles décèlent une stabilisation défectueuse qui requiert des efforts maladroits, diffus, et qui s'opposent à la stabilisation normale tout à la fois aisée et économique.

De la kinésie paradoxale parkinsonienne, des paradoxes striés et des perturbations de la fonction de stabilisation. — MM. J. Froment et H. Gardère (de Lyon) rapprochent de la kinésie paradoxale ces paradoxes discrets, encore plus fréquents, qui consistent dans l'immunité habituelle chez le parkinsonien de la course rapide, souvent encore de la nage, de la course à bicyclette. Ils se demandent si nombre de ces apparents paradoxes ne sont pas de la bonne logique statique. Tous les symptômes parkinsoniens, aussi bien la rigidité, la roue dentée, le tremblement, que la perte des mouvements automatiques, semblent conditionnels. Le malade paraît bénéficier tout à la fois, et du mouvement rapide et du repos complet. En somme, de deux états qui diffèrent en tout, sauf en ce point : la statique du tronc est, pourrait-on dire, assurée *ipso facto*. Les auteurs rapprochent encore de ces constatations celles faites dans un autre syndrome strié, la dysbasia lordotica. Là encore, ainsi que l'ont montré Froment et Carillon, les caractères mêmes du trouble observé, de même que l'immunité apparemment paradoxale de tel ou tel mode de progression, sont manifestement en rapport avec les conditions particulières de la statique. Tous ces faits induisent à penser que l'appareil strié a, entre autres fonctions, celle de régler le fonctionnement de l'appareil musculaire qui tient la statique sous sa dépendance. Il joue sans doute le rôle de stabilisateur automatique. L'altération de ce système a pour effet tantôt, ainsi que dans les états dits spasmes de torsion, de rompre l'équilibre de force dont la statique du corps suppose la collaboration, tantôt, ainsi que dans les syndromes parkinsoniens, de rendre le maintien de cette statique laborieux, épuisant, incertain.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

L'IMPÔT ET LES PROFESSIONS LIBÉRALES, SPÉCIALEMENT LA PROFESSION MÉDICALE

Impôts ! C'est aujourd'hui la préoccupation de tout le monde en raison de leur élévation, de leur augmentation permanente et brusque, de leur exagération. Le mot en lui-même évoque dans l'esprit de chacun une certaine répulsion impossible à vaincre : au commencement de la Révolution, l'Assemblée Constituante l'avait si bien compris qu'elle avait substitué le nom de contributions à celui d'impôts, espérant mieux faire admettre la chose aux citoyens ; quelle que soit l'expression employée, le citoyen n'a jamais aimé payer à l'Etat, au département, à la commune, une somme d'argent qu'il ne peut pas discuter dans la réalité et qu'actuellement un vote du Parlement lui impose.

Sans doute, il y a des dépenses communes ; et il est nécessaire, indispensable que chaque citoyen fournisse sa part. Il accepterait sa participation, si l'égalité régnait, si tous contribuaient suivant leurs forces, et si l'impôt ou la contribution n'apparaissait pas comme une arme de guerre entre les mains d'un parti contre un autre; comme nous le voyons, hélas ! actuellement. Il n'est pas niable que ceux qui sont astreints à l'impôt, dans le moment présent, sont surchargés ; et pour qu'ils n'ignorent pas que c'est leur tranquillité et leur avoir qui sont visés, ils sont tracassés, soumis à des obligations qui n'existaient pas avant ces dernières années, qui existent surtout depuis la loi du 13 juillet 1925. Nous voulons parler plus particulièrement de ceux qui exercent une profession libérale.

Notre but est de montrer ici les obligations fiscales auxquelles ils sont tenus, en nous plaçant surtout au point de vue de la profession médicale.

L'instruction ministérielle du 30 mars 1918, dans son article 3, a donné une définition que l'on peut appeler *fiscale* de la profession libérale ; c'est celle dans laquelle l'activité intellectuelle s'exerçant en dehors d'un emploi salarié, joue le principal rôle et qui consiste dans la pratique personnelle d'une science ou d'un art.

Ceux qui exercent une profession libérale sont notamment : les médecins, chirurgiens, sages-femmes, dentistes, les avocats inscrits au tableau et stagiaires, les titulaires de charges et offices, sauf cependant les agents de change, les architectes qui travaillent pour le compte de particuliers, les éditeurs de journaux et de revues, poursuivant un but de propagande scientifique, juridique, politique et religieux, quand ils ont personnellement la direction et la rédaction, les auteurs, poètes et romanciers, compositeurs de musique, artistes-peintres, sculpteurs, dessinateurs, artistes dramatiques.

Nous voudrions donner quelques précisions sur les impôts afférents à la profession du médecin, spécialement sur l'impôt cédulaire. Nos observations porteront d'abord sur cet impôt

cédulaire, puis sur l'impôt général sur le revenu; les lois sont tellement complexes, perdues dans les détails que l'on a quelque peine à s'y retrouver; nous allons essayer de fixer les dispositions actuelles qui, d'ailleurs, peuvent ne pas durer très longtemps : l'instrument de torture du contribuable étant l'objet de modifications incessantes, non pour alléger sa situation, mais au contraire pour l'aggraver. La méthode actuelle, au demeurant, a quelque chose de choquant, d'inconcevable : elle aboutit à superposer les impôts les uns sur les autres, de telle sorte que, pour une même somme de revenus, le contribuable paie un impôt plusieurs fois à des titres différents : on peut arriver ainsi à tout épuiser. On a beaucoup critiqué les impôts de l'ancien régime; la critique est plus justifiée en ce qui concerne les contributions actuelles; l'impôt de superposition est probablement un progrès!

I. Impôt cédulaire sur les bénéfices professionnels. — 1. Plusieurs lois se sont succédé pour établir l'impôt cédulaire sur les bénéfices de celui qui exerce une profession libérale. Voici les principales : lois du 31 juillet 1917 (art. 30 à 37), 25 juin 1920 (art. 1er), 31 mars 1921 (art. 18), 30 juin 1923 (art. 7) et surtout loi du 13 juillet 1925 (art. 8 à 12).

Comme l'avocat, le médecin et le chirurgien sont tout d'abord astreints à l'impôt cédulaire sur les bénéfices de la profession. Le bénéfice imposable est le bénéfice net annuel, c'est-à-dire l'ensemble des recettes réalisées, diminuées des dépenses exposées pour l'exercice de la profession.

Les recettes comprennent tous honoraires, vacations, émoluments résultant de la vente d'ouvrages scientifiques; mais il ne paraît pas douteux que la recette doit être encaissée dans l'année. Si la somme due n'est encaissée que dans une année ultérieure, la déclaration sera faite pour l'année de l'encaissement; le Trésor n'y perd rien.

Quant aux dépenses, elles comprennent les frais de toute nature. Nous les avons déjà indiquées dans un article précédent. Ce sont : le loyer ou une partie du loyer, lorsque le local professionnel est attenant à l'habitation; les frais d'entretien des locaux professionnels, les fournitures de bureau, les rémunérations des employés et collaborateurs, les gages des gens de service avec ventilation quand ils sont affectés en même temps aux besoins du ménage, les primes d'assurances, les impôts afférents à la profession, les abonnements aux journaux et aux revues, l'amortissement du mobilier, des objets professionnels, des livres, des automobiles, les frais de déplacement et de nourriture au dehors, les frais de transport; il faut encore ajouter le paiement des sommes empruntées par l'exercice de la profession. Il est difficile de donner une énumération complète parce que, nous l'avons déjà dit, la profession du médecin, comme celle de l'avocat, est intimement liée à sa vie privée; et l'énumération ci-dessus, quelque importante qu'elle puisse être, peut comporter encore d'autres éléments de dépenses afférents à la vie professionnelle du médecin.

2. Aux termes de l'article 8 de la loi du 13 juillet 1925, toute personne passible de l'impôt doit faire au contrôleur des Contributions directes du lieu de son domicile, dans les deux premiers mois de chaque année, une déclaration faisant connaître le montant de son bénéfice brut, celui de ses dépenses professionnelles et le chiffre de son bénéfice net de l'année précédente. Jusqu'à cette disposition législative nouvelle, le médecin ou l'avocat indiquait un seul chiffre : son bénéfice net, avec la disposition nouvelle, il doit indiquer trois chiffres, et l'opération faite est une soustraction. Par l'indication des dépenses, l'administration des Finances veut se rendre compte du pourcentage que celles-ci représentent sur l'ensemble du revenu; si le contribuable ne déclare qu'un revenu inférieur au montant de ses dépenses, le contrôleur pourra demander les raisons de cette discordance, et, si des justifications suffisantes ne sont pas produites, la taxation d'office pourra s'en suivre (art. 9 et 16, loi du 13 juillet 1925); ce sont les signes extérieurs, de notoriété indiscutable, qui permettront au contrôleur de contester la déclaration faite.

Ni l'avocat, ni le médecin ne sont astreints à tenir une comptabilité : le secret professionnel doit, en effet, être pris en considération. Et le fisc ne peut rien exiger, à cet égard, de l'un ou de l'autre. Mais il sera prudent de tenir un compte de tous les honoraires ou rémunérations quelconques, reçus à l'occasion de l'exercice de la profession, et de toutes les dépenses y afférentes, dans la mesure où cela sera possible, pour répondre éventuellement aux observations du contrôleur.

Sur le bénéfice net, le contribuable est exonéré de l'impôt jusqu'à concurrence de 7.000 francs; la portion comprise entre 7.000 et 9.000 francs ne compte que pour moitié; tout ce qui dépasse ce dernier chiffre est assujetti à l'impôt total. Le taux actuel est de 7 fr. 20 p. 100, décimes compris; mais on sait que, dans le projet de budget pour l'année 1926, il est de 10 p. 100.

L'impôt subit des réductions en raison des charges de famille. La loi distingue suivant que le revenu global net imposable est ou non supérieur à 10.000 francs.

S'il n'est pas supérieur à 10.000 francs, les réductions s'élèvent à :

7 fr. 50 p. 100 pour une personne à charge;
15 p. 100 pour deux personnes;
30 p. 100 pour trois personnes;
15 p. 100 pour chacune des autres personnes à partir de la troisième.

S'il est supérieur à 10.000 francs, les réductions s'élèvent à :

5 p. 100 pour une personne à charge;
10 p. 100 pour deux personnes;
15 p. 100 pour trois personnes;
25 p. 100 pour quatre personnes;
10 p. 100 pour chacune des autres, sans que le montant total de la réduction puisse dépasser 360 francs, décimes compris, par personne à la charge du contribuable.

Les personnes considérées à sa charge sont : 1° ses ascendants ou ceux de son conjoint, âgés de plus de soixante-dix ans ou infirmes, à la condition qu'ils n'aient pas de revenus distincts de ceux qui servent de base à l'imposition du contribuable; l'âge est abaissé à soixante ans à l'égard des femmes veuves vivant sous le même toit que leur fils ou leur fille, et à leur charge exclusive; 2° les descendants ou enfants par lui recueillis, même non parents, s'ils sont âgés de moins de vingt et un ans ou s'ils sont infirmes.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF LARYNGÉ SUPÉRIEUR

V. **Pénétration à travers la membrane thyro-hyoïdienne**. — 1° Modalités. — Le laryngé supérieur la traverse habituellement par un seul orifice, limité par un repli semi-lunaire. Si le nerf s'est divisé très précocement, l'orifice n'est plus unique. Il est le plus souvent distinct de celui des vaisseaux laryngés supérieurs et leur est sous-jacent de quelques millimètres. Cette disposition, bien qu'elle représente la règle, n'est, cependant, pas constante. Nerf et vaisseaux pénètrent parfois par le même orifice.

2° Lieu. — Il importe de préciser le lieu de cette pénétration afin d'atteindre le nerf le plus en avant possible pour éviter les dangers de la région carotidienne et du confluent veineux.

Pour Poirier et Picqué, cette pénétration se fait derrière le bord postérieur du muscle thyrohyoïdien, dans le tiers inférieur de la membrane.

Pour les classiques, le nerf aurait un court trajet sous-musculaire.

En réalité, les variations sont nombreuses, mais le type le plus fréquent est représenté par un *orifice situé derrière le thyro-hyoïdien et dans le tiers inférieur de la membrane.*

VI. **Rapports sous la muqueuse**. — Le laryngé débouche sous la muqueuse des gouttières pharyngolaryngées et les traverse de dehors en dedans en soulevant le « pli laryngé » de Hyrtl. Il arrive ainsi à la base des replis arythéno-épiglottiques où il s'éparpille en se terminant.

B. **BRANCHES TERMINALES**. — Elles sont toutes muqueuses et sensitives.

I. **Branches supérieures**. — 1° Rameaux épiglot-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 20, p. 325.

TIQUES. — Se distribuant aux bords et aux deux faces de l'épiglotte.

2° RAMEAUX LINGUAUX. — Pour la muqueuse de la base de la langue. Leur territoire est très postérieur, triangulaire. Sa base répond à l'épiglotte. Son sommet atteint le milieu de la racine de la langue. Il a 1 centimètre et demi de long et 1 centimètre de large. Il chevauche, en avant, sur le territoire du glossopharyngien.

II. **Branches inférieures**. — 1° RAMEAUX LARYNGÉS. — Doublant le bord supérieur des replis aryténoépiglottiques, ils se portent à la muqueuse de la portion sus-glottique du larynx et de la face supérieure de la corde vocale.

2° RAMEAUX PHARYNGIENS. — Ils se distribuent à la muqueuse pharyngée derrière les aryténoïdes et le cricoïde. L'un de ces rameaux descend verticalement, derrière le cricoïde, pour s'anastomoser avec un rameau ascendant du récurrent et constituer avec lui l'anse de Galien.

C. **BRANCHES COLLATÉRALES**. — *a*. Un filet anastomotique au nerf pharyngien inférieur et au plexus pharyngien (glossopharyngien, pneumogastrique, sympathique)

b. Un filet anastomotique avec le ganglion cervical supérieur du sympathique.

c. Quelques filets naissant haut pour prendre part à la formation de l'anse nerveuse de Garnier et Villemin.

d. Un filet descendant derrière la carotide interne pour le corpuscule intercarotidien (inconstant).

e. Des filets pour le plexus laryngé de Haller.

f. Un filet cardiaque se rendant directement ou indirectement au plexus cardiaque superficiel.

II. NERF LARYNGÉ EXTERNE

A. **RAPPORTS**. — Il se détache du laryngé supérieur en arrière de l'extrémité postérieure de la grande corne de l'os hyoïde, en formant avec lui un angle aigu ouvert en bas et en avant.

Il décrit ensuite une courbe largement ouverte et orientée en haut et en avant en glissant sur la face externe de l'aile thyroïdienne parallèlement à sa ligne oblique. Il se termine en atteignant le muscle cricothyroïdien.

I. **Rapports à l'origine**. — Il naît dans la gouttière carotidienne.

1° EN DEDANS. — C'est la paroi pharyngée. Il croise par l'intermédiaire de l'aponévrose pharyngée et en allant en bas et en avant : 1° le constricteur moyen ; 2° l'espace laissé libre entre le constricteur inférieur et le constricteur moyen ; 3° le constricteur inférieur, dans sa partie tout antérieure, qui le sépare de l'aile thyroïdienne qu'il croise obliquement.

2° EN DEHORS. — Il croise successivement la face interne des deux carotides, celle de l'interne d'abord.

3° EN HAUT ET EN AVANT, il s'éloigne du laryngé supérieur.

4° EN BAS ET EN ARRIÈRE, il répond au plexus laryngé.

II. **Rapports sur la face externe de l'aile thyroïdienne**. — 1° EN DEDANS. — Le nerf repose sur les insertions du constricteur inférieur. Il longe, par son intermédiaire, la ligne oblique du cartilage thyroïde, un peu en arrière d'elle. Il pénètre même, parfois, dans l'épaisseur du muscle, au contact même du cartilage.

2° EN DEHORS. — Le nerf est recouvert par le lobe latéral du corps thyroïde quand il est très développé, et par le muscle sternocostothyroïdien. Il est croisé en arrière par l'artère thyroïdienne supérieure, branche de la carotide externe, et qui vient de décrire la crosse qui la rapprochait tout à l'heure du nerf laryngé supérieur.

Elle émet la petite artère cricothyroïdienne ou laryngée inférieure. Celle-ci est satellite du nerf. Mais le plus souvent elle abandonne le nerf pour passer sur la face superficielle du muscle sternothyroïdien dont toute l'épaisseur la sépare du nerf.

III. **Rapports sur le muscle cricothyroïdien**. — Rapports variables suivant les sujets.

Le nerf oblique, en bas et en avant, peut glisser sur la face externe du muscle où pénétrer à son intérieur.

B. **BRANCHES TERMINALES**. — I. **Filets moteurs**. — S'épanouissent dans l'épaisseur du muscle cricothyroïdien.

II. **Filet sensitif**. — Atteint le bord interne du muscle, perfore la membrane cricothyroïdienne et se distribue à la portion sous-glottique de la muqueuse laryngée.

C. **BRANCHES COLLATÉRALES**. — Un filet pour la corne supérieure du lobe latéral du corps thyroïde (inconstant).

Deux ou trois filets volumineux pour la face externe du constricteur inférieur.

Quelques filets anastomotiques pour le nerf cardiaque supérieur.

Pour Brœnker, quelques filets directs pour le corps thyroïde.

Pour Dilworth, un filet anastomotique très inconstant entre la terminaison du laryngé externe et le récurrent au bord supérieur du cricoaryténoïdien latéral.

Des filets anastomotiques pour le ganglion cervical supérieur formant avec des branches venues du ganglion un petit plexus laryngo-sympathique pour le corps thyroïde.

ANASTOMOSES

Sont extrêmement nombreuses.

A. **AVEC LE SYMPATHIQUE**. — Avec le plexus carotidien.

Avec le plexus pharyngien.

Avec le plexus laryngé de Haller.

Avec quelques filets du ganglion sympathique cervical supérieur pour constituer l'anse préthyroïdienne de Garnier et Villemin.

Mais il existe toute une autre série d'anastomoses. Et celles-ci sont, de beaucoup, les plus intéressantes parce qu'elles sont liées probablement à la *question de l'origine du nerf de Cyon ou nerf dépresseur*.

Voici les faits :

Le nerf laryngé externe s'anastomose avec le nerf cardiaque supérieur du sympathique.

Le nerf laryngé supérieur émet un filet pour le ganglion cervical supérieur du sympathique. Ce filet peut aller du ganglion au tronc du laryngé supérieur. Mais aussi il peut gagner directement le laryngé externe quand celui-ci naît directement du pneumogastrique. En fait, l'une et l'autre de ces dispositions est assez rare, et, le plus souvent, l'anastomose est tendue entre le laryngé supérieur et le premier nerf cardiaque supérieur du sympathique. Cette anastomose peut, du reste, être indirecte et se faire par l'intermédiaire d'un filet sympathique du plexus pharyngien.

Il faut donc, en définitive, retenir que le nerf laryngé supérieur, et en particulier le nerf laryngé externe, s'anastomose avec le nerf cardiaque supérieur et que le *nerf de Cyon pourrait très bien être représenté par cette anastomose.*

B. **AVEC LE PNEUMOGASTRIQUE**. — Par le plexus pharyngien et avec le nerf pharyngien inférieur du pneumogastrique.

C. **AVEC LE GLOSSOPHARYNGIEN**. — Par le plexus pharyngien.

D. **AVEC LE RÉCURRENT**. — Par l'anse de Galien, et, très rarement, par un filet supplémentaire venant de la terminaison du laryngé externe ou du laryngé supérieur.

E. **ENTRE LE LARYNGÉ EXTERNE ET LE LARYNGÉ SUPÉRIEUR**. — Par un orifice situé sur la membrane thyrohyoïdienne.

NOYAUX CENTRAUX

Dans le centre cortical des mouvements du larynx, au pied de la troisième circonvolution frontale.

PHYSIOLOGIE

ROLE MOTEUR. — Il innerve le muscle cricothyroïdien sur lequel il n'a pas d'action croisée.

Il contribue à innerver le constricteur inférieur.

ROLE SENSITIF. — Il est, *par excellence, le nerf* SENSIBLE *du larynx*. Son action sensible paraît être *bilatérale*.

ROLE VASO-MOTEUR ET SÉCRÉTOIRE — Accessoire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Grégoire, Mathieu, Ockinzyc, Sorrel, Sauvé, Ribadeau-Dumas, Heitz-Boyer.

— Les concours des hôpitaux. — Le Conseil municipal de Paris vient de renvoyer à la cinquième Commission et à l'Administration la proposition suivante de M. Joseph Denais :

« L'Administration est invitée à provoquer l examen par les sociétés médicales des conditions qui régissent les concours des hôpitaux et à appeler leur attention sur les avantages qui pourraient résulter de leur unification. »

ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Un concours pour la nomination à six places de médecin de l'assistance médicale à domicile sera ouvert le lundi 7 juin 1926, à 9 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du lundi 3 mai au mercredi 19 mai 1926 inclusivement.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'argent.* — M. le médecin aide-major de 1re classe Bernard, à M'Jara.

CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE. — A la demande du Comité d'organisation, M. le président du Conseil, ministre des Affaires étrangères, a bien voulu accorder son haut patronage au Congrès,

M. l'Ambassadeur de Belgique, MM. les ministres de Bolivie, de Colombie, d'Equateur, du Mexique, de Portugal et du Vénézuéla ont accepté de faire partie du Comité d'honneur.

Ajoutons que la date du Congrès vient d'être définitivement fixée aux 7, 8 et 9 octobre. Le programme officiel en sera arrêté tout prochainement.

Pour tous renseignements, écrire à M. le docteur L.-M. Pierra, secrétaire général du Congrès latin de la Presse médicale, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe).

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — On annonce que le maréchal Lyautey fera la conférence inaugurale des Journées médicales.

JOURNÉE MÉDICALE THERMALE DE CLERMONT, consacrée aux stations hydrominérales du Centre de la France, organisée par le Centre médical, sous la présidence du professeur Castaigne, avec le patronage de l'Ecole de médecine et du Corps médical des hôpitaux de Clermont, le dimanche 6 juin 1926.

Programme. — *Séance du matin.* — Discours d'ouverture.

I. Rapport du professeur Billard « Sur les propriétés biologiques des eaux minérales de la région du Centre ».

II. Rapport du professeur Carnot « Sur le traitement hydrominéral des maladies du tube digestif et du foie par les eaux minérales de la région du Centre ».

Séance du soir. — III. Rapport du professeur Rathery « Sur le traitement hydrominéral des maladies dyscrasiques (diabète et rhumatisme) par les eaux minérales de la région du Centre ».

IV. Rapport du professeur Pic « Sur le traitement hydrominéral des maladies du cœur, des artères et des reins par les eaux minérales de la région du Centre ».

V. Rapport du professeur Serr « Sur le traitement hydrominéral des maladies des voies respiratoires par les eaux minérales de la région du Centre ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Allain Piton, médecin en chef de

la marine en retraite, à Marseille; L. Raynaud (de Marseille), Félix Raybaud (de Nice), Humbert (de Taninges), Mariannina Levi (de Turin), Octave Guillier, décédé à Paris, à l'âge de 71 ans.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. JEANSELME.) — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Des séries de travaux pratiques de laboratoire, appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie, auront lieu pendant l'année scolaire, au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle le docteur Olga Eliascheff, chef de laboratoire.

Les séances auront lieu de 17 heures à 19 heures. Chaque série comprend 10 séances :

Ultra-microscopie. Coloration du tréponème. Spirilles banaux. — Bacille de Ducrey. Gonocoques. Microbes pyogènes. Auto-vaccins. — Bacille tuberculeux. Bacille de Hansen. — Mycoses. Teignes. Examen direct. Cultures. — Hématologie. — Technique de la biopsie.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté (rue de l'Ecole-de-Médecine, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 heures à 17 heures.

Droit de laboratoire : 250 francs.

Pour renseignements et dates des séances, s'adresser au docteur Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, le matin, de 10 heures à 11 heures.

— COURS DE PERFECTIONNEMENT. — *Dermatologie et vénéréologie*, sous la direction de M. le professeur JEANSELME. — Le prochain cours de dermatologie aura lieu du 12 avril au 14 mai 1926.

Le prochain cours de vénéréologie aura lieu du 17 mai au 11 juin 1926.

Le prochain cours de thérapeutique dermato-vénéréologique aura lieu du 14 juin au 2 juillet 1926.

Un cours de technique de laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures. (On peut s'inscrire par correspondance.)

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Burnier, hôpital Saint-Louis (pavillon Bazin).

— CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — *Cours de vacances* (Pâques, 7-17 avril 1926.) — *Mercredi 7 avril.* — 10 h. : M. le professeur Nobécourt. Ouverture du cours ; M. Boulanger-Pilet. Les pneumococcies chez l'enfant; — 16 h. : M. M. Lévy. Notions nouvelles sur la scarlatine; — 17 h. : M. Paraf. Notions nouvelles sur la rougeole.

Jeudi 8 avril. — 10 h. 1/2 : M. Boulanger-Pilet. Les méningites cérébro-spinales; — 16 h. : M. Mathieu. L'encéphalite épidémique; — 17 h. : M. Paraf. La varicelle et le zona.

Vendredi 9 avril. — 10 h. 1/2 : M. Bidot. Urologie clinique de l'enfance; — 16 h. : M. M. Lévy. Les vomissements périodiques; — 17 h. : M. Nadal. L'asthme infantile.

Samedi 10 avril. — 10 h. 1/2 : M. Janet. Les syndromes thyroïdiens de l'enfant; — 16 h. : M. Mathieu. L'épilepsie et son traitement; — 17 h. : M. Nadal. La dilatation des bronches.

Lundi 12 avril. — 10 h. 1/2 : M. Lereboullet. L'hypophyse et les dystrophies endocriniennes; — 16 h. : M. Tixier. Les anémies infantiles ; — 17 h. : M. Janet. Les néphrites aiguës.

Mardi 13 avril. — 10 h. 1/2 : M. Lereboullet. Notions nouvelles sur la diphtérie; — 16 h. : M. Babonneix. Les encéphalopathies et le mongolisme; — 17 h. : M. Tixier. Notions nouvelles sur le rachitisme.

Mercredi 14 avril. — 10 h. 1/2 : M. Duhem. Les rayons ultraviolets en thérapeutique infantile; — 16 h. : M. Babonneix. Les chorées ; — 17 h. : M. Lereboullet. La tuberculose du médiastin.

Jeudi 15 avril. — 10 h. 1/2 : M. Duhem. La radiologie du poumon et du médiastin; — 16 h. : M. Tixier. Notions actuelles sur l'hérédo-syphilis infantile ; — 17 h. : M. Pichon. Rhumatisme cardiaque évolutif.

Vendredi 16 avril. — 10 h. 1/2 : M. Lereboullet. Le diabète infantile; — 16 h. : M. Babonneix. La poliomyélite aiguë; — 17 h. : M. Pichon. Syndromes coliques et appendicite.

Samedi 17 avril. — 10 h. 1/2 : M. Lereboullet. Les tuberculoses aiguës de l'enfance ; — 16 h. : M. Duhem. Radiologie du cœur.

Professeur Nobécourt, à 9 heures : Conférence clinique dans les salles de la Clinique.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Le droit à verser est de 150 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — *Cours d'anatomie pathologique.* — Un cours d'anatomie pathologique en oto-rhino-laryngologie sera fait sous la direction du professeur Portmann, du lundi 18 avril au samedi 5 mai.

Il comprendra des conférences théoriques sur les différents processus inflammatoires ou néoplasiques en général, et sur les affections de l'oto-rhino-laryngologie.

Des travaux pratiques et des démonstrations avec examens de pièces macroscopiques et microscopiques accompagneront ces conférences.

On est prié de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Droit d'inscription : 100 francs.

LIVRES NOUVEAUX

Comptes rendus des séances du IIIe Congrès international de médecine et de chirurgie militaires (1) [Paris, Val-de-Grâce, avril 1925], publiés sous la direction de MM. le médecin principal de 1re classe UZAC, commissaire général, par le médecin-major de 1re classe MAISONNET et le médecin-major de 2e classe GAUTHIER, secrétaires.

Après l'immense succès de ce Congrès qui fut un modèle de bonne organisation et d'exactitude, il restait aux organisateurs un travail considérable à faire : éditer sans retard le volume de comptes rendus. Avec une rapidité remarquable, MM. Uzac, Maisonnet et Gauthier nous apportent aujourd'hui ce livre, digne en tous points de l'œuvre déjà réalisée.

Le lecteur y trouvera in extenso les rapports et les discussions dont les journaux ne purent il y a un an leur fournir qu'un court exposé. Ils pourront se rendre compte de l'énormité de l'œuvre réalisée. Cette œuvre ne sera pas sans lendemain puisque l'assemblée générale du Congrès, réunie sous la présidence du professeur H. Vincent, a émis le *vœu de voir se fonder une association internationale de médecins militaires* « pour permettre la continuité des efforts et assurer la solidarité la plus étroite entre les membres du Service de santé des armées de terre et de mer des différentes nations ». La réalisation de ce vœu sera tout à l'honneur du Service de santé militaire français qui entreprend sa réalisation.

F. L. S.

(1) Un volume in-8. — Paris, imprimerie Tancrède.

REVUE GÉNÉRALE

LA PONCTION LOMBAIRE EXPLORATRICE DANS LA SYPHILIS [1]

Par Paul CHEVALLIER.

II. Les syphilis sans accidents nerveux mais avérées par des signes viscéraux ou cutanés.

A. Les syphilis viscérales peuvent ou non coïncider avec une réaction méningée cliniquement latente. Certaines localisations s'en accompagnent-elles plus souvent que d'autres? Au premier rang des viscérites syphilitiques, qui, même en l'absence d'aucun signe nerveux, doivent faire douter de l'intégrité des méninges, il faut placer les *aortites*.

Assurément, il existe des aortites pures, mais très souvent, la ponction lombaire révèle une réaction méningée, ordinairement modérée d'ailleurs (lymphocytose avec Wassermann négatif) mais parfois assez grave.

L'extrême fréquence clinique de l'association neuro-aortique syphilitique est d'ailleurs bien connue depuis les travaux de Babinski : la coexistence de l'aortite et du tabes est classique; plus récemment a été individualisé le syndrome de l'aortite précoce secondaire contemporaine d'accidents infiltrés cutanés, que l'on découvre chez un malade atteint de confusion mentale grave.

La réaction méningée est d'autant plus fréquente et d'autant plus grave, son pronostic ultérieur d'autant plus sérieux que la syphilis est moins ancienne; le liquide céphalo-rachidien des très vieilles aortites est presque toujours normal, ou du type dit de lymphocytose résiduelle.

Les périostites syphilitiques isolées, qu'elles soient secondaires ou tertiaires, coexistent presque toujours avec un liquide céphalo-rachidien normal. Le Wassermann du sang est d'ailleurs, — fait bien curieux, — négatif, quoique la syphilis soit évidente et que le traitement amène très vite la guérison.

B. Les syphilides cutanées et muqueuses. — Depuis les premières observations de Widal, Sicard et Ravaut, de Millian, Crouzon et Paris en 1902, le mémoire princeps de Ravaut, les mémoires de Janselme et Chevallier, de Sézary, etc..., les réactions méningées, qui accompagnent les accidents cutanés et muqueux, sont bien connues dans leurs modalités et leurs significations.

Un fait capital mérite d'abord d'être mis en relief : aucun accident cutané ou muqueux ne s'accompagne à coup sûr des réactions méningées; il ne saurait être discuté de rapport de causalité entre les deux phénomènes; lésions tégumentaires et lésions méningées sont deux localisations indépendantes. Le problème est exclusivement clinique : en présence de quelques manifestations tégumentaires doit-on particulièrement redouter la méningite?

Syphilides tertiaires.

Les gommes ne s'accompagnent pas, en général, de réactions méningées quel qu'en soit le siège; l'affirmation que les syphilides naso-palatines coïncident presque toujours avec une méningite, n'a pas été confirmée par les recherches ultérieures.

Syphilides secondaires.

a. En même temps que les *syphilides infiltrées* cutanées (papuleuses, miliaires, psoriasiformes), muqueuses (plaques muqueuses hypertrophiques vulvaires, au moins les tardives), la réaction méningée est de règle. Il peut s'agir de réaction discrète ou de réaction moyenne. Parfois, le liquide céphalo-rachidien présente tous les symptômes d'une grosse méningite histologique, chimique et sérologique (lymphocytose élevée avec plasmazellen, hyperalbuminose, Wassermann positif, etc.); il est toujours exceptionnel que, dans ces cas, n'existe aucun symptôme subjectif ou objectif de lésions encéphaliques.

b. En même temps que les *syphilides non infiltrées* : roséole, plaques muqueuses érosives, une réaction très minime est fréquente, mais les réactions nettes sont rares; les réactions fortes et intenses n'existent pour ainsi dire jamais. Même moyenne, la lymphocytose ne s'accompagne que rarement d'hyperalbuminose et le Wassermann est toujours négatif.

Il faut toujours distinguer la première roséole, dont la lymphocytose légère traduit une efflorescence fugace des méninges, de la roséole de retour, tardive et à larges macules, accompagnée le plus souvent de réactions méningées vives.

Quant aux plaques érosives récidivantes, elles coïncident presque toujours avec une intégrité parfaite du liquide céphalo-rachidien. « La syphilis secondaire tardive, disait déjà Fournier, n'est pas, au point de vue individuel, une syphilis particulièrement grave ».

c. Trois manifestations doivent être étudiées de façon spéciale : la syphilide pigmentaire, et l'éruption ulcéreuse dite syphilis maligne précoce.

La syphilide pigmentaire (collier de Vénus) est un excellent indice de syphilis méningée pour Ravaut, Konigstein (70 p. 100), etc., Janselme et Chevallier sont moins pessimistes : la pigmentation paraît bien la conséquence d'un érythème léger de la peau de nature infectieuse spécifique.

L'*alopécie* secondaire est, on peut dire toujours, accompagnée de méningite sérieuse; mais cette règle n'est vraie que pour l'alopécie *diffuse* (Ravaut, Jeanselme et Chevallier). L'alopécie en clairière est roséolique, l'alopécie diffuse est méningitique.

La syphilis dite maligne précoce (syphilides ulcéreuses multiples de première éruption), de même qu'elle épargne les ganglions, épargne, en règle, les méninges; elle est maligne pour la peau, bénigne pour le système nerveux.

IMPORTANCE DE LA DATE DES ACCIDENTS SECONDAIRES

Lorsqu'on regarde attentivement les observations publiées, on s'aperçoit que la forme de l'élément cntané ou muqueux à moins d'importance que sa date.

A partir de la deuxième année, ou tout au moins de la troisième année, la plupart des accidents cutanés ne s'accompagnent pas de réactions méningées : la syphilis dermotrope tend à s'individualiser et à s'opposer à la syphilis neurotrope; on sait d'ailleurs que cette distinction n'exprime pas une règle

(1) Fin — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 19, p. 301, et n° 21, p. 333.

absolue, mais seulement une approximation clinique grossière.

Pour la première année, je reproduis, en la simplifiant, la statistique de Janselme et P. Chevallier, dont les chiffres, sont à peu près du même ordre de grandeur que ceux de Ravaut, Dujardin, etc. Les nombres s'entendent pour 100 malades de la même catégorie.

AGE DE LA SYPHILIS	LYMPHOCYTOSE nulle.	minime.	moyenne et forte.	très forte.
2 mois...	40	35	25	0
3 à 4 mois...	33	31	25	11
5 à 7 mois...	40	21	21	17
8 à 12 mois...	31	34	28	7 (1)
	36	30	25	9

Pendant toute la première année, le nombre des sujets intacts ne varie guère; il reste voisin de 35 à 40 p. 100. Mais la répartition des réactions méningées est très différente. Au début, les réactions sont minimes. Plus tard et surtout vers le septième mois, à la période que certains auteurs appellent période d'accidents localisés, apparaissent des réactions graves véritablement méningitiques. La méningite syphilitique secondaire bien caractérisée est essentiellement un accident de deuxième floraison. Les réactions contemporaines de la première floraison méritent à peine le nom de méningite.

Le *pronostic* des réactions méningées secondaires n'est pas, en général, mauvais. Il varie suivant l'intensité de ces réactions.

La lymphocytose minime n'a aucune importance pratique, elle disparaît facilement, même sans traitement, et ne paraît pas indiquer de prédisposition pour des infections méningées graves ultérieures.

Moyennes, les réactions méningées persistent plus longtemps que les accidents cutanés, mais obéissent au traitement; leur pronostic ultérieur doit être réservé, mais il semble généralemeut favorable.

Les grosses réactions cytologiques, chimiques et sérologiques, sont, dans la majorité des cas, difficiles à réduire, et, bien que la plupart soient curables, elles comportent toujours un pronostic réservé.

Beaucoup de syphilis nerveuses ultérieures se relient indiscutablement à ces méningites du deuxième semestre de la syphilis.

Syphilis primaire.

La période primaire comporte deux phases : la première correspond aux quinze premiers jours du chancre, la septicémie syphilitique (qui précède le début du chancre) existe bien mais elle est légère; le Wassermann est négatif.

Une réaction de Wassermann positive caractérise la deuxième phase, qui se relie par des transitions insensibles avec la syphilis secondaire.

Pendant la phase préroséolique, le liquide céphalo-rachidien est normal; à peine a-t-on signalé, exceptionnellement de très minimes modifications.

La phase sérologique, au contraire, s'accompagne parfois de lymphocytose très légère, isolée; le phénomène le plus spécial serait, pour Dujardin, un peu d'hypertension solitaire. La lymphocytose se relie à la lymphocytose fugace de la roséole; l'hypertension s'atténue vite.

Ces modifications minimales sont assez rares (à peine 20 p. 100 des cas) pour que nous ayons pu ponctionner de suite une douzaine de malades sans les rencontrer.

Plus on se rapproche de l'éruption secondaire, plus on a de chances de trouver une réaction méningée discrète. Quant à la méningite préroséolique d'Audry, elle est tout à fait exceptionnelle, de même que l'apparition d'un Wassermann positif dans le liquide, alors que le sang reste encore normal.

III. La syphilis complètement latente (1).

La découverte des réactions méningées chez les syphilitiques en parfaite santé constitue l'une des acquisitions théoriques et pratiques les plus importantes de notre époque. Non seulement, comme dans le chapitre précédent, rien ne fait penser à la syphilis nerveuse, mais encore rien ne fait penser à la syphilis elle-même. M. Ravaut a montré que plus le syphilitique avance en âge, moins il risque de présenter une méningite latente, c'est-à-dire que s'il est atteint de méningite, celle-ci se manifeste alors par des symptômes cliniques.

Pendant les deux ou trois premières années de la syphilis, la méningite existe sans aucun symptôme nerveux dans 8 p. 100 des cas; vers la vingtième année, si la méningite existe, on découvre des symptômes nerveux dans 80 à 90 p. 100 des cas. Il est capital d'avoir toujours présente à l'esprit cette règle de dissimulation décroissante.

Un autre fait est essentiel : les très vieilles syphilis, même nerveuses, ne s'accompagnent guère de méningite intense; les méningites les plus caractérisées, sont celles de la paralysie générale, puis celles du tabes. Or, sans être habituellement précoces, ces accidents ne sont pas ultra-tardifs; ils commencent presque toujours avant la quatorzième année de la maladie, quelquefois de la quatorzième à la vingtième année; leur début est exceptionnel après cette date.

Les méningites latentes, qui doivent au maximum retenir l'attention, s'observent pendant les dix premières années de la syphilis. Sont-elles fréquentes?

Pour la première année de la syphilis, je copie la statistique de Dujardin. Peut-être, les recherches que j'ai poursuivies avec M. Jeanselme et celles des autres auteurs, autorisent-elles des conclusions un peu moins pessimistes :

	LYMPHOCYTOSE normale.	discrète.	forte.	énorme.
Nombre de syphilitiques latents....	20 %	20 %	40 %	20 %

Pour les dates plus éloignées, nous manquons de

(1) Cette lymphocytose comprend des méningites manifestées par des symptômes nerveux, aussi bien que les méningites latentes.

(1) Depuis la découverte des méningites latentes, la neurologie a progressé et l'on s'est efforcé de mettre en évidence de petits symptômes révélateurs. M. Lortat-Jacob, en particulier, attache une importance considérable au *silence plantaire*, et, d'une façon générale, à la grande dimiuution ou à l'absence des réflexes cutanés. Des modifications mentales très minimes peuvent encore éveiller l'attention.

Dès son premier mémoire de 1902, M. Ravaut a insisté sur l'examen des yeux, et bien qu'il n'ait pas encore publié intégralement son mémoire, en collaboration avec M. Chaillous, il convient de bien connaître les symptômes qu'il a observés. Le premier phénomène, celui qui coexiste souvent avec les méningites secondaires latentes, est l'*œdème de la papille*. Cet œdème peut disparaître sous l'influence du traitement, ou bien, très vite même parfois, s'observe un *début de névrite optique*. Il est donc important de demander un examen du fond de l'œil.

données précises. Une statistique personnelle de syphilitiques en parfaite santé, ponctionnés de parti pris après quatre ans de traitement soit quasi parfait, soit seulement à peu près convenable, me donne environ 20 p. 100 de réactions méningées moyennes ou légères, et une seule réaction forte du type paralysie générale.

J'ajoute que chez six sujets aux méninges moyennement touchées, que je continue à suivre, le Wassermann du sang — qui était négatif depuis plus de deux ans avant la ponction — est par la suite redevenu positif ou sub-positif de façon transitoire. Un malade ponctionné vingt-cinq mois plus tard présentait encore, malgré un traitement méthodique, une réaction légère (5 lymphocytes au lieu de 7 la première fois; Wassermann négatif, hyperalbuminose légère).

Il est difficile de suivre très longtemps des méningitiques latents; peu de cas ont été publiés. On peut distinguer deux types de réactions méningées latentes : les unes continuent sans interruption, variant plus ou moins et aboutissant aux méningites du tabes ou de la paralysie générale. Les autres disparaissent.

L'absence de réactions méningées au cours de la période secondo-tertiaire, ne permet pas d'affirmer que le malade est à l'abri des accidents neuro-méningés tardifs (Clovis Vincent, Ravaut, Gougerot).

Le type de la réaction méningée est important à noter. Seules les méningites intenses (lymphocytose forte, hyperalbuminose, Wassermann positif, benjoin positif) me paraissent, en l'état actuel de nos connaissances, comporter un pronostic mauvais : la paralysie générale est souvent proche (je répète que ces grosses réactions ne sont presque jamais tout à fait latentes : céphalée vive, troubles nerveux divers, modifications pupillaires, etc., les signalent, au moins par intermittences, le plus souvent).

Mieux vaut, me semble-t-il, découvrir une grosse réaction méningée, quelques jours après l'apparition d'une paralysie faciale ou oculo-motrice par exemple, que de la trouver isolée. Celle-ci est extrêmement inquiétante; la première subit mieux l'influence du traitement et peut guérir par les médications habituelles (placards gommeux).

IV. Les syphilitiques traités.

En bonne logique, il est évident qu'un traitement antisyphilitique guérit la méningite s'il est suffisant, la jugule imparfaitement s'il est moins bon, la laisse évoluer s'il est tout à fait insuffisant. L'on sait qu'un traitement peut être optimum sans être suffisant.

Mais la question est beaucoup plus complexe. Sans vouloir entrer dans le détail des faits, on peut les résumer ainsi :

1. En période secondaire, un traitement arséno-benzolique beaucoup trop court favorise les méningo-rechutes, qui restent latentes, ou plus souvent, s'avèrent par des symptômes nerveux. Souvent, la réaction est intense (lymphocytose, hyperalbuminose, Wassermann positif, benjoin positif; ou lymphocytose énorme, hyperalbuminose, Wassermann positif); elle peut être moyenne; jamais elle n'est faible.

2. Un traitement arséno-benzolique, dont l'intensité et la durée sont suffisantes pour empêcher les méningo-rechutes secondaires, peut être insuffisant d'intensité et de durée pour empêcher l'apparition ultérieure de méningites latentes prodomiques du tabes, de la paralysie générale, ou d'autres accidents nerveux syphilitiques, et même favoriser l'apparition très précoce (troisième à sixième année) de ces complications redoutables. Bien que discutée, cette proposition mérite de retenir l'attention.

3. Les réactions méningées post-arsénobenzoliques obéissent au traitement dans les mêmes proportions que les méningites banales du même type et de la même période.

4. Le mercure employé seul ne pousse à la méningite ni précoce ni tardive, mais s'il permet la guérison des méningites bénignes, il semble, le plus souvent, peu actif contre les méningites sérieuses, latentes ou non ; après une série d'arsénobenzols insuffisante (dans le sens que nous avons résumé ci-dessus), le mercure paraît tout à fait dépourvu d'activité, et certains auteurs prétendent même qu'un traitement mercuriel bien conduit ne saurait éviter les méningites tertiaires graves rendues anormalement précoces par des arsénobenzols.

5. Sur le bismuth, il est trop tôt pour prononcer en toute connaissance de cause. Son influence sur les méningites constituées paraît certaine et importante.

V. Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis héréditaire.

Les manifestations nerveuses de l'hérédo-syphilis sont des plus fréquentes et des plus polymorphes.

On sait, dequis les travaux de Ravaut, que la leucocytose du liquide céphalo-rachidien s'observe chez les enfants comme chez les adultes et qu'*elle peut exister en l'absence de troubles nerveux avérés*. Généralement il s'agit de lymphocytose, qui est forte, moyenne ou discrète suivant que le processus est aigu ou chronique et suivant l'importance des lésions. Les plasmazellen s'observent dans les formes sérieuses (Arena). Comme chez l'adulte aussi, des accidents nerveux d'origine syphilitique certaine peuvent exceptionnellement ne s'accompagner d'aucune leucocytose méningée. En revanche les réactions cellulaires du liquide nerveux sont encore plus banales que chez l'adulte : une simple dermite suffit à les déclancher (Marcel Ferrand). La numération des éléments figurés est donc tout à fait insuffisante.

Il en est de même de l'hyperalbuminose. Elle est légère dans les encéphalites chroniques hérédo-syphilitiques; elle devient plus uette (0,30, 0,40 et plus au lieu de 0,10) dans les hydrocéphalies, les syndromes convulsifs, les méningites aiguës et, bien entendu, la paralysie générale. Arena décèle l'hyperalbuminose dans beaucoup de cas d'hérédo-syphilis précoce.

L'étude systématique du Wassermann et du benjoin a été entreprise par M. Bonhoure. (Th. de Toulouse, 1924).

Elle est positive dans le sérum chez 37 p. 100 des enfants ayant une syphilis certaine ou très probable ; dans le liquide céphalo-rachidien, la proportion des résultats positifs atteint 52 p. 100. Une réaction positive dans le sérum sanguin constitue un signe de grande valeur en faveur de l'hérédo-syphilis ; dans le liquide céphalo-rachidien, elle fait admettre l'existence d'une hérédo-syphilis à peu près certaine, surtout s'il existe des modifications de ce liquide. Cependant, au cours des réactions méningées chez les enfants, on peut observer une réaction de Bordet-Wassermann positive susceptible de devenir négative après guérison naturelle de l'épisode aigu, sans

traitement spécifique ; au cours d'une méningite tuberculeuse chez un hérédo, la réaction peut devenir positive par une sorte d'activation; dans les méningites purulentes, on peut avoir une réaction positive.

La réaction du benjoin colloïdal est parfois plus sensible que le Wassermann, mais les résultats négatifs en paraissent assez fréquents. Les névraxites syphilitiques évolutives sont en effet rares chez les petits hérédos; dans beaucoup de cas il s'agit de séquelles cicatricielles ou de dystrophies, lésions fixées qui ont le plus souvent une réaction du benjoin négative. Dans les cas aigus, évolutifs, Bordet-Wassermann et benjoin sont concordants.

La ponction lombaire apporte donc un appoint important au diagnostic de la syphilis héréditaire. Arena a récemment insisté sur une particularité intéressante : chez les bébés hérédo-syphilitiques, la pression et la quantité du liquide céphalo-rachidien sont presque constamment augmentées; l'hydrocéphalie est la tare la plus fréquente de l'hérédo-syphilis, mais elle ne se manifeste qu'assez rarement : l'exploration rachidienne démontre la banalité d'une forme latente.

SIGNIFICATION BIOLOGIQUE DES RÉACTIONS MÉNINGÉES

Les réactions méningées sont susceptibles de trois interprétations dont l'importance est évaluée différemment suivant les auteurs.

I. La réaction méningée traduit une méningite syphilitique, qui évolue pour son propre compte, et dont l'intensité et la diffusion sont d'ailleurs variables.

a. Cette méningite spirochétosique peut être *accompagnée*, c'est-à-dire être satellite, d'une encéphalite ou d'une myélo-radiculite syphilitique : la vérification de la méningite possède une grande valeur diagnostique, mais le pronostic de la maladie n'est pas lié aux variations de cette méningite. Un exemple évident est la paralysie générale.

b. Dans d'autres cas, elle est isolée ; c'est une méningite primitive au même titre que la méningite tuberculeuse de l'enfance. Elle peut rester isolée et guérir, ou envahir secondairement les éléments nobles du système nerveux.

c. Enfin, il peut s'agir d'infection syphilitique passagère des méninges, feu de paille analogue à la roséole. C'est le type de la réaction méningée de la syphilis secondaire précoce, que l'on peut comparer au méningisme de tant d'infections banales : oreillons, zona, etc.

II. La réaction méningée traduit une irritation aseptique des méninges, au même titre que certaines pleurésies amicrobiennes traduisent l'irritation mécanique de la plèvre par une infection pulmonaire sous-jacente. Telle est la réaction méningée banale des ramollissements cérébraux de l'écorce (qui d'abord à polynucléaires devient à lymphocytes).

Sézary étend considérablement le domaine de la méningite aseptique dans la syphilis, et admet que, très souvent, la lymphocytose ne traduit que la réaction des méninges bactériologiquement intactes sous l'influence de la colonisation du spirochète dans l'axe céphalo-myélique.

III. La réaction méningée n'est plus que *résiduelle* : la maladie est guérie, seules persistent des modifications qui équivalent à une cicatrice. Cette théorie expliquerait, pour Sicard, ces réactions indigentes des vieilles syphilis nerveuses sur lesquelles nous avons déjà insisté. A mon avis, la lymphocytose résiduelle n'existe pas.

IV. Pour être complet, il faut signaler la coexistence possible d'une syphilis sans réaction méningée, ou d'une méningite syphilitique avec une irritation méningée d'autre origine : tuberculeuse, méningococcique, saturnine, etc.

LA CONNAISSANCE DE LA SYPHILIS PRÉCISÉE PAR LA PONCTION LOMBAIRE.

I. Résumé de l'évolution d'une syphilis, jugée par la ponction lombaire.

Au début de l'infection le liquide céphalo-rachidien est intact.

Chez un certain nombre de malades il peut rester intact pendant tout le cours de la maladie.

Chez le plus grand nombre, il est envahi précocement par le spirochète.

Cette invasion peut être passagère :

Soit que le spirochète ne détermine aucune réaction (Chessey et Kemp) :

Soit qu'il provoque une réaction presque aussi fugace que la roséole (Ravaut, etc).

Dans la majorité des cas, l'invasion est tenace, la réaction est légère, moyenne ou forte.

Elle s'accompagne ou non de signes cliniques.

En règle générale les méningites légères et fugaces sont satellites de syphilis secondaires précoces maculeuses ou érosives; — les méningites graves accompagnent les syphilides infiltrées et apparaissent dans le *second semestre de la première année.*

Les méningites latentes, décelées seulement par la ponction lombaire, sont extrêmement fréquentes.

Tout syphilitique, en période latente ou qui semble guéri, est, même s'il a été longtemps traité, suspect de méningite.

Les accidents nerveux tardifs sont presque toujours précédés de méningite.

Parfois cette méningite apparaît tard.

Presque toujours, elle date de la période secondaire.

En affirmant la méningite prodromique, nous ne nous plaçons pas sur le terrain pathogénique ; il est certain en effet que ce n'est pas la méningite qui donne l'encéphalo-myélite, la névrite ni l'artérite, mais elle *accompagne* la naissance de ces différentes localisations (sauf de certaines entérites). Or ces localisations sont encore latentes alors que la méningite est déjà décelable par la ponction lombaire. En pratique, la méningite est prodromique.

Est-elle tout à fait latente ? Sicard le nie. Lortat-Jacob (réflexes cutanés), Ravaut et Chaillons (examens oculaires)... ont fait quelques réserves qui ne les entraînent pas à mettre en doute la fréquence des méningites complètement latentes. Bien au contraire Ravaut, Jeanselme, Sézary, Cl. Vincent, et beaucoup d'autres savants qu'il ne nous est pas possible d'énumérer tous, insistent sur les surprises que donne l'examen systématique du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques apparemment en parfaite santé.

Le STADE PRÉCLINIQUE DE LA SYPHILIS NERVEUSE (Ravaut) (1) est capital à déceler. C'est à ce stade préclinique que la syphilis nerveuse *doit* être traitée, c'est à ce stade qu'on peut *prévenir* les accidents graves.

Lorsque les accidents nerveux sont constitués, ils répondent schématiquement à trois types d'importance pronostique et thérapeutique très différente.

Les *infiltrats méningés* qui irritent ou compriment le tissu noble plus qu'ils ne le détruisent : à leur période *molle* ils guérissent admirablement par le traitement. Il est donc capital de les reconnaître précocement.

Les *artérites*, généralement accompagnées de méningite (méningo-artérite), elles aussi curables au début.

Les *syphiloses du parenchyme*, qui sont d'abord des méningo-parenchymatoses : malgré des rémissions et même des arrêts, elles restent tenaces et rebelles à nos thérapeutiques, lorsqu'on les soigne alors seulement qu'elles se manifestent par des signes cliniques.

La ponction lombaire permet de dépister la syphilis méningée, — de préciser souvent le type anatomique, — de traiter en temps utile et de manière convenable.

II. Quels syphilitiques convient-il de ponctionner ?

Puisque les réactions méningées sont précieuses pour le diagnostic et le pronostic, puisqu'il existe des réactions méningées absolument latentes, pourquoi ne pas ponctionner tous les syphilitiques ?

Ce serait évidemment une excellente chose si la ponction lombaire gênait aussi peu le malade qu'une prise de sang; il n'en est pas ainsi aujourd'hui, et l'examen du liquide céphalo-rachidien ne peut être que rare.

La ponction lombaire ne sera imposée ni en présence d'un chancre, ni lors de la première floraison secondaire, ni même au cours des syphilis tertiaires viscérales, ni, enfin, lorsque l'atteinte syphilitique du système nerveux est nette et bien déterminée. Il est cependant indiscutable que, dans ces deux derniers cas, en particulier, la ponction lombaire n'est pas inutile et qu'elle peut, en bien des cas, compléter un diagnostic : c'est elle par exemple, qui permettra seule d'affirmer l'intégrité des méninges, qui permettra de prévoir l'évolution désastreuse d'un tabes vers la méningo-encéphalite diffuse, etc.

Immobiliser le malade pour explorer ses méninges serait cependant presque toujours exagéré, mais profiter de ce qu'il se trouve alité pour vérifier son liquide méningé doit être recommandé.

La ponction lombaire s'impose chaque fois que le diagnostic reste hésitant. Affirmant ou infirmant la syphilis, elle permet un traitement convenable; montrant ou non la persistance du syndrome constaté, elle possède une valeur pronostique importante. En cas de méningite isolée, répéter la ponction lombaire peut-être nécessaire.

La ponction lombaire s'impose au cours de la syphilis latente car elle décèle les réactions méningées cachées.

Mais quand faut-il ponctionner ? Ravaut dit vers la quatrième année, Sésary vers le dix-huitième mois; les divergences ne sont que la conséquence de conduites thérapeutiques différentes. Jeanselme a longuement précisé la question.

La question vient de changer de face. Voilà ce que j'avais écrit il y a un an lorsque j'ai jeté sur le papier le premier jet de cet article.

« Les principes suivants ne sont pas discutables :

1. Il est inutile de ponctionner tant que le malade reçoit le traitement optimum, c'est-à-dire, parmi les traitements bien étudiés et bien réglés, le plus intense qu'il soit capable de supporter. Même s'il est atteint de méningite sérieuse, rien de mieux et rien de plus ne peut lui être fait. Il est à remarquer que cette affirmation deviendrait fausse si l'on découvrait un traitement électif de la méningite syphilitique; en l'état actuel de la science, il n'en existe pas, et les essais de thérapeutique intra-rachidienne ne sauraient retenir l'attention du praticien.

2. Il est nécessaire de ponctionner avant de cesser le traitement ou de diminuer tant soit peu son activité. La question revient donc à déterminer la date à laquelle on cesse le traitement le plus actif possible.

Ceux qui, comme moi, estiment que la vigilance du médecin ne doit pas se ralentir les quatre ou cinq premières années, estiment inutile de ponctionner avant la quatrième année. Encore reculent-ils cette date si le Wassermann du sang est redevenu positif, même transitoirement, si quelque incident s'est montré, prouvant l'activité de la syphilis pendant la troisième et quatrième année : la poursuite du traitement le plus actif possible s'impose en effet encore pendant un, deux, ou trois ans.

Ceux qui commencent plus tôt la quiétude, ou même le repos thérapeutique, ponctionnent avant de commencer ce repos ou cette quiétude.

Bien entendu, le Wassermann du sang doit être négatif, après de multiples examens depuis plus d'un an et demi, la latence de la syphilis doit être complète; avant la ponction, une « réactivation » est tentée, c'est-à-dire un court traitement un peu brutal, qui réveille la maladie et rend le Wassermann positif si l'infection couve encore sous la cendre.

Diminuer le traitement d'un syphilitique secondaire sans s'être assuré de son intégrité méningée, est toujours une faute grave.

En pratique, il faut souvent transiger avec les malades indociles bien que prévenus. Chez tous, la ponction lombaire, comme les Wassermann répétés, constitue le prélude indispensable d'une autorisation de mariage. »

Aujourd'hui j'ai tout à fait changé d'opinion. Après avoir accueilli avec scepticisme les mémoires qui vantaient la pyrétothérapie et l'impaludation dans le traitement de la paralysie générale, j'ai essayé la méthode dans des cas désespérés et obtenu de tels résultats que j'en suis devenu partisan.

Mais, l'intérêt de la méthode réside moins dans l'amélioration des paralytiques généraux que dans la *prévention* de cette redoutable déchéance. Avec l'aide de M. A. Marie qui possède une grande expérience de la méthode, je l'emploie contre les méningites chroniques syphilitiques. Il est trop tôt pour

(1) P. RAVAUT. *Ann. de méd.*, 1914, n° 1, et Réunion neurologique annuelle, *Revue de neurol.*, 1920. Ce numéro 7 est consacré pendant 130 pages aux formes cliniques de la syphilis nerveuse et à leur traitement. On y trouvera sur le sujet qui nous occupe les opinions des neurologistes et des syphiligraphes les plus éminents.

proclamer l'excellence de cette manière d'agir. *L'impaludation préventive* constitue un grand espoir de salut qu'il ne faut pas négliger. Elle entraîne *la nécessité d'un diagnostic précoce*. Des auteurs étrangers ponctionnent dès le début et inoculent la maladie si le Wassermann est positif. Provisoirement, et surtout pour des raisons d'opportunité psychologique, je continue à ne pas ponctionner les syphilitiques primaires et secondaires récents, mais, dès la période secondaire latente, dès que les malades, ayant vu guérir leurs accidents, commencent à se rassurer, j'entreprends doucement et méthodiquement de leur persuader l'intérêt considérable d'une exploration méningée. A plus forte raison faut-il insister si les malades n'ont été soignés qu'avec négligence.

A plus forte raison faut-il explorer les sujets dont le Wassermann se montre rebelle puisqu'on sait combien souvent cette particularité décèle une syphilis nerveuse grave en évolution cachée.

La préparation psychique est quelquefois longue : l'intérêt du patient me paraît digne d'une telle peine (1).

La règle de conduite la meilleure serait aujourd'hui : première ponction lombaire au second semestre de la syphilis ; si elle est négative, une ponction lombaire chaque année.

Il est démontré que l'intégrité du liquide céphalo-rachidien n'indique pas forcément qu'aucun accident nerveux n'apparaîtra dans l'avenir, pas plus qu'une longue série de Wassermanns négatifs ne prouve la guérison de la syphilis. Ni sous le prétexte d'un sang parfait, ni sous le prétexte d'un liquide intact, à aucune période de la syphilis, je ne me crois en droit de conseiller au malade l'abstention thérapeutique. J'explique à l'intéressé que la guérison, si probable qu'elle soit, n'est pas certaine, et je l'exhorte à continuer non seulement des examens du sang fréquents, mais encore un traitement méthodique et régulier, calculé aussi peu gênant et aussi peu coûteux que possible.

Sans doute, il peut être difficile d'interpréter à sa juste valeur un liquide céphalo-rachidien lésé ; mais, chez un syphilitique en parfaite santé, il est encore bien plus délicat de fixer la valeur exacte d'un liquide normal : la syphilis nerveuse ultérieure est improbable, elle n'est pas du tout exclue.

La vérité est quelque peu décevante, mais il faut la regarder en face afin de conjurer autant que possible l'adversité.

Comme toutes les méthodes de diagnostic, la ponction lombaire ne permet de conclusion bonne que si elle est comparée aux renseignements que donnent la sérologie et surtout la clinique, et si elle est interprétée à la lumière d'une instruction théorique résumant notre expérience antérieure et celle de nos devanciers.

Je m'excuse d'avoir omis de citer avec certains points de détail, beaucoup d'auteurs dont les travaux ont contribué à élucider la question. Je n'ai pas voulu alourdir cette mise au point d'historique et discussion.

Le lecteur trouvera dans *le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis*, de Dujardin (Paris, Maloine 1921), les principales indications bibliographiques jusqu'à cette date ; le *Traité* de Sergent (article de Babonneix 1924), le récent *Manuel de syphiligraphie* de Jeanselme et Sézary (1925) doivent être consultés ainsi que la dernière édition de *Syphilis und Nervensystem* de Nonne (1924), et les articles et mémoires épars dans les périodiques intéressant la syphiligraphie et la neurologie.

(1) P. Chevallier. Le paludisme contre la syphilis, *Pratique méd. franç.*, 1925, nº 7, p. 262-267. — P. Chevallier et A. Marie. Le traitement préventif de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme. Nécessité des ponctions lombaires précoces, *Soc. de dermat. et de syphil.*, Paris, 12 oct. 1925.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 8 mars 1926)

La défense de l'organisme contre les médicaments. — M. Marage montre que les réactions produites par les médicaments sur l'organisme amènent des résultats souvent contraires à ceux que l'on cherche à obtenir. Il existe dans l'organisme une sorte d'équilibre qui constitue l'état de santé; que cet équilibre vienne à disparaître par suite de la défaillance d'un organe il se produit des réactions de défense qui réalisent un équilibre instable mais qui peut durer fort longtemps. « C'est ainsi que l'hyperacidité chez les anciens tuberculeux, l'hypertension artérielle chez les brightiques, les végétations adénoïdes chez les enfants prétuberculeux, sont des réactions de défense que le médecin doit surveiller pour les empêcher de dépasser le but, mais doit bien se garder de supprimer. L'organisme se défend seul contre les maladies de quelque nature qu'elles soient. Le rôle du médecin est d'aider les réactions de défense. »

Action de la diathermie dans la blennorragie. — M. Roucayrol.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 16 mars 1926)

L'entamœba coli peut-elle être pathogène pour l'homme? Expérimentalement elle peut l'être pour le chat. — M. Brumpt. L'amibe du côlon considérée à peu près unanimement comme non pathogène pour l'homme a été cependant trouvée par Hammerschmidt (de Vienne) quatre fois dans des ulcérations du tube digestif de l'homme compliquant la fièvre typhoïde ou l'anémie pernicieuse. Avant les recherches de Brumpt aucun auteur n'avait réussi l'infection du chat. Ce dernier peut cependant présenter, dans des conditions probablement exceptionnelles, des ulcérations provoquées par cette amibe.

Cette constatation présente un grand intérêt au point de vue biologique car, en montrant qu'une amibe saprozoïte vivant dans la lumière du tube digestif peut devenir histolytique et pathogène, elle indique un des stades suivis au cours des siècles par les amibes pour passer de la vie libre ancestrale à la vie parasitaire dont le type le plus parfait chez l'homme est fourni par l'amibe dysentérique vraie.

Note préliminaire sur l'épidémiologie d'une fièvre récurrente à tiques en Espagne (lecture faite par M. Brumpt). — M. Sadi de Buen (de Madrid). La fièvre récurrente découverte en 1922 par le docteur Sadi de Buen en Espagne, et retrouvée depuis par un grand nombre de médecins espagnols élèves de Pittaluga et appartenant à la Commission centrale du paludisme, présente des caractères épidémiologiques tout à fait insolites qui la distinguent de la fièvre récurrente à poux cosmopolite. Elle se rencontre toujours en été et presque toujours chez des ouvriers agricoles couchant un peu partout pendant la belle saison.

Le docteur Sadi de Buen a montré que cette fièvre récurrente, comme celles qui se rencontrent en Afrique équatoriale et en Amérique équatoriale est transmise par un ixodide. En Espagne, il s'agit d'une espèce rapportée à l'*Ornithodorus*

marocanus dont l'habitat dans les porcheries ou dans les chaumières fréquentées librement par les porcs explique toute l'épidémiologie de la fièvre récurrente espagnole, non transmise expérimentalement par les poux du corps.

Avec les *Ornithodorus* infectés que le docteur de Buen lui avait adressés, le docteur Brumpt a pu très facilement à Paris reproduire l'infection de jeunes rats par inoculation.

C'est la première fois qu'une fièvre récurrente à tiques est signalée en Europe. Cette constatation fait grand honneur à la sagacité des jeunes savants espagnols.

Les névromes sympathiques de l'ovaire dans l'ovarite sclérokystique (lecture faite par M. J.-L. Faure). — M. Georges Roux (de Montpellier) décrit dans le pédicule des ovaires sclérokystiques des formations nerveuses anormales, véritables névromes parfois très volumineux situés à proximité du parenchyme ovarien. Ces névromes décelables par des colorations appropriées se rencontrent toujours dans ces ovaires donnant lieu à des manifestations nerveuses, locales ou générales. Ils sont très nombreux et leur forme, leur volume, l'intrication et le nombre incalculable de leurs fibres témoignent d'une hyperplasie nerveuse très marquée. Ils nous expliquent les particularités cliniques de la dégénérescence kystique de l'ovaire car ils représentent une « lésion irritative » qui détermine une perturbation du système nerveux sympathique et un retentissement général (épilepsie à l'occasion des menstrues). Leur présence justifie les opérations conservatrices et indique même les actions chirurgicales sur la voie nerveuse hypogastrique (sympathectomie, résection du nerf présacré).

Election d'un membre dans la section des membres libres. — Classement des candidats : en première ligne, M. Georges Dumas ; en deuxième ligne, M. Henri de Rothschild; en troisième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Cabanès, Kling, Lepape, Trillat.

Ajoints par l'Académie à la liste de présentation : MM. Blondel, Küss, Laurens, Valude.

Jamais on n'avait vu tant de membres présents à l'Académie; il y a eu 94 votants au premier tour. Le résultat fut le suivant : MM. Dumas, 45 voix; H. de Rothschild, 23; Valude, 15; Laurens, 4; Cabanès, 3; Trillat, 2; Kling et Küss, 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un deuxième tour.

Au second tonr, 95 bulletins ont été déposés dans l'urne.

M. Dumas obtient 69 voix; M. de Rothschild, 20; M. Valude, 4; M. Trillat et M. Laurens, 1.

En conséquence, M. Dumas est proclamé élu.

M. le docteur Georges Dumas a été chef de laboratoire de la clinique des maladies mentales, il est titulaire de la chaire de psychologie expérimentale à la Sorbonne. Ses ouvrages sur *Les Etats intellectuels mélancoliques*, *Les Troubles mentaux et nerveux de la guerre* sont classiques.

Il est encore le fondateur du *Journal de psychologie normale et pathologique*. Au cours de ses nombreux voyages dans l'Amérique latine il s'est montré le plus brillant et le plus dévoué des propagandistes de notre pays.

Comité secret. — L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre le rapport de M. Duval sur les candidats à la place vacante dans la deuxième section (chirurgie et accouchements).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 MARS 1926)

Communications interauriculaires multiples (persistance du trou de Botal; état « grillagé » de la cloison interauriculaire) s'étant traduites cliniquement par un souffle systolique. — MM. Maurice Villaret, J. Chauveau et M. Bariéty rapportent les observations d'une femme de vingt-huit ans décédée d'une méningite tuberculeuse greffée sur une cirrhose alcoolique.

Durant toute sa vie cette malade avait présenté au niveau du IIIe espace intercostal gauche un frémissement et un souffle systolique se propageant vers la clavicule gauche. L'examen radiologique montrait une augmentation de volume de l'oreillette gauche, sans modification appréciable de l'arc moyen. Il n'existait aucune cyanose.

A l'autopsie on trouva des orifices absolument normaux, mais des communications interauriculaires multiples : persistance du trou de Botal, état « grillagé » de la partie antéro-inférieure de la cloison interauriculaire.

Dans le cas présent, c'est vraisemblablement la multiplicité qui a permis l'existence du souffle systolique, expression auditive de la malformation.

Un cas de dilatation des bronches très amélioré par la phrénicotomie. — M. Guy Laroche et Mme Bertrand-Fontaine présentent une malade de trente-six ans atteinte de dilatation des bronches de la base droite reconnue par l'examen clinique et l'épreuve du lipiodol. Après phrénicectomie faite le 1er août 1925 qui entraîna une hémi-paralysie du diaphragme, la malade s'améliora progressivement. L'expectoration tomba de 250 à 40 centimètres cubes. Le poids augmenta de plus de 2 kilogrammes et cinq mois après l'opération la malade put reprendre son travail.

Paralysie transitoire du facial au cours d'une pneumonie. — M. Saïd Djémil relate l'observation d'une paralysie transitoire du facial supérieur gauche survenue chez un scorbutique atteint de tuberculose pleuropulmonaire et de pneumonie droite. L'hypothèse d'une hémorragie minuscule paraît plus plausible que celle d'une embolie pneumococcique.

Guérison clinique et anatomique d'une gangrène pulmonaire grave. Autopsie. — MM. A. Lemierre, P.-N. Deschamps et A. Duruy rapportent l'histoire d'une femme obèse et alcoolique qui fut atteinte d'une gangrène pulmonaire grave, dont les symptômes s'atténuèrent puis disparurent en même temps que se développait un épanchement pleural aseptique entraînant le collapsus du poumon atteint. La malade succomba à une insuffisance hépato-rénale au moment où les symptômes de gangrène pulmonaire venaient de disparaître.

L'autopsie montra la présence d'un noyau cicatriciel pulmonaire, adhérant à la paroi thoracique et ne présentant aucune trace de sphacèle. Sur les coupes de ce noyau on constatait un épaississement des parois alvéolaires donnant l'aspect de la pneumonie chronique et surtout une sclérose bronchique et péribronchique intense.

Des modifications du liquide céphalo-rachidien au cours des réactions sériques. — MM. V. de Lavergne et E. Abel rapportent que, au cours des réactions sériques, le liquide céphalo-rachidien présente, dans la règle, des altérations discrètes mais nettes. Il y a de l'hyperglycorachie, de la lymphocytose, sans hyperalbuminose. Cette réaction est de peu de durée, parallèle à la durée et à l'intensité des accidents cliniques. Ils estiment que cette réaction méningée est fonction du déséquilibre sympathique que provoque le choc anaphylactique.

La réaction de Dick. Sa valeur au point de vue de l'immunité vis-à-vis de la scarlatine. — MM. Robert Debré, Maurice Lamy et Henri Bonnet apportent les résultats de leurs recherches concernant la réaction de Dick.

Celle-ci ne paraît être d'aucune valeur pour le diagnostic de la scarlatine ou des exanthèmes scarlatiniformes puisqu'elle peut se montrer négative dès l'éruption scarlatineuse ou même la veille de l'apparition de l'éruption. Pour aider à ce diagnostic, la réaction de Schultz-Charlton est au contraire très utile, et la réaction de Dick sert à bien choisir les sérums destinés à cette réaction.

Par contre, la réaction de Dick semble en relation étroite avec la présence ou l'absence d'immunité vis-à-vis de la scarlatine.

Il y a, de plus, un parallélisme rigoureux entre les réactions cutanées et les réactions humorales : seuls les sujets dont la réaction de Dick est négative possèdent un sérum donnant l'extinction de l'exanthème scarlatineux.

Un cas de tumeur cérébrale consécutive à un cancer primitif du poumon chez un syphilitique. — MM. Brouardel, Renard et Lotte rapportent l'observation d'un sujet syphili-

tique qui présente une série de crises d'épilepsie du membre supérieur droit et de l'hémiface correspondante, sans perte de connaissance. Les ponctions lombaires répétées montrèrent une dissociation albumino-cytologique nette avec floculation totale du benjoin colloïdal dans les quinze tubes. L'autopsie montra qu'il ne s'agissait pas d'une lésion syphilitique, mais d'une tumeur cérébrale métastatique consécutive à un cancer du poumon complètement latent.

Etude d'un cas de diabète insipide. — MM. Marcel LABBÉ et AZERAD étudient un cas de diabète insipide traité par des injections d'extrait hypophysaire.

Sérum de vésicatoire dans la séro-prophylaxie de la rougeole. — M. MODINOS (présenté par M. Crouzon).

Adrénaline et tension artérielle. — M. ETIENNE (de Nancy) rapporte le cas d'un malade qui a reçu 2 grammes d'adrénaline et chez lequel la tension artérielle reste normale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 MARS 1926)

Tumeurs osseuses — M. MAUCLAIRE a étudié spécialement différents cas de tumeurs osseuses qu'il divise en trois groupes : 1° tumeurs à myéloplaxes; 2° tumeurs sarcomateuses; 3° tumeurs bénignes. De l'étude de ces faits il résulte que le diagnostic des tumeurs à myéloplaxes n'est pas toujours facile, que l'examen radiographique de la tumeur ne suffit pas pour éclairer le diagnostic et que, comme l'a déclaré M. Lecène, il faut y joindre l'examen histologique. On conçoit toute l'importance de ces divers éléments de diagnostic au point de vue des indications opératoires.

La pathogénie de certaines complications postopératoires à la suite des gastro-entérostomies. — M. DUVAL, avec ses collaborateurs, continue ses recherches sur cette question. Ces complications peuvent être immédiates ou tardives. Leur point de départ est toujours la muqueuse de l'estomac. M. Duval signale d'abord la dilatation gastrique aiguë postopératoire. Il y a aussi la péritonite aiguë localisée. Les symptômes dominants sont les douleurs et les vomissements alimentaires, puis bilieux. Voici des exemples. Une femme de trente ans, pour des troubles gastriques, subit une gastroentérostomie. Elle est prise ensuite de vomissements très abondants, surtout bilieux. On la réopère et on trouve la bouche stomacale entourée d'adhérences sténosantes. On libère ces adhérences. Guérison. Un homme de quarante-deux ans à la suite d'une cholécystectomie et d'une gastroentérostomie. Vomissements abondants. Réopération. On trouve une bride mésocolique. On la supprime. Guérison. En somme, ces complications consistent donc en péritonites localisées, en adhérences diverses, en dilatations aiguës de l'estomac.

Mais il y a des cas où ces phénomènes apparaissent tardivement, des mois, un an après la gastro-entérostomie. D'où vient cette infection tardive? C'est dans les réactions de la muqueuse gastrique qu'il faut rechercher les causes de ces infections secondaires plus ou moins éloignées : persistance de gastrite, production d'ulcères au niveau de la bouche stomacale.

Des examens bactériologiques permettent parfois de reconnaître une infection d'origine staphylococcique. Il faut donc compter avec la fragilité des parois gastriques et surveiller l'estomac avant et après les interventions dont il est le siège.

L'anesthésie locale et les complications pulmonaires après les opérations gastriques. — M. LAMBRET (de Lille), à propos de la communication faite par M. Gosset (voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, p. 275) sur la fréquence relative des complications pulmonaires, souvent mortelles, à la suite des opérations gastriques, apporte 300 observations sans un seul cas de complications pulmonaires, sur lesquelles 95 p. 100 ont été pratiquées sous l'anesthésie locale. En outre, M. Lambret a recours, avant chaque opération, à l'intradermoréaction et, suivant les cas, à la vaccination préopératoire. Enfin, M. Lambret lutte contre les entérocoques par l'emploi des bactériophages.

Comme moyen anesthésique et pour supprimer les douleurs postopératoires, M. Lambret a recours à la scopolamine associée à la morphine. Il fait connaître en détails sa technique des injections sous-cutanées pour les soins postopératoires. Grâce à ces multiples moyens, M. Lambret s'applique à supprimer, autant que possible, les causes d'infection et à supprimer la douleur, non seulement au cours des opérations, mais aussi les douleurs postopératoires.

Le radium dans le traitement des néoplasmes du ligament large. — M. PROUST présente une malade qui a été traitée d'une vaste tumeur du ligament large par les émanations de radium (bon résultat).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1926)

Les constituants cytoplasmiques de la cellule génitale femelle — MM. PARAT et D. R. BHATTACHARYA montrent par une confrontation rigoureuse des résultats obtenus par les techniques d'imprégnation métallique avec ceux fournis par les examens vitaux que conformément aux conclusions antérieures formulées par Parat et Painlevé, l'appareil de Golgi est un artefact intéressant surtout les vacuoles cytoplasmiques, *le vacuome*.

Technique d'exploration fonctionnelle du foie par le rose bengale. — MM. Noel FIESSINGER et Henry WALTER, après avoir étudié la technique de Kerr, Pelprat et Epstein, d'exploration fonctionnelle du foie par le rose bengale, reconnaissent à ce colorant une certaine supériorité sur les produits jusque-là employés dans ce but. Ils décrivent une technique d'exploration très simple, différente de celle des auteurs américains.

Recherches sur la lyse microbienne avec des eaux d'Extrême-Orient. — MM. ARLOING et SEMPE poursuivant leurs travaux sur l'action bactériolytique des eaux fluviales ou marines sur les bactéries pathogènes intestinales, ont observé que l'eau de mer puisée dans les mers d'Extrême-Orient, n'exerce après filtration sur bougie aucune action lytique appréciable sur le coli-bacille; le bacille typhique, le para, le Shiga et le vibrion cholérique. Par contre l'eau fluviale aurait une action bactéricide sur la plupart de ces germes sauf le vibrion.

Les cultures croisées des bacilles dysentériques. — M. H. VINCENT. Les bacilles dysentériques de Flexner et surtout de Shiga sont tués par un grand nombre de microbes ou par leur filliat. L'auteur s'est posé la question de savoir s'il en était de même entre les diverses variétés de bacilles dysentériques; ce qui exclurait la possibilité en phase épidémique d'infection simultanée d'un même sujet par plusieurs germes dysentériques. Des expériences qu'il a entreprises sur les *cultures croisées* de bacilles dysentériques de races diverses, l'auteur conclut qu'elles sont possibles mais que certaines races se refusent à pousser dans les milieux « vaccinés » par les autres bacilles dysentériques. Les milieux Flexner et surtout His et Strong se sont montrés hostiles aux autres bacilles dysentériques. Le milieu Shiga permet la culture du Flexner. Il ne semble pas qu'on puisse utiliser la méthode des cultures croisées pour différencier ou rapprocher entre eux les bacilles de diverses races dysentériques.

Nécessité du magnésium pour la croissance des souris. — M. J. LEROY a donné à des souris blanches âgées de vingt-six jours un régime alimentaire pratiquement privé de magnésium (1 : 100.000e de Mg). Ces aliments purifiés étaient additionnés d'extraits concentrés de vitamines (facteur A et facteur B), exemptes aussi de magnésium. Ce régime a arrêté la croissance des souris en neuf à dix jours et a causé la mort en vingt-quatre à trente-cinq jours.

Le régime témoin était constitué par les mêmes aliments purifiés additionnés de 0g25 de SO^4Mg, 7 H^2O p. 100 de poids sec. Ce régime donné à des souris de la même portée que les

précédentes permit la croissance et le développement normal. La substitution du régime magnésien au régime non magnésien arrête net la chute de poids et permet la reprise de la croissance dans de bonnes conditions.

CHRONIQUE

LE VIe SALON DES MÉDECINS

Le VIe salon des médecins marque un très grand progrès sur les salons précédents tant par le nombre que par la qualité des œuvres exposées.

Admirablement installée dans les belles salles du Cercle de la librairie, l'exposition a été organisée avec un soin très minutieux par notre excellent confrère Rabier qui mérite tous les éloges.

Peinture. — A côté des toiles et des aquarelles envoyées par les plus anciens exposants et qui sont d'une belle facture classique, un certain nombre de jeunes ont adressé des œuvres dont la hardiesse n'est pas pour déplaire aux éclectiques que sont les médecins.

Au hasard de la promenade nous avons particulièrement remarqué les fleurs de Mlle Bazy, les hortensias et les belles aquarelles de Mme Brouardel; Gaston Doin expose une *maternité*, belle peinture largement traitée, P. Dondey a réuni des vues dauphinoises qui raviront les amateurs de montagne. Remarqué aussi les envois de R. Engel, ceux de E. Escat parmi lesquels nous trouvons un beau portrait du professeur Jean Escat (de Toulouse), les trois vues de Villefranche de Mme Fourneau Segond, les fleurs de Mlle Gabrielle Gardette.

Jean Hallé aime la côte un peu triste du Cotentin. Il sait en montrer toute la poésie. Le professeur Grimbert nous promène en Normandie, en Bretagne et il nous fait goûter l'attrait de la Corrèze.

Fernand Bezançon n'a pas exposé cette année, en revanche Marcel Labbé dont on connaît le beau talent s'est surpassé. Ses vues de Collioure sont de premier ordre.

Il nous faudrait citer encore beaucoup d'autres peintures, celles de R. Lemière, de P. Laurens, de M. Lévy-Engelmann, de Malherbe, d'Oberthur, de Mme L. Pech, de M. Péraire, de Mme Thoinot, de Mlle Voisin, de Mme Pascalis.

Les belles vues de l'île Bréhat, de A. Wilbortz méritent une mention particulière ainsi que les aquarelles de Philibert, mais nous nous en voudrions de ne pas signaler particulièrement les aquarelles de Jean de Pradel : dans un genre moderne et qui rappelle en même temps les anciennes miniatures persanes, il s'est fait le peintre de la jungle.

Peugniez expose une charmante vue de l'ermitage de Saint-Cassien cher au professeur J.-L. Faure, Mme Perrens Bonamy enfin a fait trois envois très différents et tous trois bien dignes de son grand talent.

Les illustrations et les dessins sont en très grand nombre, les dessins humoristiques sont brillamment représentés par Bills qui a dessiné de spirituelles silhouettes de plusieurs de nos maîtres.

La *sculpture* pour occuper une place moindre n'en offre pas moins un intérêt exceptionnel.

Le visiteur dès son entrée est accueilli par le beau *faune au lapereau* de F. de Hérain qui est une œuvre magistrale. La sculpture est d'ailleurs représentée par de très belles pièces parmi lesquelles il nous faut citer les envois de P. Boureille, de Marguerite Delage, le beau buste du docteur Rabier par Dhotel, les bronzes de G. Gérard, de Moncassin et de Mlle Quinquaud, les plâtres de A. Jacquemin, les cires de Marcorelles, les terres cuites de Martigny, et de Mme Sidler, les médailles de Wagner.

Villandre expose quatre bustes de confrères : c'est du très grand art.

Maurice Faure (de Lamalou) a envoyé trois statues se rapportant à l'époque tertiaire : sous la forme d'un des anthropoïdes vivant dans les forêts tertiaires il nous montre le *Précurseur*. Avec l'aide de Mlle Yvonne Parville, Maurice Faure a reconstitué l'anatomie du Précurseur en prenant comme base l'anatomie de l'Homo mousteriensis (époque quaternaire ancienne), aujourd'hui connue. En comparant cette anatomie à celle de l'homme moderne, on peut retracer son évolution. Il suffit de remonter le cours de cette évolution pour retrouver l'image présumée d'un de nos ancêtres inconnus.

A côté de la peinture et de la sculpture les arts appliqués occupent une large part.

Mlle Alice Baillière a réuni dans une vitrine une jardinière et de beaux plats décorés avec un art très sûr; Girardeau expose des dessins et des marrons sculptés pleins d'humour. Mmes Andrée Henné et Suzanne Pigeaud nous montrent de belles reliures. Mlle Lapasset a réalisé de beaux décors d'Orient sur céramique et elle nous prouve que l'art du Batik est loin d'être épuisé. Citons encore les grès de Champion, les ivoires de Ronal, les céramiques de Streletski, et d'Oliviero.

Cet aperçu bien incomplet montre tout l'intérêt qui s'attache à cette exposition dont nous ne saurions trop recommander la visite avant le 24 mars 1926.

F. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 22 AU 27 MARS 1926)

THESES

Lundi 22 mars. — Jury : MM. Legueu, président; Balthazard, M. Labbé et Duvoir. — M. PINAULT (G.). La vaccinothérapie dans la blennorragie. — M. BOYER (E.). Etude sur les accidents du travail. — M. CAFFORT. Etude médico-légale du tétanos. — M. LOUBEYRE. De l'axiphoïdie. — M. POURÉ (E.). Etude sur la tuberculose pulmonaire.

Jury : MM. Delbet, président; Couvelaire, Ecalle et Cadenat. — M. MARTIN-FLEURY. De la nature tuberculeuse de certaines hydrocèles. — M. DAUPHIN. L'obstétricie en 1924. — Mme LAGRANGE-EGRET. L'embryotomie rachidienne. — M. MURET (J.). L'hyperflexion des cuisses dans les accouchements difficiles.

Mardi 23 mars. — Jury : MM. Carnot, président; Claude, Guillain et Laignel-Lavastine. — M. PICHARD. Le novarsénobenzol (traitement de la tuberculose). — M. COUPEROT (M.). La convallamarine en injections intraveineuses. — M. BOUVIER (M.). Le syndrome « illusion des sosies ». — M. GOUVENOT (P.). Etude sur les déformations des extrémités. — M. OTTAVI. Sur le mal des aviateurs et sur sa thérapeutique. — M. MALINARD. Etude sur les paraplégies syphilitiques.

Jury : MM. Widal, président; Gilbert, Bernard et Sergent. — M. LACOMBE. Congestions pulmonaires aiguës (maladie de Woillez). — M. FERRU. L'ictère dans les vomissements de la grossesse. — Mlle GAUMONT. Etude des intoxications par les moules. — M. PRAT-FLOTTES. Un centre hospitalier de tuberculose. — M. VIOLET. Des algies thoraciques. — M. PETIT (Fernand). Etude sur la tuberculose pulmonaire. — M. ROUSSEL (Ed.). La phrénectomie dans la dilatation des bronches.

Jury : MM. Lejars, président; Bezançon, Cunéo et Alglave. — M. GENIN. Traitement sanglant des fractures de jambes. — M. VILENSKI. Technique de l'anesthésie du nerf maxillaire. — M. COUPU (J.). Des accidents nerveux au cours du pneumothorax thérapeutique. — M. PATAY. Etude sur la toxicité du bacille dysentérique. — M. DELAHAYE. Le titane dans le traitement de l'eczéma. — M. DURAND. Etude sur la lésion du condyle fémoral.

Jeudi 25 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Carnot, président; Desgrez, Sergent, Joyeux, Moussu, Robin, Dechambre, Henry, Petit, Panisset, Vallée, Maignon et Nicolas. — M. MEDYNSKI. Rétention azotée chez le cheval. — M. DOURNEL. Traitement des broncho-pneumonies chez le chien. — M. DEVAUX. Etude sur la mortalité des poulains nouveau-nés. — M. AILLERIE. L'élevage en Côte-d'Ivoire. — M. VERGE. Etude sur l'affection variolique des oiseaux. — M. MALBRAUT. Etude sur la tuberculose bovine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

1

N° 24. — MERCREDI 24 MARS 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 24 MARS 1926. — N° 24.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — Un concours pour une place de chirurgien suppléant des hospices sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 28 juin 1926.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — ANATOMIE. — Candidats : MM. Corsy (Paris), Dubecq (Bordeaux), Gabrielle (Lyon), Ribet (Alger), Florence (Toulouse).

Epreuve pratique. — « Nerf maxillaire inférieur (troisième branche du trijumeau). »

Leçon orale. — Séance du 18 mars. — M. Ribet : « Voies optiques centrales (rétine exclue). »

M. Gabrielle : « Le thymus (étude anatomique et évolution ontogénique). »

M. Corsy : « Sinus de la face (sinus sphénoïdal excepté). »

Séance du 19 mars. — M. Florence : « L'appareil vestibulaire (canaux semi-circulaires, vestibule-nerf vestibulaire et noyaux vestibulaires). »

M. Dubecq : « Articulation du genou (surfaces articulaires et ligaments). Description morphologique et physiologique. »

Notes : MM. Ribet, 50 ; Gabrielle, 45 ; Corsy, 42 1/2 ; Florence, 47 ; Dubecq, 47 1/2.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — Un concours s'ouvrira le 22 octobre 1926, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour un emploi de professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine de Dijon.

— MARSEILLE. — M. Reynaud, professeur de clinique exotique à l'Ecole de médecine de Marseille, est admis sur sa demande, pour ancienneté d'âge et de service, à faire valoir ses droits à la retraite.

— NANTES. — M. Mirallié, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Ollive, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Brelet, professeur de thérapeutique, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Mirallié, appelé à d'autres fonctions.

M. Sébilleau, professeur suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur de thérapeutique, en remplacement de M. Brelet, appelé à d'autres fonctions.

Mme Perrin, née Barreau, est prorogée pour un an, à dater du 1er mars 1926, dans ses fonctions de préparateur de physiologie à l'Ecole de médecine de Nantes.

UNIVERSITÉ DE LIÉGE. — M. le docteur P. Snyers, professeur à la Faculté de médecine, a été, sur sa demande, déclaré émérite à dater du 13 novembre 1925.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

ALGÉRIE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Babilée (de Douéra).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Gouvert (de Jemmapes).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Perpignan est déclaré vacant.

S'inscrire dans un délai de vingt jours au ministère de l'Hygiène (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau). (*J. O.*, 18 mars 1926.)

GUERRE. — Sont nommés officiers honoraires :

MM. les médecins-majors de 2e classe Arnal (de Paris), Monod (de Tourettes-sur-Loup), Ragaine (de Saint-Ouen).

MM. les médecins aides-majors Bigonnet (de Caromb), Mainbrecq (de Neung-sur-Beuvron), Monguilan, Tertois et Joffroy (de Paris), Richard (de Sotteville), Chrétien (du Havre), Petit (de Saint-Léger-Magnezelx).

FONDATION REINE ÉLISABETH. — Le *Journal officiel* belge publie les statuts de la Fondation Reine Elisabeth, Société

sans but lucratif à laquelle la Reine des Belges fait apport d'une somme d'environ 10 millions. Cette Fondation, qui aura son siège à l'hôpital Brugmann, à Bruxelles, réalise une idée conçue par la Reine pendant la guerre, alors que, comme infirmière, elle passait ses journées parmi les blessés et les malades dans les hôpitaux du front.

Elle a pour objet de favoriser le développement scientifique de la médecine en Belgique, notamment en créant des laboratoires de recherches, où de jeunes médecins, désireux de se livrer à des investigations scientifiques, seront accueillis et aidés.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Victor Heitz, professeur honoraire à l'Ecole de Besançon; Charles Dorny (de Comines), Louis Gauchet (de Saint-Maur-les-Fossés); Duché (de Montluçon), Alfred Chobaut (d'Avignon), Alfred Leuba, l'illustrateur d'un grand nombre de traités médicaux classiques; Charles Edward Robertson (de Glascow), le professeur James Fairlie Gemmill (de Dundee); le médecin inspecteur des troupes coloniale du cadre de réserve Georges Treille, à Nice.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale*, par MM. les docteurs Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon; Vaudescal, agrégé; Bénit, Couinaud, Lantuéjoul, Desoubry et Mlle Labeaume, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; de Manet, chef de clinique adjoint, assistés de MM. Vidal, Guillemard, Nicolleau et Mme Poulain, moniteurs.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le samedi 27 mars 1926. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 1/2 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de Clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Le droit à verser est de 150 francs.

— ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — *Six leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires*, par M. le docteur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, du lundi 29 mars au samedi 3 avril.

Chaque cours sera suivi des ponctions, opérations, confection d'appareils plâtrés, etc., correspondantes. — Ces cours auront lieu le matin, à l'hôpital Maritime. — Les après-midi seront consacrés aux visites de salles, examens de malades, exercices de laboratoire, confection d'appareils plâtrés par les élèves, etc.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, hôpital Maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (gynécologie), en dix leçons, par M. le docteur Louis Michon, prosecteur, commencera le lundi 12 avril 1926, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 250 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

SOINS AUX MUTILÉS ET RÉFORMÉS DE GUERRE (art. 64). — M. le docteur Quidet, secrétaire de la troisième Commission départementale de surveillance et de contrôle des soins aux victimes de la guerre, fera le vendredi 26 mars, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (VIe), une conférence sur « les soins aux mutilés et réformés ».

Cette conférence fait partie du programme d'enseignement donné sous la direction de M. le professeur Balthazard sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les pensions et soins aux mutilés de guerre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ANNULATION D'UNE EXCLUSION DE L'ÉCOLE DE LYON

Un élève de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon à la veille de passer son doctorat, avait été exclu de l'Ecole par décision ministérielle pour raison de santé.

Cet élève reçu en 1914 avait fait la campagne comme sous-aide major, il avait été intoxiqué par les gaz et devait dès l'obtention de son diplôme bénéficier de nomination rétroactive, au grade supérieur avec rappel de solde.

L'élève exclu a formé un recours contre cette décision. Il est décédé depuis cette date mais ses héritiers ont repris l'instance.

Le Conseil d'Etat sur le rapport de M. Dayras et conformément aux conclusions du commissaire du gouvernement Ripert, vient d'accueillir le pourvoi. La loi et les règlements exigent en effet des élèves de l'Ecole de Lyon l'aptitude au service armé. Ils y accomplissent des services militaires. Il en résulte que si le ministre de la guerre peut rayer un élève des contrôles de l'Ecole, après avis d'un conseil de discipline, pour fautes graves ou insuffisance aux examens, il ne peut exclure un élève pour inaptitude physique qu'en se conformant aux règles générales relatives à la cessation du service militaire et notamment après décision d'une commission de réforme. Faute d'avoir été précédée de l'observation de cette garantie, la radiation de M. S... a été annulée.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Samedi 27 mars. — Jury : MM. Vaquez, président; J. Faure, Sicard et Rathery. — Mlle TÉRY (Claude). Les troubles cardiaques au cours du fibrome. — M. ODABACHI Etude de l'action de la diathylamide de l'acide pyridine en thérapeutique. — M. WIBEAUX. La stérilité d'origine tubaire. — Mme BARBU-BOGDAN. Stérilité d'origine utérine. — M. RIVIEREZ (M.). Etude sur la grossesse tubaire à forme appendiculaire. — Mlle MARTIN (M.). Les spondylites mélitococciques. — M. JOANIA. La vertèbre opaque. — M. DUNESNY. Diagnostic de la hernie diaphragmatique.

Jury : MM. Bezançon, président; Teissier, Nobécourt et Richet. — M. SEEGOBIN (J.). Etude sur le traitement de la fièvre récurrente. — M. DENTAN (R.). Traitement du strophilus chez l'enfant. — Mlle OUMANSKY. Examen radiologique de l'utérus et des trompes. — M. POLIGONE. Etude de l'encéphalite léthargique chez la femme enceinte. — M. BOUTIRON (L.). Etude sur la péritonite tuberculeuse. — M. JANVIER. Accidents sériques avec le sérum antidiphtérique purifié.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

TUBERCULOSE

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DES HÔPITAUX

I. CLINIQUE. DIAGNOSTIC

Resolution and Healing in pulmonary Tuberculosis. (R. A. Bendove. *Med. Journ. and Rec.*, 7 janv. 1925.) — Trois observations avec la série de leurs radiographies. Dans les trois cas les lésions tuberculeuses constatées s'effacèrent complètement aux rayons X. Dans l'un d'eux, après cessation du Forlanini, le poumon malade était redevenu rigoureusement normal. La cicatrice scléreuse n'est donc pas le seul mode possible de guérison de la tuberculose.

M. LÉON-KINDBERG.

Hyperthyroïdie et tuberculose pulmonaire. (E. Sergent et R. Mignot. *Revue de la tuberculose*, oct. 1925, t. VI, n° 5.) — On sait que l'hyperthyroïdie, surtout si elle est fruste, et surtout chez la femme aux deux extrêmes de la vie génitale, peut simuler la tuberculose au début. Seul, un examen complet stéthacoustique, radiologique et bactériologique permet d'éliminer celle-ci. Mais leur association peut rendre le diagnostic singulièrement délicat, d'autant qu'un certain degré de suractivité thyroïdienne rend l'organisme plus sensible à l'infection tuberculeuse. Ce fait souligne la nécessité de rechercher avec soin l'hyperthyroïdie : l'opothérapie ovarienne et l'hémato-éthyroïdine alternées peuvent indirectement empêcher l'éclosion de la phtisie.

M. LÉON-KINDBERG.

Das sekundär-Stadium der Tuberkulose beim Erwachsenen. Klinisches Bild und Behandlung. (E. Schulz. *Brauer's Beitr.*, juin 1925, f. 3, n° 6.) — On sait que dans la classification allemande (Ranke) la période secondaire est celle de la généralisation par voie lympho-hématogène. Ses lésions sont de nature inflammatoire et non spécifique. Les phénomènes cliniques, qui pour Schulz se produisent au moment où l'organisme fatigué ne peut plus détruire intégralement les bacilles de Koch, sont locaux, ceux-ci peu importants, et généraux ; une cuti-réaction très positive en est le symptôme capital. La cure sanatoriale et le traitement tuberculinique (jusqu'à « guérison biologique ») doivent être poussés à fond, d'autant que pour Schulz c'est la seule période où les altérations anatomiques, de nature inflammatoire banale, peuvent régresser complètement.

M. LÉON-KINDBERG.

Tuberculose pulmonaire et infection gangréneuse associées. (G. Caussade, A. Tardieu et A. Blondel. *Ann. de méd.*, juin 1925, t. XVII, n° 6.) — A propos de cinq observations minutieusement relatées, les auteurs distinguent : 1° les cas où la gangrène seule est cliniquement appréciable; 2° les cas où la gangrène est strictement terminale; 3° les cas où la tuberculose et la gangrène ont toutes deux une expression clinique évidente, soit que le sphacèle survienne au cours de l'évolution d'une phtisie commune antérieurement constatée, soit qu'aux lésions tuberculeuses avérées s'ajoute le sphacèle superficiel et épisodique des bronches ou gangrène curable de Lasègue.

M. LÉON-KINDBERG.

Un cas de granulie chronique avec autopsie et examen histologique. (R. Burnand. *Ann. de méd.*, juillet 1925, t. XVIII, n° 1.) — Dans un mémoire de 1924 que nous avons analysé ici-même, Burnand avait décrit sous le nom de granulie froide une forme de tuberculose miliaire chronique où le processus évolue d'une façon totalement apyrétique. Il en rapporte une nouvelle observation où le décès survint au milieu de brusques phénomènes méningés, mais cette fois avec examen histologique minutieux. Pendant la vie, seule la radiographie décelait la granulie anatomique ; cliniquement, à s'en tenir aux notions habituelles, il n'y avait pas granulie, ni générale, ni thoracique. A l'autopsie, à l'aspect radiologique « en grains de semoule » répondait une tuberculose miliaire criblant la plus grande partie des deux poumons. Ces granulations constituent bien la granulie « au sens strict » de MM. Bezançon et Letulle; elles sont interstitielles ; il n'y a pas d'alvéolite miliaire.

M. LÉON-KINDBERG.

Pulmonary tuberculosis in a pregnant woman terminating in spontaneous pneumothorax shortly before labor. (J. L. Dubrow. *Amer. Revue of Tub.*, juillet 1925, t. XI, n° 5.) — Observation d'une jeune primipare, tuberculeuse avancée, qui fit un pneumothorax spontané dès le début du travail. Celui-ci fut cependant normal. La mère succomba quinze jours après, non des progrès de sa tuberculose ou d'asphyxie, mais d'insuffisance rénale (?). L'enfant, sain et bien constitué, et séparé aussitôt de sa mère, s'est développé normalement.

M. LÉON-KINDBERG.

Ce qu'il faut entendre par tuberculose pulmonaire fermée. La tuberculose active et non évolutive. (E. Sergent et R. Turpin. *Paris méd.*, 25 juillet 1925.) — Théoriquement, la lésion du poumon étant dès le début une alvéolite, la tuberculose fermée est exceptionnelle. Pour Sergent et Turpin, il s'agit là de discussions anatomiques sans grand intérêt pratique. Au point de vue clinique, ils opposent à la tuberculose évolutive la tuberculose « stagnante », tuberculose active elle aussi, mais « qui peut demeurer définitivement limitée sur son territoire sans devenir envahissante ». Il va sans dire que ce ne peut être jamais qu'un diagnostic d'attente qu'il appartient au temps de confirmer ou d'infirmer.

M. LÉON-KINDBERG.

The importance of the apical rœntgenogram in pulmonary tuberculosis. (F. Baum et L. T. Black. *Amer. Revue of Tub.*, nov. 1925, t. XII, n° 3.) — Les auteurs décrivent une nouvelle technique de radiographie des sommets qui permet, en projetant la clavicule au-dessus de la première côte, d'étudier dans leur totalité les trois premiers espaces. Une série de clichés montre ses avantages quand il s'agit de juger de l'intégrité d'un sommet.

M. LÉON-KINDBERG.

The detection of the primary lesion in a group of children examined for tuberculosis. (J. A. Myers et E. O. Lodmell. *Amer. Revue of Tub.*, juillet 1925, t. XI, n° 5.) — Statistique des examens radio-stéréographiques de 1.412 enfants dont 45 p. 100 avaient une cuti positive. Myers et Lodmell ont trouvé 237 fois les ombres décrites comme « chancre d'inoculation », dont 145 fois dans le lobe inférieur droit. Sur ces 237 cas, la contagion pouvait être mise en évidence 152 fois. Chez les enfants à Pirquet positif, mais sans image radiologique pulmonaire, on constatait presque toujours un gros empâtement hilaire.

M. LÉON-KINDBERG.

Tuberculosis in the tropics. (R. A. Lambert et B. de Castro-Filho. *Amer. Revue of Tub.*, nov. 1925, t. XII, n° 3.)

Tuberculosis in Philipinos. (G. R. Callender et M. W. Hall. *Amer. Revue of Tub.*, déc. 1925, t. XII, n° 4.)

Pulmonary tuberculosis in the tropics. (J. Fowler. *Lancet*, 13 juin 1925.)

La tuberculose des troupes sénégalaises. (C. Blazy. *Revue de la tuberculose*, août 1925, t. VI, n° 4.) — La tuberculose est en progrès évidents dans tous les pays tropicaux. Elle y prend, même chez les blancs, une gravité plus accentuée qu'en Europe. Pour Fowler les conditions hygiéniques défectueuses en seraient responsables, plus que le climat : les progrès récemment obtenus par les Américains aux Philippines le démontrent nettement. Partout, les races indigènes « neuves » développent des formes plus rapides et plus graves que les Européens. Blazy, dans son étude qui résume l'enseignement de Borrel, en donne un clair exposé et insiste une fois de plus sur l'importance diagnostique précoce de l'adénopathie claviculaire interne.

M. LÉON-KINDBERG.

Ueber das Verhalten der Lungentuberkulose bei den Juden. (S. Werner. *Zeit. f. Tub.*, août 1925, Bd XLIII, h. 2.) — On attribue souvent une bénignité relative à la tuberculose des Juifs (Kreinermann). Les statistiques de l'hôpital juif de Berlin, en dépit d'une aggravation manifeste consécutive à la guerre, confirment cette donnée classique.

M. LÉON-KINDBERG.

Beitrag zur Kombination von Tuberkulose und Lues. (G. Köhn von Jaski. *Zeit. f. Tub.*, sept. 1925, Bd XLIII, h. 4.) — Etude statistique sur l'association tuberculose-syphilis dont le nombre paraît croître régulièrement. Pour l'auteur, la syphilis est toujours une complication sérieuse au cours de la phtisie qu'elle n'influence jamais favorablement.

M. LÉON-KINDBERG.

On Erythema nodosum and its association with tuberculosis. (J. A. Watt. *Brit. Journ. Tub.*, janv. 1925.) — Discussion sans conclusion bien nette sur l'origine tuberculeuse possible, et parfois probable, de l'érythème noueux.

M. LÉON-KINDBERG.

Bronchopulmonary Spirochetosis. (Y. Schwartz. *Lancet*, 27 déc. 1925.) — Revue générale sur la spirochétose bronchopulmonaire à propos de deux observations. La partie strictement bactériologique est des plus critiquables : l'identification du spirochète bronchialis avec le spirille de Vincent ne saurait être facilement admise, non plus que l'hypothèse qui voit dans le bacille fusiforme un stade enkysté de ce parasite.

M. LÉON-KINDBERG.

Molds in the sputum of cases of pulmonary tuberculosis. (M. E. Lapham. *Amer. Revue of Tub.*, sept. 1925, t. XII, n° 1.) — L'auteur décrit les divers champignons qu'il a maintes fois trouvés dans les crachats des tuberculeux.

M. LÉON-KINDBERG.

II. ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Tuberculosis incidence and climate in India : rainfall and west winds. (L. Rogers. *Brit. med. Journ.*, 7 fév. 1925.) — Les caractéristiques extrêmes du climat dans les différentes parties de l'Inde favorisent au plus haut point l'étude des influences météorologiques sur la pathologie humaine. Les statistiques des prisons, portant sur les dix dernières années, montrent selon Rogers que la hauteur des pluies, l'humidité de l'atmosphère et la direction et la force des vents qui les commandent sont les facteurs les plus importants dans le développement de la phtisie. M. LÉON-KINDBERG.

Industrial tuberculosis. (A. Winslow. *Boston med. and surg. Journ.*, 29 janv. 1925.) — La plus importante des « tuberculoses industrielles » est celle que provoque l'inhalation des poussières. La nature de celles-ci joue un rôle plus net encore que leur quantité. Selon Winslow, les poussières de charbon ou de ciment paraissent favoriser les infections respiratoires aiguës, de type pneumonique ou bronchopneumonique ; elles ne favoriseraient nullement l'extension de la tuberculose. Par contre, l'inhalation de poussières siliceuses joue un rôle nettement phtisiogène. A côté des statistiques générales, Winslow cite, dans le Vermont, la ville de Barre, centre de la taille du granit où la mortalité tuberculeuse atteint un pourcentage deux fois et demi plus élevé que dans le reste de l'Etat. Dans une fabrique de haches du Connecticut les hommes employés au polissage ont une mortalité tuberculeuse onze fois plus forte que les autres travailleurs de la même entreprise. Winslow étudie ensuite les différents moyens d'éviter ou d'atténuer ce danger.

M. LÉON-KINDBERG.

Ueber einige neue Gesichtspunkte zur Verbreitungsweise der Tuberkulose. (F. Neufeld. *Deut. med. Woch.*, 2 janv. 1925.) — Exposé critique des différentes voies d'infection suivies par le bacille de Koch. M. LÉON-KINDBERG.

Différents aspects de l'hérédité tuberculeuse. L'hérédité de terrain (deuxième mémoire). (R. Debré et M. Lelong. *Ann. de méd.*, juin 1925, t. XVII, n° 6.)

L'enfant issu de parents tuberculeux séparé avant la contamination : la mortalité (troisième mémoire). (*Ann. de méd.*, oct. 1925, t. XVIII, n° 4.)

L'enfant issu de parents tuberculeux séparé avant la contamination : sa croissance et sa résistance aux maladies (quatrième mémoire). (*Ann. de méd.*, nov. 1925, t. XVIII, n° 5.)

Dans un premier mémoire, analysé ici-même (1), Debré et Lelong ont établi que la théorie de la tuberculose congénitale latente, même conçue comme le résultat d'une contamination intra-utérine discrète, à période anté-allergique longue, n'était qu'une hypothèse à l'appui de laquelle on ne pouvait fournir aucun fait démonstratif. Mais la question de l'hérédité de la tuberculose ne se résume pas dans le problème de l'hérédité de graine. Il y a lieu, en effet, de se demander si, à défaut du bacille, les parents ne transmettent pas à l'enfant des aptitudes biologiques spéciales, bref s'il n'existe pas une hérédité de terrain. C'était la théorie chère à Landouzy : l'enfant de tuberculeux naît éminemment tuberculisable ; c'est l'hérédo-prédisposition ; dans certains cas, les plus rares, il y aurait une sorte d'hérédo-immunité et la tuberculose transmise évoluerait d'une façon latente et torpide vers les formes sclérosantes.

Debré et Lelong étudient la question sous deux points de vue : tout d'abord existe-t-il dans la tuberculose une hérédité humorale réalisant une véritable imprégnation humorale transplacentaire? La réalité du passage des anticorps tuberculeux maternels à travers le placenta n'est pas niable : mais ce passage n'est que la conséquence transitoire des conditions circulatoires réalisées par la grossesse ; ils disparaissent progressivement et rapidement en quelques semaines du sérum de l'enfant ; à partir du troisième mois, en moyenne, il n'est plus possible de les mettre en évidence. D'autre part, chez les nourrissons contaminés après la naissance, ces anticorps qu'ils élaborent eux-mêmes (anticorps révélés par la réaction de fixation) n'apparaissent que lentement, très longtemps après la première cuti-réaction positive, et seulement en très faible quantité. En tout cas, les anticorps d'origine maternelle n'ont aucune influence sur la destinée de l'enfant puisqu'ils disparaissent aussi bien chez l'enfant qui survit que chez l'enfant qui succombe. En outre, Debré et Lelong n'ont pu constater dans les viscères et particulièrement dans le foie des enfants issus de tuberculeux des lésions que l'on puisse considérer comme traduisant indirectement une intoxication d'origine maternelle.

Mais, à côté de l'hérédité humorale, n'y aurait-il pas place dans la tuberculose à une hérédité « cellulaire », le tuberculeux, à défaut de sa tuberculose elle-même, transmettant à sa descendance par ses cellules germinales, à côté de ses caractères d'espèce, de race, de famille, son caractère « tuberculisé ou tuberculisable » considéré comme caractère acquis? Il semble que l'on soit là en pleine hypothèse : le seul critère du caractère « tuberculisé » est la présence d'une réaction tuberculinique positive, et jamais Debré et Lelong n'en ont observé

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 66, p. 1077.

la transmission. Quant au caractère « tuberculisable », c'est là quelque chose de si vague qu'il est vraiment impossible de vouloir lui appliquer quelque chose qui ressemble aux lois de Mendel. Au surplus, c'est à l'observation clinique de répondre, et c'est ce que font Debré et Lelong quand, dans leurs troisième et quatrième mémoires, ils étudient l'enfant issu de parents tuberculeux séparé avant toute contamination.

Il existe tout d'abord un certain nombre de morts en apparence inexpliquées qui surviennent dans les premiers mois : mais ici encore, point n'est besoin d'évoquer l'hérédité : tout nourrisson séparé de sa mère reste, en dépit de toutes les précautions, un être éminemment fragile : l'allaitement artificiel, la privation des petits soins maternels, l'élevage en milieu collectif rendent largement compte des accidents observés.

Quant aux enfants qui subsistent, rien de pathologique ne les signale : leur poids à la naissance est très voisin de celui des enfants issus de parents sains; seule une tuberculose grave de la mère peut l'abaisser, mais elle agit comme agit toute cause banale de débilitation. Ces enfants, qui ne présentent pas plus que les autres de malformations ou de dystrophies congénitales, croissent et se développent comme des enfants sains placés dans les mêmes conditions de milieu; ils présentent une même résistance aux maladies, et, préservés de toute contagion, ne deviennent pas tuberculeux; quand ils le deviennent, ils ne semblent pas présenter vis-à-vis du bacille de Koch une réceptivité anormale; aucun fait, d'autre part, ne démontre qu'ils aient reçu de leurs parents une immunité à son égard.

Et résumant leurs importantes études, Debré et Lelong concluent : « La doctrine de l'hérédité tuberculeuse de germe n'est basée que sur quelques faits exceptionnels de contagion intra-utérine. La théorie de la tuberculose congénitale latente et celle de l'hérédité de terrain ne sont fondées que sur des impressions : derrière ces impressions nous n'avons pu trouver aucune preuve valable. » M. LÉON-KINDBERG.

III. BIOLOGIE. EXPÉRIMENTATION

The early dissemination of tubercle bacilli after intracutaneous inoculation of guinea pigs of first infection. (H. STUART WILLIS. *Amer. Revue of Tub.*, juillet 1925, t. XI, n° 5.) — La technique de Stuart Willis a été la suivante : 1° excision des fragments de peau inoculés à différents intervalles après l'inoculation et observation du développement ou de l'absence de la tuberculose chez les cobayes opérés; 2° excision à divers intervalles des ganglions répondant au point d'inoculation et leur inoculation au cobaye sain. L'auteur conclut : 1° les bacilles de Koch sont chez le cobaye neuf dissiminés très rapidement à partir du point d'inoculation; 2° on peut constater cette migration quelquefois dès la première heure, toujours avant la troisième; les ganglions inguinaux et axillaires (5 centimètres de distance) sont touchés dans les premières vingt-quatre heures.

M. LÉON-KINDBERG.

The early dissemination of tubercle bacilli after intracutaneous inoculation of immune guinea pigs of reinfection. (H. STUART WILLIS. *Ibid.*) — Au contraire, chez l'animal réinoculé, la dissémination se fait lentement : les ganglions axillaires et inguinaux ne sont pas atteints avant deux ou trois semaines; de plus, il n'y a qu'une infime partie des bacilles inoculés qui dépassent le point même de l'inoculation. Cette constatation confirme l'hypothèse que dans l'immunité antituberculeuse la réponse « allergique » de la peau y fixe localement les bacilles réinjectés. M. LÉON-KINDBERG.

The resistance of the albino rat to infection with tubercle bacilli. (G. ORNSTEIN et M. STEINBACH. *Amer. Revue of Tub.*, sept. 1925, t. XII, n° 1.) — Le rat albinos est naturellement réfractaire à la tuberculose : les expériences de Ornstein et Steinbach montrent que, bien que ne produisant aucune lésion locale et n'entraînant aucun trouble dans l'état général, les bacilles inoculés persistent dans les tissus du rat en gardant leur virulence pour le cobaye. Ils ne provoquent non plus aucune réaction biologique d'immunité ou d'hypersensibilité. M. LÉON-KINDBERG.

Polymorphisme du bacille tuberculeux; formes mycéliennes ramifiées. (F. ARLOING et A. DUFOURT. *Revue de la tuberculose*, août 1925, t. VI.) — En ensemençant une culture homogène de bacilles tuberculeux humains, entretenue depuis plusieurs années en eau peptonée glycérinée, sur gélose à la pomme de terre, Arloing et Dufourt ont obtenu des formes mycéliennes longues et ramifiées. Cette culture reportée sur les milieux usuels redonne des bacilles de Koch normaux, franchement acido-résistants. M. LÉON-KINDBERG.

L'immunité de la mite des abeilles (« galleria mellonelle ») contre la tuberculose pendant les stades larvaires et la métamorphose. (S. METALNIKOW. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1925, t. XXXIX.) — Chez la chrysalide, comme chez la chenille adulte, on constate après inoculation la même phagocytose et digestion des bacilles de Koch. La mite des abeilles est donc douée d'immunité naturelle contre la tuberculose à tous les stades de sa vie. M. LÉON-KINDBERG.

Expériences de vaccination des singes contre la tuberculose par le B. C. G. (J. WILBERT. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, août 1925, t. XXXIX.) — Expériences effectuées au centre de recherches et d'élevage des singes créé en 1923 par l'Institut Pasteur à Kindia (Guinée Française); elles démontrent l'innocuité du B. C. G. pour les chimpanzés comme pour les pithéciens, et son action protectrice manifeste. La résistance qu'il confère aux singes contre la « tuberculose de cohabitation » dure certainement plus d'une année et peut être entretenue par de nouvelles inoculations. M. LÉON-KINDBERG.

IV. THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Die Möllgardsche Behandlung der Tuberkulose mit « Sanokrysin ». (BACMEISTER. *Deut. med. Woch.*, 30 janv. 1925.)

Sanocrysin treatment in pulmonary tuberculosis. (J. GRAVESEN. *Tubercle*, mars 1925, t. VI, n° 6.)

Die Sanokrysinbehandlung der Tuberkulose in Danemark. (H. POINDECKER. *Wiener klin. Woch.*, 1925, nos 13 et 14.)

The theoretical basis of the Sanocrysin treatment of tuberculosis. (H. MOELLGARD. *Brit. med. Journ.*, 4 avril 1925.)

Traitement chimiothérapique de la tuberculose pulmonaire. (G. POIX. *Presse méd.*, 3 juin 1925, n° 44.)

Das Möllgaardsche Tuberkulosemittel. (W. HEUBNER. *Klin. Woch.*, 1925, n° 20.)

On sait le retentissement considérable causé par les premières publications de Möllgard et des médecins danois sur le traitement de la tuberculose par la sanocrysine. On peut même regretter avec Bacmeister que la grande presse en ait répandu le renom, alors qu'il est encore bien difficile de se faire une opinion ferme à son égard.

La question de la toxicité du médicament est elle-même très discutée : pour Möllgard, les accidents observés s'identifieraient avec ceux du « choc tuberculinique » et, dus à la mise en liberté des poisons endo-bacillaires, démontreraient l'action spécifique de la sanocrysine. On les combattrait en se servant concomitamment de « sérum antituberculine » et leur existence nous inciterait seulement à une grande prudence dans le maniement des doses (commencer par une dose faible : 0g125, puis monter jusqu'à 1 gramme, le traitement comprenant de six à huit injections de 1 gramme). Tous ces points ne sont pas admis sans discussion : pour Gravesen, on ne peut négliger la toxicité propre du sel d'or, au compte duquel il faudrait mettre les troubles digestifs et surtout l'albuminurie. De même le sérum antituberculine est d'un emploi très discuté. Le problème le plus délicat à résoudre est celui des indications « formes jeunes, surtout exsudatives, aussi purement pneumoniques que possible, sans lésions caséeuses ou fibreuses constituées ». Pour qui se dégage des constructions purement livresques, ce sont là des conditions bien rarement réalisées.

Les résultats paraissent bien indécis : des améliorations mais aussi quelques aggravations; une sensation d'euphorie avec retour de l'appétit, tels sont les avantages essentiels que ces premières études semblent faire ressortir. Des enquêtes,

partout à l'œuvre, nous diront prochainement, et sans doute avec plus de précision, ce qu'il en faut penser.

M. LÉON-KINDBERG.

The effect of sanocrysin on the tubercle bacillus in vitro. (SWEANY et WASICK. *Amer. Revue of Tub.*, déc. 1925, t. XII, n° 4.) — Etude expérimentale de l'action bactéricide de la sanocrysine sur les cultures de bacille de Koch. L'action stérilisante est lente et se manifeste par la réduction de l'or sur les granulations bacillaires. Pour les auteurs leurs expériences vont à l'encontre des théories qui voient dans les accidents qui suivent l'injection de sanocrysine une libération de tuberculine. Ils doutent de sa valeur « stérilisante » en thérapeutique humaine.

M. LÉON-KINDBERG.

Erfahrungen mit dem neuen Goldpräparat « Triphol » bei interner Tuberkulose. (N. GALATZER et A. SACHS. *Wiener med. Woch.*, 28 mai 1925, n° 22.) — Statistique portant sur 40 cas où 30 fois les résultats auraient été favorables.

M. LÉON-KINDBERG.

Unsere Erfahrungen mit Krysolgan bei Tuberkulose. (HENIUS. *Deut. med. Woch.*, 1925, n° 14.) — « Résultats favorables » obtenus avec le krysolgan qui est le sel d'or le plus employé actuellement en Allemagne. Son usage ne semble, en tous cas, comporter aucune complication.

M. LÉON-KINDBERG.

Sodium morrhuate in pulmonary tuberculosis. (G. JESSEL. *Tubercle*, fév. 1925.) — Le morrhuate de soude, à dose de 1 à 3 centimètres cubes par injection bi-hebdomadaire, ne semble avoir eu aucune influence décelable sur le cours de la maladie.

M. LÉON-KINDBERG.

Ueber die spezifischen Cutanbehandlungsmethoden der Tuberkulose und die biologische Sonderstellung der Haut. (A. GEHRCKE et F. SCHMIDT. *Brauer's Beitr.*, janv. 1925, t. LX, n° 4.) — Les auteurs étudient les trois méthodes utilisant le rôle des téguments dans la lutte contre la tuberculose : la méthode de *Petruschky* utilise la friction énergique de la peau avec un liniment contenant des bacilles de Koch tués; elle est à peu près partout abandonnée. Moro utilise « l'ectebin » pommade tuberculinique renforcée de bacilles tués et d'une « substance kératolytique » qui en favorise l'absorbtion. On fait des frictions distantes d'une à quatre semaines. Cette méthode, qui peut provoquer d'assez graves réactions, serait réservée « aux formes cirrhotiques longtemps stationnaires et ne présentant pas de signes d'intoxication, en particulier pas de tachycardie », ce qui, en effet, paraît en limiter singulièrement l'application et rendre surtout délicate l'appréciation de ses résultats.

Gehrcke et Schmidt préfèrent la méthode de *Ponndorf* où l'on applique des gouttes d'ancienne tuberculine sur des scarifications superficielles. Comme toujours les formes fibreuses donnent les meilleurs résultats. Il ne nous paraît pas que ces diverses modifications soient appelées à changer les divers points de vue déjà établis sur la tuberculinothérapie.

M. LÉON-KINDBERG.

Ueber Tuberkulinbehandlung speziell ueber die Sahlische sübepidermal Methode. (AMREIN. *Brauer's Beitr.*, mai 1925, t. LXI, n° 2.) — Pour Sahli, dans la peau, ce sont surtout les couches superficielles du derme qui jouent un rôle dans l'immunité. Aussi recommande-t-il l'injection de tuberculine faite juste au-dessous de l'épiderme. Pour Amrein, c'est la meilleure et la plus sûre méthode de tuberculinothérapie : son indication essentielle est la convalescence qui s'immobilise.

M. LÉON-KINDBERG.

L'antigène méthylique comme adjuvant dans la thérapeutique de la tuberculose. (L. GUINARD. *Presse méd.*, 4 juillet 1925.) — L'auteur a employé l'antigène de Nègre et Boquet en injections hypodermiques faites tous les deux jours à doses de 0cc05 à 1 centimètre cube élevées progressivement. Ces injections ont été faites sans arrêt jusqu'à dix et quatorze mois de suite. Leur action, étudiée comparativement au sanatorium de Bligny, a paru nettement favorable. Il faut être particulièrement prudent chez les malades fébricitants.

M. LÉON-KINDBERG.

L'antigène méthylique dans la recherche des anticorps tuberculeux et dans le traitement de la tuberculose expérimentale des petits animaux de laboratoire. (A. BOQUET et L. NÈGRE. *Presse méd.*, 3 oct. 1925.) — Détails techniques sur la préparation et la manipulation de l'antigène méthylique. Chez le lapin et le cobaye il accroîtrait nettement la résistance des animaux à l'infection expérimentale.

M. LÉON-KINDBERG.

The influence of the « Diaphyte » Antigen of Dreyer on tuberculosis of the guinea Pig. (BRONFENBRENNER et STRAUB. *Journ. of experim. med.*, fév. 1925.) — Dreyer aurait récemment obtenu des résultats pleins de promesse dans le traitement de la tuberculose expérimentale par un bacille dégraissé rigoureusement. Bronfenbrenner et Straub ont tenté de vérifier ces assertions : leurs expériences, très nombreuses et minutieuses, et très précises, montrent malheureusement que le vaccin de Dreyer ne confère aucune résistance au cobaye, qu'il soit employé curativement ou prophylactiquement. Bien mieux, les animaux ainsi traités développent des lésions plus graves et plus rapidement mortelles que les animaux témoins.

M. LÉON-KINDBERG.

V. PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL. CHIRURGIE

Artificial Pneumothorax. A plea for its wider application in the treatment of pulmonary tuberculosis. (BRONFIN, NELSON et ZARIT. *Amer. Revue of Tub.*, nov. 1925, t. XII, n° 3.) — Vigoureux plaidoyer en faveur de l'application précoce du pneumothorax artificiel. Les auteurs citent un certain nombre d'observations où selon les idées classiques ils se contentèrent de la cure diététo-hygiénique lors des premières poussées évolutives; lorsqu'ils furent acculés à proposer le collapsus pulmonaire, celui-ci fut impossible à réaliser à cause d'adhérences ; or, celles-ci sont d'autant plus rares que l'on agit près du début de l'évolution clinique ; le pneumothorax précoce les évite et permet donc la prévention des aggravations ultérieures ; d'autre part, plus les lésions sont anciennes et avancées, plus grandes sont les chances de complications, telles que les épanchements ou les perforations pulmonaires, et surtout plus devient difficile une compression effective.

M. LÉON-KINDBERG.

Artificial Pneumothorax. Results at the Muskoda institutions of the national sanitarium association. (W. B. KENDALL. *Amer. Revue of Tub.*, nov 1925, t. XII, n° 3.) — Nombreux tableaux résumant les résultats obtenus de 1914 à 1925, comprenant 443 cas. Ceux-ci sont sériés en cas à compression complète, compression partielle mais satisfaisante, compression insuffisante et cas non traités, c'est-à-dire cas où le pneumothorax, tenté sur les mêmes indications cliniques, ne put être réalisé. Naturellement les résultats varient selon la même échelle : si l'on met d'un côté les deux premières catégories et de l'autre les deux dernières, on a, d'une part, 66 p. 100 d'amélioration avec 20 p. 100 de guérison, de l'autre 29 p. 100 d'amélioration et 3 p. 100 de guérison. Cette statistique moyenne, qui est loin d'être une des plus heureuses, souligne une fois de plus les bienfaits du Forlanini.

M. LÉON-KINDBERG.

Le pneumothorax artificiel peut-il se montrer inopérant? Dans quelles conditions? (R. BURNAND et M. HENKENE. *Revue de la tuberculose*, oct. 1925, t. VI, n° 5.) — Il s'agit de cas d'inopérance du pneumothorax alors que ses indications ont été correctement posées et que sa réalisation semble parfaite. Ce sont là des cas à coup sûr exceptionnels, mais qu'il faut connaître.

Les deux points qui traduisent l'inopérance sont, d'une part, la persistance de la fièvre (absence de l'effet antithermique), et, d'autre part, la persistance de l'expectoration et des bacilles. En ce qui concerne le premier point, il faut être des plus prudents avant d'incriminer l'insuffisance de la collapsothérapie; presque toujours on trouvera par un examen minutieux ou la suite de l'évolution montrera dans l'autre poumon ou quelque autre organe la raison d'être de l'hyperthermie paradoxale. Dans les deux observations d' « inopérance vraie » qu'étudient Burnand et Henkene la persistance

de la fièvre reste assez mystérieuse en dépit de leurs louables efforts pour l'expliquer, soit par la nature particulière des lésions, soit par la déficience des moyens de défense de l'organisme. Notons d'ailleurs que dans ces deux cas, en dépit de la fièvre, l'évolution fut très favorable. De même, du reste, dans l'observation qu'ils rattachent à leur deuxième catégorie de faits où le malade, après deux ans et demi et bien que crachant encore des bacilles de Koch, a pu reprendre une vie de travail apparemment tout à fait normale.

M. LÉON-KINDBERG.

Artificial Pneumothorax with collapse under low intrapleural pressures. (AYCOCK. *Amer. Revue of Tub.*, oct. 1925, t. XII, n° 2.) — Le pneumothorax idéal est celui où le collapsus complet est réalisé à basse pression, négative si possible, entretenue par de fréquentes et petites réinsufflations.

M. LÉON-KINDBERG.

The circulatory changes in artificial Pneumothorax. (R. A. BENDOVE. *Amer. Revue of Tub.*, oct. 1925, t. XII, n° 2.) — L'étude de l'appareil circulatoire chez les malades traités par la collapsothérapie a amené Bendove à les diviser en deux groupes :

1° Ceux dont le cœur est capable de s'adapter au nouveau travail qu'on lui impose; chez eux, il y a généralement élévation de la pression maxima après les premières insufflations, accentuation du deuxième bruit pulmonaire, augmentation de l'aire cardiaque et développement d'emphysème compensateur dans les portions de poumon qui fonctionnent encore. Il s'agit de gens en général assez jeunes. Tous ces signes sont d'un favorable pronostic.

2° Au contraire, chez les malades où aucun de ces signes ne se développe, on peut penser que le cœur a déjà souffert irrémédiablement avant toute insufflation; il s'agit de malades presque toujours d'âge moyen ou avancé, et le succès du traitement reste douteux.

M. LÉON-KINDBERG.

Etude critique sur la pression intrapleurale physiologique (vide pleural). (A. BERNOU et F. CARDIS. *Revue de la tuberculose*, oct. 1925, t. VI, n° 5.) — Etude très minutieuse qui ne se prête guère à l'analyse. Aucune des théories du vide pleural, concluent Bernou et Cardis, n'est acceptable, car aucune n'a envisagé l'ensemble des facteurs qui concourent à l'accolement des deux feuillets de la plèvre. La recherche et la mesure de pression négative intrapleurale physiologique, qui ont suscité tant d'expériences, sont illusoires et sans intérêt pratique. D'autre part, la mesure de la pression initiale intrapleurale, qui est celle de la pression d'un « pneumothorax initial minime » équilibrant la force élastique locale du parenchyme pulmonaire, n'a qu'un intérêt très réduit en phtisiologie.

M. LÉON-KINDBERG.

Künstliche Ergänzunge von Exsudaten bei Pneumothorax. (MAENDL. *Brauer's Beitr.*, juin 1925, t. LXI, n° 3.) — Chez un malade, où le pneumothorax restait sans succès, Maendl injecte dans la plèvre du liquide de pleurésie séreuse avec bacilles de Koch et obtint ainsi, avec une grosse réaction liquidienne, l'affaissement d'une caverne restée jusque-là béante. Maendl s'autorise de ce succès pour recommander ce procédé au cas où une plèvre médiastine trop peu résistante empêcherait une compression efficace.

M. LÉON-KINDBERG.

Les lavages de la plèvre dans le traitement des pleurésies purulentes du pneumothorax artificiel. (V. MURALT et P. WEYLER. *Presse méd.*, 7 oct. 1925.) — Muralt et Weyler exposent minutieusement leur technique de lavage de la plèvre qu'ils pratiquent avec une solution iodo-iodurée. Ils relatent trois observations avec deux succès complets et un succès « symptomatique ».

M. LÉON-KINDBERG.

Les accidents nerveux subits au cours des insufflations du pneumothorax thérapeutique. (F. BEZANÇON, R. AZOULAY et J. CHABAUD. *Revue de la tuberculose*; août 1925, t. VI, n° 4.) — A propos d'une syncope mortelle survenue au cours d'une quatrième insufflation, les auteurs étudient les différentes observations publiées; celles-ci relatent, soit des syncopes, soit des accidents paralytiques (hémiplégies, monoplégies, paraplégies, amauroses transitoires, aphasie), soit des crises épileptiformes. L'embolie gazeuse est possible, voire même probable dans quelques cas; mais pour les plus nets d'entre eux force est bien d'admettre la réalité du réflexe inhibiteur pleural. Les « vagotoniques » y seraient peut-être davantage exposés. En tout cas, l'étude de ces faits n'entraîne aucune sanction prophylactique ou thérapeutique.

M. LÉON-KINDBERG.

Obliterative pneumothorax. (F. BURRELL. *Tubercle*, janv. 1925.) — Etude de quelques cas où rien n'a pu empêcher la formation d'adhérences pleurales étendues. Après terminaison du traitement il se formerait toujours également de larges adhérences, très serrées et très étendues, rendant impossible toute reprise du collapsus.

M. LÉON-KINDBERG.

Recompression of a tuberculous lung by artificial pneumothorax after an interval of more than six years. (R. C HUTCHINSON. *Lancet*, 1925, n° 5289.) — Observation exceptionnelle, venant justement à l'encontre de la règle précédente. Le pneumothorax, abandonné pour guérison apparente après un an en mai 1916, put être réalisé à nouveau en juin 1922 pour une nouvelle poussée évolutive, avec plein succès.

M. LÉON-KINDBERG.

Indications for thoracoplasty in pulmonary tuberculosis. (J. B. AMBERSON. *Med. Journ. and Rec.*, 7 janv. 1925.) — Etude surtout clinique où les indications locales et générales sont successivement étudiées. Ici comme partout, mais de façon plus étroite encore, la collaboration médico-chirurgicale doit être complète.

M. LÉON-KINDBERG.

LIVRES NOUVEAUX

Les Petits précis (1).
Bibliothèque dirigée par A. CANTONNET.

Voici une nouvelle collection que la librairie Maloiné, avec un sens très précis des besoins actuels publie sous la direction de M. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

Par leur format réduit, par leur prix très abordable, par la façon si pratique dont ils sont conçus, ces petits précis sont assurés d'un succès considérable.

Qu'il nous suffise d'indiquer les titres des volumes parus :

Le Cœur, les Veines, les Artères, par MM. Leconte et Levent.
Le Tube digestif, par MM. Paisseau et Pierre Vallery Radot.
Le Poumon non tuberculeux, par M. Rouillard.
Les Maladies infecticuses, par M. Halbron.
La Psychiatrie, par M. Fillassier.
La Dermatologie, par MM. Lacapère et Montlaur.
Radium et Rayons X, par M. Laquerrière.
Le Cancer, par M. Jeanneney.
Chirurgie infantile, par M. Martin.
Accouchements, par M. Lemeland,
Tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires, par MM. Sorrel et Delahaye.
Oto-rhino-laryngologie, par M. Baldenweck.
Examens de laboratoire, par M. Beauvy.

Cette collection comprendra 55 volumes en tout, portant sur toutes les branches de la médecine, guides concis et clairs pour le médecin qui exerce et pour l'étudiant qui prépare un examen ou suit l'hôpital. Le succès obtenu jusqu'ici par cette collection montre qu'elle répondait à un besoin : « Dire en peu de mots et en allant droit au but, ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire dans un cas déterminé. »

L. G.

Pathologie médicale (2), par M. JOURNÉ.

L'ouvrage de pathologie médicale de M. Journé est un véritable traité, en un volume. Ordonné de la façon la plus claire, et la plus classique, il donne une grande place à la descrip-

(1) Un volume in-16 carré. — Prix : 8 fr. 50. — Paris, Maloine.
(2) 3e édition, un vol in-8 relié. — Paris, Maloine.

tion des symptômes cliniques, et restreint de propos délibéré les descriptions d'anatomie pathologique.

Il est de plus tout à fait au courant des recherches scientifiques les plus récentes, c'est dire que c'est un livre absolument moderne.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLEURÉSIES INTERLOBAIRES

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS

La pleurésie interlobaire est la plus fréquente des pleurésies enkystées. Elle est caractérisée :

1. *Anatomiquement*, par le développement et l'enkystement d'une collection liquide entre les scissures interlobaires.

2. *Cliniquement*, par l'incertitude et la discrétion des signes physiques et la nécessité absolue de la *radiologie* et de la *ponction exploratrice* pour un diagnostic exact.

Dans la règle, c'est une pleurésie *purulente* à *pneumocoques*.

Plus rarement, c'est une pleurésie *tuberculeuse*, purulente, séreuse ou sèche.

Beaucoup plus rarement, le processus pleurétique relève d'un autre microbe.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous prendrons pour type de description la *pleurésie purulente interlobaire à pneumocoques*.

Elle peut être *secondaire* (c'est la règle) ou *primitive* (en apparence du moins).

I. **DÉBUT**. — 1° **Secondaire**. — Elle succède à une bronchopneumonie surtout grippale, à une congestion pulmonaire, ou plus fréquemment à une pneumonie, pouvant être para ou métapneumonique.

A. **Forme précoce parapneumonique**. — Le septième ou huitième jour de la pneumonie, on attend la crise; elle ne se produit pas : ni au point de vue thermique, ni au point de vue fonctionnel, ni au point de vue physique. L'examen attentif montre cependant divers symptômes anormaux :

La *fièvre*, parfois tombée à 38 degrés, remonte pour prendre bientôt une courbe oscillante.

La *dyspnée* persiste et le *point de côté* se réveille.

Les *signes physiques* eux-mêmes se modifient : la base, au lieu de rester « encombrée » pendant quelques jours, redevient rapidement perméable, tandis que la *zone moyenne* du poumon reste obscure et soufflante. C'est là un signe important, le *premier pas* vers la lésion suspendue.

B. **Forme tardive métapneumonique**. — Plus fréquente, cette forme est caractérisée par la réascension thermique, quelques jours ou quelques semaines après la crise pneumonique et l'apyrexie.

Le malade, sorti de l'hôpital depuis dix ou vingt jours, fatigué, pâle, et traînant une convalescence pénible, est repris de dyspnée, une fièvre à 39 degrés et point de côté. Les signes physiques se localisent bientôt à la partie moyenne du poumon.

2° **Primitive**. — Ici : début *brusque* par un point de côté avec fièvre et toux. On cherche des signes physiques et on ne trouve rien de net.

Simplement : *dans l'aisselle*, quelques râles discrets, une submatité légère, quelques frottements. Il n'y a pas d'expectoration.

Le diagnostic n'est pas fait. On est en présence d'une affection pulmonaire « difficile à classer » (Dieulafoy). On ne peut dire ni pleurésie, ni pneumonie. On pense parfois à une pleuro-congestion.

II. **ÉTAT**. — A cette période de début à signes peu nets succèdent :

a. Une phase de *pleurésie fermée* avec *syndrome suspendu*.

b. Une phase de *pleurésie ouverte*, si une intervention précoce n'a pas évité la *vomique*.

A. **Phase de pleurésie fermée**. — Au bout de huit à dix jours les signes se précisent :

1° **Signes fonctionnels**. — Le *point de côté* persiste, tenace, douloureux, accompagné d'une toux pénible et d'une *dyspnée* très marquée que ne justifient pas le peu de signes fournis par l'examen physique.

2° **Signes généraux**. — La *fièvre* est élevée, rarement en plateau, presque toujours *oscillante*, comme une fièvre de suppuration que viennent parfois identifier des accès de sueurs et de frissons accompagnant un crochet thermique.

Le pouls est rapide. Les urines diminuées. Le facies altéré, pâle et amaigri, évoque l'idée d'une suppuration profonde.

3° **Signes physiques**. — En face d'un tel tableau, penser toujours à la pleurésie interlobaire et pratiquer un triple examen :

a. Clinique ;
b. Radiologique;
c. Une ponction exploratrice sous écran.

Dès l'inspection, on note la dilatation inspiratoire moindre d'un hémithorax.

La percussion révèle un signe capital : la *matité suspendue*.

Cette matité suspendue comprise entre deux zones sonores sus et sous-jacentes ne peut guère être observée qu'en arrière, parallèlement au bord spinal de l'omoplate et sur une surface dont le niveau varie légèrement suivant les malades.

Dans l'aisselle, on ne peut déceler de sonorité sus-jacente.

En avant, dans les épanchements surtout antérieurs, le foyer purulent affleure à la base du thorax, et sa matité fait place, à droite, à la matité hépatique.

La palpation. — Les vibrations sont tantôt *augmentées*, tantôt *abolies*, suivant que l'épanchement est plus ou moins abondant, et la lame pulmonaire interposée plus ou moins congestionnée.

Le *signe du sou*, dans les épanchements postérieurs, donnerait parfois une sonorité claire entre deux zones à timbre sourd (Courcoux).

L'auscultation permet de constater dans l'aisselle ou au niveau de la quatrième côte en arrière :

Soit un *souffle expiratoire*;

Soit une *zone silencieuse* entourée de *râles muqueux*.

On ne saurait compter sur l'égophonie, le souffle pleurétique, la pectoriloquie aphone.

Les organes ne sont pas déplacés : le cœur est rarement refoulé, le foie n'est pas abaissé.

En résumé, l'anamnèse, l'unilatéralité des lésions, leur caractère imprécis et surtout l'existence d'une matité suspendue orientent vers le diagnostic de pleurésie interlobaire. Il est nécessaire, pour étayer cette présomption, de pratiquer :

L'examen radiologique. — La radioscopie montre :

1. Dans les pleurésies *postérieures*, une *ombre suspendue* comprise entre deux zones claires (lorsqu'il y a peu de réaction pulmonaire de voisinage) et *barrant* d'une bande sombre toute la largeur de l'hémithorax. Il faut faire varier la position de l'ampoule, et l'ombre est surtout nette quand les rayons prennent l'interlobe *en enfilade*.

2. Dans les foyers *axillaires* ou *antérieurs*, on a une ombre latérale ou basale.

La ponction exploratrice. — Elle sera faite en pleine zone de matité, et *sous écran*.

Ponctionner en général sur la ligne axillaire postérieure. Savoir qu'il faut souvent ponctionner plusieurs fois (en changeant toujours d'aiguille) avant de trouver la poche purulente. Ne pas répéter les ponctions.

Le liquide ramené est un pus jaune verdâtre, bien lié, riche en polynucléaires altérés, et contenant des *pneumocoques*. Compléter l'examen direct par l'ensemencement.

Dès lors, le diagnostic est fait. Si on n'intervient pas, la pleurésie interlobaire abandonnée à elle-même va s'ouvrir par *vomique*.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Dévoilement de l'anonymat.* — Séance du 22 mars. — MM. de Gennes, 76; Etienne Bernard, 75; Chevallier, 70 1/2; Cathala, 70; Marchal, 67; Janet, 66 1/2; Chevalley et Deschamps, 65 1/2; Turpin, 64 1/2; Ravina, 63; Bénard, 62 1/2; Baulin, Blum, Coste et Meyer, 61.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance du 22 mars. — Questions données : « Anatomie du nerf phrénique. — Diagnostic et traitement de l'ulcère de la courbure de l'estomac. »

MM. Bloch (René), 25; Bloch (Jacques) et Monod, 26; Petit-Dutaillis, 25.

Lecture des copies. — Séance du 23 mars. — MM. Soupault, 24; Fey, 27; Boppe, 28.

— Internat en pharmacie. — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le mardi 11 mai 1926, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du mercredi 14 au mercredi 28 avril 1926 inclusivement.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Un concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est ouvert le 22 mars. Onze candidats étaient inscrits.

Le jury est composé de MM. les docteurs Bonnet, Bériel, Savy, Roubier, Chalier, Gardère, Gayet, médecins des hôpitaux, de M. le professeur Bard, de M. Barjon, médecin honoraire des hôpitaux, de MM. Delore et Molin, chirurgiens des hôpitaux, de M. Trillat, accoucheur des hôpitaux.

— Nîmes. — La Commission administrative des hôpitaux de Nîmes donne avis qu'un concours pour la nomination d'un médecin stomatologiste des hôpitaux de Nîmes sera ouvert dans la deuxième quinzaine du mois de mai 1926. Ce médecin sera chargé du service hospitalier et des consultations externes.

Les demandes d'admission devront être adressées avant le 15 avril 1926 au secrétariat de la Commission administrative des hospices, 12, rue de Montpellier à Nîmes.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Un concours pour une place d'aide d'anatomie s'ouvrira le 19 avril 1926. S'inscrire avant le 16 avril.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Dans sa dernière séance, l'Académie a élu académicien libre le docteur Jean Charcot par 51 voix contre 11 à M. Helbronner, 3 à M. Ch. Achard et 1 à M. Louis Martin.

Le docteur Jean Charcot, fils de l'illustre professeur Charcot, a été interne des hôpitaux et chef de clinique de la Faculté à la Salpêtrière.

Ses remarquables recherches d'océanographie et ses explorations maritimes, notamment son expédition au Pôle Sud, au Rock Hall et au Groënland, dans le Golfe de Gascogne, sont trop connues pour qu'il soit nécessaire de les rappeler.

Pendant la guerre, il a servi comme capitaine de corvette, puis capitaine de frégate et a rendu d'immenses services aux marines alliées dans la recherche des sous-marins.

Jean Charcot ne compte que des amis, aussi son élection sera-t-elle accueillie avec une unanime sympathie.

UN INSTITUT PASTEUR A MONTRÉAL. — Sur la demande de l'Université de Montréal, l'Institut Pasteur de Paris et le ministère des Affaires étrangères viennent de déléguer le docteur Auguste Pettit, professeur à l'Institut Pasteur et membre de l'Académie de médecine, pour se rendre au Canada.

Notre éminent confrère et ami organisera, sur le modèle de l'Institut Pasteur de Paris, un nouvel établissement qui deviendra une dépendance de l'Université de Montréal.

MISSION ARGENTINE A PARIS. — Mardi soir, l'Association pour le développement des relations médicales, que préside M. le professeur Hartmann, a reçu à la Faculté de médecine, dans le cabinet de M. le Doyen, une mission de médecins argentins qui va séjourner quelque temps en France. Cette mission étudiera particulièrement les questions d'hygiène et de prophylaxie et visitera la plupart de nos établissements hospitaliers.

L'HYGIÈNE INFANTILE A LA CHAMBRE. — La Chambre, dans sa séance de mercredi, a discuté la proposition de loi de MM. Paul Denise et Pinard ayant pour objet d'interdire la vente des objets dits « sucettes ».

M. le professeur Pinard, rapporteur de sa proposition, a rappelé que l'Académie de médecine avait émis un vœu demandant la suppression des sucettes.

On adopte successivement l'article 1er qui interdit la vente, la mise en vente, la fabrication et l'importation des sucettes et des objets similaires, dont le rôle est de donner à l'enfant l'illusion de la tétée.

L'article 2 décide que les tribunaux peuvent prononcer la confiscation des sucettes et objets similaires, en contravention.

Un délai de trois mois est prévu pour permettre aux petits fabricants de transformer leur matériel.

L'ensemble de la proposition de loi est adopté.

JUBILÉ RICHET. — Le jubilé Ch. Richet sera célébré le samedi 22 mai 1926, à 17 heures précises, à l'Académie de médecine, sous la présidence de M. Paul Painlevé.

A LA MÉMOIRE DE MESUREUR. — Une cérémonie commémorative aura lieu le samedi 27 mars, à 14 h. 30, au Père-Lachaise, devant le tombeau de Gustave Mesureur, ancien directeur de l'Assistance publique, à Paris, membre de l'Académie de médecine.

INSPECTION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par arrêté du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 8 mars 1926, M. le docteur Siffre, sous-inspecteur de l'Assistance publique de Seine-et-Oise, est mis en disponibilité, sur sa demande, à dater du 11 mars 1926. (*J. O.*, 24 mars 1926.)

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 19 avril 1926, à 21 h., à l'amphithéâtre de l'Ecole supérieure de guerre, 53 *bis*, avenue de la Motte-Picquet.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Exercice pratique, par M. le médecin principal Spire, médecin chef et professeur à l'Ecole supérieure de guerre.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un vif regret la mort, à 44 ans, du docteur Saleil, radiologiste de l'hôpital Péan, chevalier de la Légion d'honneur; — de M. le professeur Johanessen (d'Oslo), correspondant de l'Académie de medecine et l'un des pédiâtres les plus éminents de Norvège.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Fernand WIDAL). — *Cours de perfectionnement*, sous la direction de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'autoagglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique; rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopéxique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon).

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 3 mai et seront terminés le 27 mai 1926.

Le droit d'inscription est fixé à 100 francs pour chacun des deux cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

CONGRÈS

SEMAINE NEURO-PSYCHIATRIQUE ET MÉDICO-LÉGALE.

Le groupement des réunions annuelles du Congrès de médecine légale, de la Société de neurologie et de la Société médico-psychologique constituera cette année une semaine neuro-psychiatrique et médico-légale dont les travaux se dérouleront comme suit :

Jeudi 27 mai : Société de neurologie. Séance annuelle d'anatomie pathologique. Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, à 9 heures.

Jeudi 27, vendredi 28 et samedi 29 mai : Congrès de médecine légale.

Lundi 31 mai : Séance annuelle de la Société médico-psychologique.

Mardi 1er et mercredi 2 juin : Réunion neurologique internationale.

Jeudi 3 juin : Séance ordinaire de la Société de neurologie.

REVUE GÉNÉRALE

ANOMALIES DU SYNDROME HUMORAL
DANS LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Par MM. RISER et P. MÉRIEL (de Toulouse).

Depuis les travaux de Widal et Sicard (81) l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien est devenu le complément indispensable de la clinique. Il ne faut cependant pas croire, comme certains, que cet examen donne d'une façon rigoureuse la clef du diagnostic. Certes, le syndrome humoral se présente avec une certaine fixité, mais il y a des anomalies assez fréquentes chez l'adulte. Rappelons d'abord le schéma habituel de ce syndrome humoral : Liquide hypertendu, quel que soit le lieu de la ponction (lombaire, atloïdo-occipital ou ventriculaire). Liquide hyperalbumineux (environ 1g50 à 2g50) avec réactions des globulines positives. On note encore une augmentation des plus variables du taux leucocytaire, il est rare de rencontrer moins de 10 à 20 éléments par millimètre cube, les chiffres de 50 à 150 sont habituels, on en compte parfois jusqu'à 200 et 400 par millimètre cube. Cette pléocytose, variable suivant le niveau de la ponction, la position du sujet et le nombre de ponctions préalables, est composée presque uniquement par des lymphocytes et des grands mononucléaires, on trouve cependant quelques rares polynucléaires. Signalons encore la présence fréquente du bacille de Koch, l'abaissement du taux des chlorures [Mestrezat (53)] et du sucre. La réaction de Wassermann est négative.

Cette formule est vraie dans un grand nombre de cas, cependant elle comporte des exceptions, moins rares qu'on ne le supposait tout d'abord. Si l'hypertension, l'hyperalbuminose, l'abaissement du taux des chlorures et du sucre sont en règle générale très fixes, par contre il en va tout autrement de l'aspect du liquide et de la formule leucocytaire. Le liquide peut en effet être sanglant, xantochromique, purulent, très riche en polynucléaires ou en bacilles de Koch ; bref on peut à l'heure actuelle décrire des anomalies du syndrome humoral de la méningite tuberculeuse.

Dans cette revue générale, basée sur des observations dont le plupart sont inédites, nous envisagerons successivement : D'abord la méningite tuberculeuse à liquide hémorragique ou xantochromique, puis la méningite avec polynucléaires, enfin les méningites mixtes, c'est-à-dire avec association du bacille de Koch et du méningocoque.

I. Syndromes hémorragiques et xantochromiques. — Dans certains cas, chez l'adulte comme chez l'enfant, la méningite peut revêtir une forme aiguë au point de vue clinique, à tendance hémorragique discrète. L'autopsie après formolage des centres nerveux montre alors une hypérémie considérable des méninges molles. Il existe aussi de petites suffusions sanguines sur la convexité des hémisphères. Ces hémorragies sont d'ailleurs très superficielles et leur étendue ne dépasse pas 4 à 5 centimètres. A l'examen microscopique on constate la présence d'hématies nombreuses plus ou moins déformées dans la gaine péri-vasculaire des vaisseaux dont la paroi endothéliale ou conjonctivo-musculaire a été altérée. Ces petits foyers donnent aux vaisseaux un aspect mat et rugueux caractéristique. Un de nos cas permet de saisir très nettement le processus hémorragique au point de vue histologique. Les vaisseaux arachnoïdiens étaient dilatés et bourrés d'hématies. Un assez grand nombre de ces éléments avait traversé la paroi vasculaire et on surprenait sur plusieurs coupes ces phénomènes de diapédèse. Ces vaisseaux étaient entourés d'un épais manchon inflammatoire où hématies et leucocytes étaient mêlés. Ces hématies étaient d'ailleurs très altérées et à peine reconnaissables. On en trouvait encore dans les mailles du tissu conjonctif des espaces sous-arachnoïdiens. Enfin entre les travées arachnoïdiennes, accrochés à elles et baignant dans le liquide céphalo-rachidien, on voyait des vaisseaux très altérés, aux tuniques infiltrées d'hématies, qui avaient été le siège d'hémorragies microscopiques.

Dans d'autres cas l'hémorragie est plus importante et plus localisée et il s'agit ici de rupture d'un ou plusieurs vaisseaux. Le liquide céphalo-rachidien est alors hémorragique et l'autopsie montre le sang étalé à la surface des hémisphères, pénétrant même dans les ventricules. Parfois nous avons constaté la congestion marquée des plexus choroïdes et la présence à leur niveau de petites hémorragies microscocopiques.

En résumé dans tous ces cas, le processus congestif et hémorragique se manifeste par des extravasats sanguins plus ou moins abondants, plus ou moins profonds. Il est intéressant de noter que les vaisseaux qui vont de la pie-mère à l'intérieur de la substance cérébrale sont engainés de globules rouges. Ce contact entre les hématies, plus ou moins altérés, et le liquide céphalo-rachidien va déterminer l'aspect caractéristique de ce liquide. Tantôt il sera xantochromique, particulièrement riche en albumine, tantôt la quantité d'hématies sera telle que le liquide sera sanglant et fera plutôt penser à une hémorragie méningée qu'à une méningite tuberculeuse. Dans certains liquides xantochromiques on est parfois frappé du petit nombre d'hématies que surmonte le culot blanc grisâtre des leucocytes lorsqu'on a centrifugé le liquide. D'ailleurs la cellule de Nageotte montre aussi la proportion nettement inférieure des hématies par rapport aux leucocytes. Et cependant le liquide surnageant après centrifugation est riche en hémoglobine et en hématine comme le montrent la réaction au pyramidon et celle de Mayer. Il semble que dans ce cas il se soit produit une hémorragie méningée, précoce et assez appréciable, qui ne s'est pas renouvelée ; les globules rouges ont été lysés, absorbés par les macrophages, libérant ainsi leurs pigments qui colorent le liquide céphalo-rachidien. Il faut encore signaler que la quantité d'albumine que renferment ces liquides xantochromiques de la méningite tuberculeuse est forte mais n'atteint cependant pas les taux observés dans les cas de compression médullaire. Nous allons en donner deux observations inédites.

A. MÉNINGITES TUBERCULEUSES AIGUES AVEC HÉMORRAGIE MÉNINGÉE VRAIE.

OBSERVATION I. — Homme de trente-deux ans, qui a présenté une pleurésie séro fibrineuse pendant son service militaire et une tumeur blanche du genou droit à vingt-sept ans. Tumeur blanche qui s'est d'ailleurs grandement améliorée par l'immobilisation et l'héliothérapie.

En mars 1924, alors qu'il était en bonne santé, il prend froid, fait un peu de congestion pulmonaire qui paraît banale, à la base droite, avec point de côté, crachats rouges et tempé-

rature élevée atteignant 39 degrés. Cet état dure six jours sans changements. A ce moment apparaissent les signes d'un petit épanchement du même côté remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate. Le sujet maigrit beaucoup, tousse sans rien expectorer, sue la nuit; les sommets sont alors indemnes, dans les crachats on ne trouve pas de bacilles de Koch. Dans les premiers jours d'avril la situation s'est aggravée : tout l'hémithorax droit est submat, en arrière comme en avant, les vibrations sont augmentées du sommet jusqu'à la pointe de l'omoplate, à partir de là elles cessent; la respiration est partout diminuée, rude et soufflante : au sommet, véritable souffle amphorique, avec retentissement de la voix, mais sans bruits surajoutées. La température oscille entre 38 et 39 degrés, l'amaigrissement est rapide et considérable.

Le 9 avril, le malade accuse pour la première fois de la céphalée frontale marquée qui ne le quittera plus.

Le 11, il a plusieurs vomissements faciles, alimentaires, qui coïncident avec une aggravation de la céphalée.

Le 13, à 10 heures du matin il se plaint brusquement de la tête d'une manière particulièrement pressante, il gémit, s'agite et à 11 heuree il est obnubilé, mal orienté stertoreux, contracturé et hautement fébrile (40 degrés) pouls 120. Réflexes tendineux vifs, pas de Babinski, pas de clonus, mais contracture en extension des quatre membres. La pupille gauche dilatée ne réagit pas à la lumière, tandis que la droite se rétrécit directement; la nuque est raide et douloureuse, la respiration est stertoreuse et lente.

On décide de pratiquer immédiatement une ponction lombaire : celle-ci donne issue à un liquide franchement hémorragique, jaillisant à plus de 50 centimètres. On recueille lentement 15 centimètres cubes dans deux tubes séparés. Le liquide est moiré, orangé et ne coagule pas : pas de coagulation fibrineuse. La centrifugation montre un abondant culot d'hématies surmonté d'un mince disque blanc grisâtre.

Voici les recherches qui ont été pratiquées :

a. Tout d'abord un ensemencement du culot sur gélose ascite sur 3 tubes et une demi-heure après la ponction), car nous avons immédiatement pensé à une méningite méningococcique hémorragique. Disons tout de suite que ces ensemencements sont demeurés négatifs.

b. Une réaction de Wassermann avec le liquide surnageant a été négative.

c. Un dosage d'urée avec 5 centimètres cubes de liquide et qui a donné 0gr50 d'urée pour 1.000.

d. Un examen du mince disque de leucocytes surmontant le culot d'hématies qui a montré des polynucléaires altérés et des lymphocytes en quantité à peu près égale.

Le 14, le sujet est en plein coma; nouvelle ponction lombaire : on retire un liquide semblable en tout point à celui de la veille. L'examen direct ne décèle pas le moindre diplocoque parmi les polynucléaires ou à l'intérieur de ceux-ci. Température : 38 et 39°6.

Le 15, la raideur de la nuque est plus marquée, les contractures en extension sont intenses, les réflexes très vifs; Babinski positif à droite et à gauche. Les deux pupilles sont en mydriase, ne réagissant pas à la lumière ni l'une ni l'autre. On injecte 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique polyvalent bien que les ensemencements du 13 et du 14 soient demeurés négatifs.

Le 16, à six heures une crise d'épilepsie à caractère jacksonien, à début crural, qui s'est généralisée avec morsure de la langue. Le sujet est toujours dans le coma, la respiration est lente, 12 à la minute, profonde et stertoreuse, pouls 100, température 37°8. Au point de vue pulmonaire, rien de changé : respiration rude et soufflante dans les tiers inférieur et moyen droit, souffle cavitaire du sommet. Mêmes contractures, mêmes signes pupillaires. A 10 heures, nouvelle ponction lombaire et on retire 40 centimètres cubes de liquide orangé et moiré évidemment très hémorragique et on injecte 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique polyvalent. Centrifugé ce liquide montre toujours un important culot d'hématies et un disque de leucocytes plus important que les fois précédentes.

On recherche le bacille de Koch de la façon suivante : centrifugation énergique de 10 centimètres de liquide, rejet du liquide surnageant. La partie la plus superficielle du culot est recueillie et avec elle on fait des frottis très épais, rapidement séchés à l'étuve. On fixe alors par le liquide 1 de Ruge et Tribondeau (formol et acide acétique) qui dissout et entraîne l'hémoglobine des hématies. On lave avec le liquide fixateur jusqu'à ce que la préparation soit incolore. On arrose d'alcool à 95 degrés qui demeure sur la lame pendant cinq minutes, puis Ziehl comme à l'ordinaire. Ainsi on a pu obtenir des préparations qui à priori paraissent ridiculement épaisses, mais qui étaient tout à fait bien différenciées. Examen à la platine mobile : sur une lame, il a été possible de mettre en évidence les bacilles de Koch séparés, moniliformes, très fortement acido et alcoolo-résistants et à raison de 3 à 4 pour 200 champs.

Ajoutons que la formule cytologique de ce liquide n'avait pas changé : lymphocytes et polynucléaires neutrophiles en quantité égale, pas de macrophages.

Ainsi donc le diagnostic était fait, il s'agissait d'une méningite tuberculeuse à forme aiguë et hémorragie méningée, et sans autres germes de surinfection comme le montraient les frottis et surtout les ensemencements sur gélose ascite.

Nous n'avons pas manqué de doser les chlorures dans le liquide retiré le 16 et renfermant des bacilles de Koch; nous avons trouvé 7gr02, donc diminution très légère.

Le liquide qui surnageait après centrifugation renfermait 8 grammes d'albumine (Ravaut et Boyer) et la réaction de Pandy, celle de Nonne 1, étaient fortement positives. Enfin, un cobaye a été inoculé le 17 avec un demi-centimètre cube du culot précédemment étudié, dilué dans 5 centimètres cubes de sérum. Disons tout de suite qu'il a présenté quatre semaines après des lésions tuberculeuses typiques, avec bacilles de Koch nombreux dans les ganglions mésentériques énormes et ramollis.

Ajoutons que notre malade a succombé le 19 après avoir présenté de nouvelles crises d'épilepsie à type crural, soit dix jours après le début des premiers accidents méningés.

En résumé :

Pneumopathie condensante, sans bacilles de Koch dans les crachats chez un sujet de trente-deux ans, entaché d'un passé bacillaire. Puis brusquement, céphalée, état subcomateux et raideur avec température élevée et signes humoraux d'une hémorragie méningée franche. On croit à une méningite cérébro-spinale hémorragique et on injecte du sérum. Cependant le liquide céphalo-rachidien, très chargé d'hématies demeure stérile. On y trouve des bacilles de Koch qui tuberculisent le cobaye. Polynucléose appréciable, chlorures peu diminués. Wassermann franchement négatif. Mort en neuf jours.

Obs. II (Bézy fils et Riser). — Enfant de douze ans qui est amené à la clinique infantile avec tous les signes d'un état méningé aigu : haute température depuis quatre jours (39 à 40 degrés) raideur de la nuque, Kernig et Brudzenski ; vomissements alimentaires abondants et fréquents, constipation opiniâtre,

La ponction lombaire a retiré un liquide hémorragique et orangé, sans coagulation sanguine, qui offre les caractères suivants :

Numération des hématies après dilution à 1 p. 100 : 30.000 par millimètre cube.

Numération des leucocytes :

1.000	polynucléaires..................	60 p. 100
	lymphhocytes et mononucléaires.	40 p. 100
	pas de macrophages.	

A l'examen direct par la thionine pas de germe ; ensemencement sur gélose ascite négatif.

Recherche du bacille de Koch positive : on a recueilli 10 centimètres cubes de liquide qui ont été ajoutés à 10 centimètres cubes d'eau de façon à laquer les hématies. Centrifugation prolongée, étalement assez épais, fixation à l'alcool acétique, lavage et Ziehl. Les bacilles était très peu nombreux et il a été nécessaire d'utiliser une platine mobile.

Autopsie : Elle a montré les lésions d'une méningite tuberculeuse typique, avec hémorragie diffuse, intéressant surtout la convexité cérébrale. Au niveau des grands lacs de la base, après lavage de larges fragments de méninges prélevés au niveau du pédoncule et de l'hexagone, on remarque la présence de quelques granulations bacillaires caractéristiques. On ouvre la vallée sylvienne et on retrouve ces mêmes granulations appendues aux extrémités terminales des petites artères qui partent de la sylvienne. L'examen microscopique a été pra-

tiqué : ses données les plus intéressantes ont déjà été exposées plus haut dans le préambule de ce chapitre.

B. MÉNINGITES TUBERCULEUSES AIGUËS AVEC LIQUIDE XANTOCHROMIQUE.

Ces formes sont semblables aux précédentes, cependant l'hémorragie a été moins abondante, moins brutale, mais plus diffuse. Il faut cependant remarquer que si les méningites tuberculeuses aiguës à forme hémorragique n'évoluaient pas si rapidement vers la mort, le sang aurait le temps de disparaître, car les globules rouges seraient lysés et le liquide serait coloré en jaune. C'est d'ailleurs ce qui se passe dans les hémorragies méningées des hypertendus, des syphilitiques : dans les premiers jours l'hémorragie est abondante, puis peu à peu les hématies diminuent et le liquide est devenu xantochromique vers le dixième jour. Il semble qu'il doive en être de même dans la méningite tuberculeuse et que le facteur temps est pour beaucoup dans les différents aspects du liquide; on ne doit donc pas séparer nettement les formes à liquide xantochromique de celles à liquide sanglant. C'est aussi ce qui explique le fait que, après centrifugation, on trouve tantôt des hématies en grande abondance, tantôt au contraire en très petit nombre. Dans ce dernier cas le liquide présente toutes les réactions de l'hémoglobine, les globules ont donc été détruits par les macrophages; par conséquent l'hémorragie a été précoce.

OBS. III (service de M. le professeur Audry). — Homme de trente ans, a été foudroyé par un ictus; transporté trois jours après à l'hôpital, il présente un syndrome méningé intense avec tous les signes classiques; en particulier la nuque est extrêmement raide et sa mobilisation arrache des cris au malade, bien que celui-ci soit dans le demi-coma; les membres inférieurs sont fortement contracturés en demi-flexion et adduction; les muscles des gouttières lombaires sont très contracturés, les pupilles sont inégales et ne se contractent pas à la lumière, ptosis du côté gauche. Réflexes tendineux vifs, crémastériens et abdominaux abolis. Le sujet est dans le coma, pousse des cris plaintifs quand on mobilise ses membres et sa nuque. Température, 40 degrés; pouls, 120. La ponction lombaire, très difficile à pratiquer, donne les résultats suivants : liquide nettement xantochromique qui jaillit à plusieurs centimètres. Abandonné à lui-même ce liquide ne coagule pas, il en est de même si l'on ajoute quelques gouttes de sérum humain ou d'hématies.

Ce liquide a été largement ensemencé sur une boîte de Pétri renfermant de la gélose Truche ascitée : ensemencement demeuré stérile.

Après dilution au vingtième, il est examiné à la cellule de Nageotte : il renferme 1.000 leucocytes par millimètre cube et 600 hématies plus ou moins déformées. La centrifugation montre un petit culot d'hématies. Autrement dit, liquide xantochromique renfermant une faible quantité d'hématies.

Formule leucocytaire : polynucléaires neutrophiles altérés, 80 p. 100. Cellules mononucléées assez grandes et petits lymphocytes, 20 p. 100. Pas de diplocoques intra et extracellulaires dans les frottis longuement examinés. C'est pourquoi on recherche le bacille de Koch sur frottis épais, et la méthode habituelle de Ziehl permet de déceler de nombreux bacilles très acido et alcoolo-résistants, le plus souvent enchevêtrés, parfois isolés, toujours grumeleux et moniliformes.

Urée, 0g40 ; 10 grammes d'albumine totale et 5g75 de chlorures; donc forte diminution des chlorures.

Le malade est mort trois jours après cette ponction. Pas d'autopsie.

En résumé, méningite tuberculeuse à évolution très rapide en six jours, ayant débuté par un ictus suivi immédiatement de coma; petite hémorragie méningée qui a dû se produire le premier jour et qui a déterminé le caractère xantochromique du liquide. Polynucléose, nombreux bacilles de Koch, diminution des chlorures.

OBS. IV. — Jeune fille de vingt-huit ans qui présente depuis plusieurs années un sommet droit avec lésions tuberculeuses : submatité, vibrations augmentées, respiration très diminuée, quelques craquements secs. A la suite d'excès éthyliques prolongés elle présente de la condensation des bases, des frissons et de la température oscillante pendant trois semaines. Nombreux pneumocoques dans les crachats, pas de bacilles de Koch; puis surviennent de la céphalée, de l'amaigrissement qui durent encore trois semaines au cours desquelles la condensation des bases ne disparaît pas complètement. Cette céphalée subit des paroxysmes assez capricieux, elle s'accompagne parfois de vomissements; six semaines après le début de la maladie survient un épisode cérébro-méningé caractéristique et vraiment aigu : forte céphalee, vomissements, raideur de la nuque, légère contracture des membres inférieurs, pupilles inégales (P. D. > P. G.), mais réagissant nettement à la lumière et surtout hémiparésie droite avec réflexes tendineux plus vifs que du côté gauche et Babinski très net. Tension artérielle normale, rien dans les urines, rien au cœur. Température, 38 degrés; pouls, 100. Une ponction lombaire a été pratiquée le jour même et l'examen en a été fait vingt-quatre heures après (docteur Riser).

Liquide nettement xantochromique, légèrement opalescent et renfermant plus de 300 hématies par millimètre cube et 1.000 leucocytes. La formule leucocytaire montre des polynucléaires et des cellules mononucléées en parties égales, pas de microorganismes par la méthode de Gram. La recherche du bacille de Koch est immédiatement pratiquée et elle est positive : on trouve à la platine mobile environ 1 à 2 bacilles pour 10 champs d'immersion, dans un frottis épais.

L'ensemencement sur gélose T ascitée a été négatif.

Dans le liquide surnageant : 7 grammes de chlorures, 8 grammes d'albumine, réaction de Wassermann négative, benjoin colloïdal (après que le liquide a été chauffé : 2.2.2.2. 2.2.2.1.1.2.0.0.).

La mort est survenue dix jours après.

En résumé, méningo-encéphalite tuberculeuse aiguë avec liquide xantochromique, hématies peu nombreuses. Polynucléose. Bacilles de Koch abondants. Légère diminution des chlorures.

OBS. V. — Malgache de vingt-six ans, maigre, mal nourri, éthylique; à la suite d'une nuit passée en plein air, par température froide et humide, il contracte une grosse bronchite banale qui guérit ou tout au moins s'amende considérablement en une quinzaine de jours. Mais brusquement céphalée violente et herpès péri-buccal avec température à 39 degrés, diarrhée, violentes douleurs abdominales.

1er août : pas de raideur de la nuque, pas de contraction des membres inférieurs, réflexes tendineux normaux. Une ponction lombaire est immédiatement pratiquée (docteur Riser) : elle donne issue à un liquide sanglant, mais non xantochromique; par le repos les hématies tombent au fond du tube assez nombreuses; le liquide surnageant est clair, eau de roche. Un examen à la cellule de Nageotte après dilution à 1/100 du liquide montre 200 leucocytes et environ 1.500 hématies par millimètre cube. Un examen direct du culot montre une formule leucocytaire où les lymphocytes et les polynucléaires sont en égale quantité. Pas de microbes par la méthode de Gram. Un ensemencement est pratiqué sur gélose T ascitée qui demeure négatif. Le bacille de Koch n'est pas recherché, d'ailleurs le dosage des chlorures avait montré un chiffre normal : 7g50 par litre; 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique furent injectés car le diagnostic de méningite cérébro-spinale épidémique paraissait probable (cephalée, herpès, fièvre).

2 août : la céphalée est moindre. On retire encore 20 centimètres cubes de liquide qui présente strictement les mêmes caractères que celui de la veille. On n'injecte pas de sérum antiméningococcique. Disons tout de suite que les cultures ont été négatives et que très vite le diagnostic de méningite cérébro-spinale a été rejeté.

Le 3 août, la céphalée est toujours violente et le malade obnubilé. Plusieurs vomissements alimentaires faciles. Parésie de la sixième paire droite et diplopie. Une troisième ponction

lombaire est pratiquée : elle donne issue à un liquide hypertendu et nettement sanglant, mais légèrement orangé, et cette légère teinte xantochromique est évidente après centrifugation. Le liquide surnageant renferme 2g50 d'albumine par litre et 7 grammes de chlorures. Wassermann négatif, de même dans le sang. La formule hémo-leucocytaire est la suivante :

205 leucocytes et 100 hématies par mm³.	Polynucléaires	50
	Petits lymphocytes	40
	Grandes cellules mononucléées	10

Pas de germes à l'examen direct. Pas de bacilles de Koch malgré une recherche patiente. Urines normales, ni sucre, ni albumine; tension artérielle plutôt basse.

6 août : l'état du malade s'aggrave, la fièvre oscille entre 38 et 39 degrés, pouls fréquent, céphalée non calmée par la glace et qui provoque des gémissements continuels. L'obnubilation est accentuée. Les vomissements alimentaires sont tellement fréquents que l'alimentation est à peu près impossible.

Nouvelle ponction lombaire : liquide xantochromique et moiré ne renfermant plus que 200 hématies au millimètre cubes, mais 300 leucocytes, avec pourcentage suivant :

Polynucléaires	30
Lymphocytes	60
Grands macrophages	10

Dans le liquide surnageant : chlorures, 7 grammes; albumine, 6 grammes. Benjoin 2.2.2.2.1.2.2.1.1.1.1. Réaction de Wassermann négative, pas de bacilles de Koch à l'examen direct, ni après homogénéisation du culot. Une bonne portion de celui-ci est inoculée à un cobaye.

10 août : le malade est mourant; obnubilation complète, bradypnée, pupilles immobiles et fortement dilatées, inégales et déformées. Carphologie. Contracture en extension et en adduction des membres inférieurs, vomissements fréquents. Une dernière ponction est pratiquée : liquide xantochromique, hypertendu et jaillissant, franchement jaune, mais presque dépourvu d'hématies, 1 centimètre cube de ce liquide n'en renfermait plus que 40 à 60 très déformées. Par contre, le nombre des leucocytes est passé à 400, presque exclusivement des lymphocytes et des grandes cellules mononucléées. Chlorures : 6g80. Le bacille de Koch est recherché à nouveau et sans succès, après homogénéisation à la soude, abaissement de la densité du mélange et centrifugation prolongée (procédé de Besançon et Philibert). On injecte dans le péritoine du cobaye inoculé auparavant le culot de 15 centimètres cubes du liquide. Un autre cobaye est inoculé avec les urines centrifugées du malade.

Le malade meurt quarante-huit heures après, le 12 août.

Résultat des inoculations : le cobaye inoculé avec l'urine du malade n'a présenté aucun phénomène anormal, ses urines examinées en temps voulu à l'ultramicroscope n'ont pas révélé de spirochètes; il a été sacrifié un mois et demi après l'injection et tous les organes étaient microscopiquement normaux.

Le cobaye inoculé avec le liquide céphalo-rachidien n'avait pas maigri au bout d'un mois et demi et avait mis bas une portée normale. Mais l'autopsie a montré des ganglions mésentériques très volumineux et ramollis; des frottis faits avec le pus des ganglions ont révélé de très nombreux bacilles de Koch.

En résumé, cette observation est intéressante parce qu'elle montre sur le vif l'influence du facteur temps sur la transformation d'un liquide céphalo-rachidien d'emblée hémorragique. Tout d'abord liquide clair chargé d'hématies quelques heures après que s'est produite l'hémorragie méningée, puis liquide sanglant et xantochromique, puis liquide xantochromique se dépouillant de ses globules rouges.

Il faut noter en même temps l'accroissement progressif de l'albumine et la diminution progressive des chlorures : 7g50, 7 grammes, 6g80. Pas de bacille de Koch à l'examen direct; après homogénéisation, inoculation positive.

Obs. VI. — Observation clinique incomplète. Enfant de douze ans qui présente un syndrome méningé aigu. Céphalée, raideur de la nuque, contractures douloureuses des membres, réflexes tendineux vifs, inégalité pupillaire, température élevée. Liquide céphalo-rachidien nettement et fortement xantochromique et opalescent, filaments de fibrine. A la cellule de Nageotte : 1.500 leucocytes et 300 hématies au millimètre cube (après dilution à 1,50). Formule leucocytaire : polynucléaires, 60 p. 100; éléments mononucléés, 40. Les polynucléaires sont altérés, chlorures, 7 grammes, albumine, 12 grammes. Réaction des globulines fortement positive (globulines mesurées par la méthode diaphanométrique après saturation du liquide par le sulfate de magnésie, 1 gr.).

Bacilles de Koch nombreux à l'examen direct.

Obs. VII. — Enfant de dix ans, présente un syndrome méningé intense depuis six jours avec raideur de la nuque, contractures extrêmes, obnubilation très marquée, mydriase et inégalité pupillaire, double ptosis, température 40 degrés, pouls 80.

Liquide céphalo-rachidien xantochromique, avec de rares hématies (20 par millimètre cube) et 200 leucocytes (lymphocytes, 80 p. 100, polynucléaires, 20), albumine, 6 grammes, benjoin colloïdal, 2.2.2.2. 1.2. 0.0.0.1.1.2.2.2.2.1.1. 0. Réaction de Wassermann négative. Pas de bacilles de Koch à l'examen direct, chlorures, 5 grammes.

L'inoculation a été faite le même jour avec le culot de 10 centimètres cubes de liquide, et intrapéritonéale. Un mois après l'animal est sacrifié et il présente un gros ganglion caséeux, à 1 centimètre sous les reins, sur la ligne médiane, et deux ganglions mésentériques du volume d'un pois, caséeux, renfermant des bacilles de Koch.

Ces cas d'hémorragie méningée dans la méningite tuberculeuse sont connus depuis longtemps; nous signalerons pour mémoire la communication de Lortat-Jacob (43), l'article de Villaret et Tixier (75), celui de Rénon, Géraudel et Tixier (62); la thèse de Paupe (56) et celle d'Altermann (3) qui contiennent la bibliographie de la question jusqu'en 1912.

Depuis cette époque nous signalerons comme travaux sur ce sujet : l'observation de Debré et Paraf (23) qui concluent que « la tuberculose partage avec la syphilis la plus grande place dans l'étiologie du syndrome de coagulation massive ». Les observations de H. Roger (65) signalent aussi une xantochromie légère. Notons encore le cas de Creyx et Charles Massias (22), celui de J. Huber et Prignaux (37) qui attribuent la xantochromie à des modifications du liquide céphalo-rachidien provoquées par des ferments sécrétés par des leucocytes pathologiques (a). Comme on le voit par cette énumération d'ailleurs incomplète, le caractère hémorragique du liquide céphalo-rachidien n'est pas une rareté dans la bacillose méningée. On s'explique donc très bien que Netter ait pu dire que la xantochromie et l'hyperalbuminose étaient pour lui un indice important de méningite tuberculeuse.

Etude d'ensemble des méningites tuberculeuses à liquide hémorragique et xantochromique. — Le seul examen clinique est souvent insuffisant pour affirmer la bacillose méningée.

Seul l'examen du liquide céphalo-rachidien est capable de fournir des données de première importance. Très souvent dans le culot de centrifugation la recherche du bacille de Koch est couronnée de succès. Il faudra donc toujours en présence d'un liquide xantochromique dont la pathogénie est suspecte, rechercher le bacille. Seul il peut permettre

(a) Nous ajouterons encore les observations de Fairise et Remy (20), Villaret et Paul Descomp (77) [liquide céphalo-rachidien cytologiquement hémorragique], Alzona (4) [méningite hémorragique d'une durée de cinq mois compliquée de signes tabétiques avec altération des racines postérieures constatée à l'autopsie], Aldo Graziani (32) [liquide xantochromique avec coagulation massive sans symphyse méningée].

d'affirmer le diagnostic car ni le taux variable de l'albumine, ni la formule cytologique ne permettent une affirmation qui condamne le malade.

En effet il ne faut pas oublier les diverses causes d'hémorragie méningée.

Les cas d'*encéphalite infectieuse hémorragique* avec xantochromie du liquide céphalo-rachidien et même hémorragie méningée sont très rares. Ces encéphalites non épidémiques bien étudiées par Raymond et Cestan peuvent apparaître comme une maladie primitive, d'origine souvent toxémique; les examens bactériologiques sont en effet très rarement positifs. Cependant ce qui distingue ces encéphalites de la méningite tuberculeuse c'est que la lésion hémorragique prédomine dans l'écorce et ce n'est pas une méningo-encéphalite, par conséquent la ponction lombaire ramène très rarement un liquide xantochromique.

On peut donc conclure que dans l'immense majorité des cas ce diagnostic ne se pose pas. Cependant Wolfler en a rapporté deux observations partout citées : il s'agissait d'encéphalite à piqueté hémorragique diffus, toutes les deux consécutives à une pneumopathie chez des enfants. Dans une observation, sur une coupe du cortex on put mettre en évidence des pneumocoques; dans l'autre toutes les investigations demeurèrent négatives; le liquide était xantochromique, un peu hémorragique mais sans pléocytose très marquée.

Bien plus important est le diagnostic avec la *méningite cérébro-spinale épidémique à forme hémorragique.* Dans quelques cas l'affection évolue comme une septicémie avec réaction méningée. La température est élevée et le malade présente surtout un syndrome hémorragipare avec splénomégalie, arthralgies; l'hémoculture est souvent positive. Ce tableau si particulier ne prête guère à confusion avec la méningite tuberculeuse. Mais il est des cas où on se trouve en présence d'une véritable méningite suraiguë hémorragique. Ici pas de signes de septicémie mais des signes d'une atteinte méningée très brutale avec coma rapide. Dans quelques cas trop rares le début est moins foudroyant et si le diagnostic est fait, on peut intervenir efficacement.

C'est l'examen du liquide céphalo-rachidien qui permet le diagnostic, car rien ne distingue cliniquement cette méningococcie de la bacillose méningée; bien plus, dans une de nos observations de méningite tuberculeuse aiguë, le malade présenta de l'herpès péri-buccal. L'examen microscopique montre la présence, à l'intérieur des polynucléaires et entre les cellules blanches et rouges, de diplocoques Gram-négatifs ce qui est évidemment le meilleur signe différentiel. Il va de soi que si l'examen sur lame a montré les méningocoques ceux-ci doivent être ensemencés sur gélose Truche, sur gélose sanglante ou sur gélose ascite. Mais on ne devra pas attendre pour injecter dans la cavité sous-arachnoïdienne le sérum polyvalent.

Il ne faut pas oublier que si cette méningite épidémique hémorragique est rare, elle n'en existe pas moins et que chez un sujet jeune qui a une hémorragie méningée avec phénomènes généraux graves, et température élevée, la recherche du méningocoque s'impose [Cf. Article Chalier et Mlle Schoen (17 *bis*)].

Les hémorragies méningées sans infections aiguës, ne sont pas toujours d'un diagnostic étiologique très facile parce que très souvent elles s'accompagnent de fièvre, de vomissements et nausées. Mais le plus souvent l'examen complet des malades permet d'attribuer l'hémorragie à sa cause : syphilis, hypertension, urémie. Il faudra toujours songer à la syphilis cause fréquente, chez les jeunes, de raptus hémorragiques méningés fébriles. Il faudra y songer même si la réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le liquide. Laurentier (41 *bis*) vient de consacrer une importante revue critique à cette question.

Mais en fait d'hémorragies méningées chez les jeunes sujets, nombreux sont les cas où le diagnostic étiologique est impossible malgré les investigations les plus minutieuses.

En voici deux exemples :

Obs. VIII. — Homme de trente-cinq ans, jusque-là en excellente santé, souffre de la tête, légèrement, mais à toute heure, durant une semaine, et présente alors un syndrome méningé caractéristique : fièvre élevée, continue, oscillant entre 38 et 38,5. Raideur de la nuque, membres supérieurs contracturés en flexion, membres inférieurs en extension. Babinski. Pupilles petites, mais réagissant à la lumière. Urines normales, tension normale, pas d'azotémie, pas de phénomènes septicémiques, ni arthralgies, ni splénomagalie, ni éruptions, pas d'ictère.

Ponction lombaire : liquide hémorragique, non xantochromique, mais sanglant, sans coagulation, avec 1.400 hématies au millimètre cube et seulement 20 polynucléaires. Dans le liquide qui surnage après centrifugation la réaction de Wassermann est tout à fait négative, de même dans le sang. L'ensemencement du culot est négatif. La recherche du bacille de Koch est infructueuse même après homogénéisation. Disons tout de suite qu'une grosse inoculation intrapéritonéale au cobaye est demeurée sans effet (autopsie au bout de deux mois). Deux injections de néo à 0gr30 faites à dix jours d'intervalle n'ont pas été suivies de réactivation de la réaction de Wassermann qui est demeurée négative et dans le sang et dans le liquide.

Le malade a complètement guéri en deux semaines.

En résumé : hémorragie méningée chez un jeune sujet sans cause apparente et malgré les investigations les plus minutieuses.

Obs. IX (service de M. le docteur Daunic, octobre 1925). — La voici, un peu différente, rapidement résumée : Adulte trente-six ans, qui présente une hémorragie méningée : caractéristique (liquide sanglant, légèrement jaune. 1.000 hématies, 19 leucocytes) avec syndrome clinique de méningite : raideur de la nuque considérable, forte contracture en flexion des membres inférieurs, rachialgie, douleurs radiculaires avec abolition temporaire des réflexes tendineux du membre inférieur. Pas d'anamnèse syphilitique. Réaction de Wassermann négative dans le liquide, pas d'albumine dans les urines, tension artérielle normale. Mais ce malade présente un état infectieux caractérisé par une rate percutable, des arthralgies, de la diarrhée, et un état fortement saburral des voies digestives.

Etude d'ensemble du diagnostic différentiel. — La lecture des observations que nous venons de rapporter montre bien la difficulté du diagnostic étiologique de tous les états hémorragiques fébriles des méninges molles.

En pratique il faudra tenir le plus grand compte de l'anamnèse, traumatisme, hypertension, urémie, accidents syphilitiques; on examinera complètement le malade surtout au point de vue de l'appareil urocirculatoire, sans oublier l'examen des pupilles et de l'aorte, on tiendra compte de la température élevée et du début brusque qui accompagnent volontiers les hémorragies méningées infectieuses aiguës.

Mais surtout on attachera la plus grande importance à l'abondance de globules blancs par millimètre cube par rapport aux hématies. Dans les hémorragies méningées aiguës non infectieuses

même quand la syphilis est en cause, le nombre de leucocytes par millimètre cube est peu élevé et ne dépasse guère 50.

Au contraire la bacillose méningée et la méningite cérébro-spinale épidémique de forme hémorragique se manifestent au point de vue anatomique par une inflammation diffuse et intense de tout l'espace arachnoïdien, et la ponction lombaire ramènera un liquide non seulement sanglant, mais riche en cellules inflammatoires ; c'est un pus sanglant, et les chiffres de 200, 500, 1000 leucocytes par millimètre cube sont habituels.

Ajoutons que ces différences entre le taux des cellules blanches ont d'autant plus d'importance diagnostique que l'examen a été fait plus précocement. En effet, même dans les processus hémorragiques traumatiques, la présence de globules rouges dans les travées arachnoïdiennes détermine une irritation, une légère diapédèse des polynucléaires ; plus tard, les macrophages apparaissent et la présence de tous ces éléments contribuera à modifier le rapport $\frac{\text{globules rouges}}{\text{leucocytes}}$.

Mais, nous le répétons, c'est seulement dans les méningites hémorragiques tuberculeuses et méningococciques que l'on trouve dans le liquide céphalo-rachidien cette proportion importante de leucocytes, le plus souvent polynucléaires altérés, véritables globules de pus qui traduisent le processus inflammatoire aigu et généralisé dont l'hémorragie n'est qu'une conséquence directe. Si cette réaction leucocytaire manque, si la température n'est pas très élevée et oscille autour de 38 degrés, on devra songer à une hémorragie méningée causée par la syphilis, par une intoxication.

Si, au contraire, les phénomènes cérébro-méningés sont très intenses, la température élevée, si surtout la proportion des cellules blanches est élevée par rapport aux globules rouges et dépasse 5 p. 100, il ne faut pas hésiter à soupçonner une méningite aiguë hémorragique tuberculeuse ou cérébro-spinale.

Pour affirmer la méningite cérébro-spinale épidémique on aura recours à l'examen direct des frottis colorés par la thionine et le bleu de méthylène, la toluidine, qui ne teignent que légèrement les hématies en vert pâle, tandis que les microorganismes et les noyaux de leucocytes apparaissent immédiatement en violet noir. Bien entendu la méthode de Gram sera aussi utilisée. Enfin on ensemencera largement sur gélose T. ou gélose ascite.

De toutes façons on pratiquera une recherche des bacilles de Koch, on utilisera la technique suivante qui est excellente : à 10 centimètres cubes de liquide sanglant on ajoute de III à V gouttes d'acide acétique suivant la quantité plus ou moins forte d'hématies en suspension ; on mélange bien et on attend deux à trois minutes, le liquide se clarifie très notablement car les hématies sont lysées, tandis que les leucocytes sont absolument respectés dans leur forme et même fixés. On centrifuge longuement ; le culot est étalé sur une lame et le frottis doit être assez épais, on traite par la méthode de Ziehl. On peut aussi procéder de la manière suivante : on centrifuge largement le liquide hémorragique ou xantochromique, on renverse le tube et on rejette le liquide surnageant. Avec un fil de platine ou une pipette, on mélange bien les différentes parties du culot qu'on étale sur une lame : le frottis sera épais. On le traite alors par le liquide suivant appelé solution de Ruge (acide acétique, 1 centimètre cube ; formol à 40 p. 100, 2 centimètres cubes ; eau, 100 centimètres cubes). On arrose le frottis avec ce liquide jusqu'à ce que toute coloration rose ait disparu, c'est-à-dire jusqu'à disparition de l'hémoglobine, ce qui demande une minute environ. On arrose d'alcool à 95 degrés pendant trois à quatre minutes, on lave doucement à l'eau courante pendant une demi-minute et on traite par le Ziehl habituel.

Ces deux excellentes techniques permettent de traiter par le Ziehl un abondant culot ; elles mettent les bacilles de Koch en évidence dans presque tous les cas de méningite bacillaire hémorragique et on ne devra jamais manquer de les mettre en œuvre avant même d'attendre le résultat négatif des cultures. C'est là le procédé diagnostique de choix.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 MARS 1926)

Sur l'argon du sang. — MM. L. HACKSPILL, A.-P. ROLLET et Maurice NICLOUX.

Sur le fractionnement des protéides du sérum et la désalbumination du sérum antidiphtérique. — MM. P. SÉDALLIAN et J. LOISELEUR.

Sur la répartition du phosphore dans le sérum et les globules rouges du sang. — M. S. POSTERNAK.

Comité secret. — La Commission chargée de dresser une liste de candidats à la place d'académicien libre vacante par le décès de M. E. Tisserand, présente la liste suivante : en première ligne, M. Jean Charcot ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Charles Achard, Paul Helbronner, Louis Martin et Henri Pottevin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 MARS 1926)

Le résultat des traitements prolongés du diabète par l'insuline. — M. Marcel LABBÉ. « L'insuline a complètement changé le pronostic du diabète grave. J'ai montré en février 1924, les résultats immédiats que nous obtenions par le traitement, résultats conformes à ceux qu'avaient annoncés les médecins canadiens. En combattant l'hyperglycémie, l'acidose et la dénutrition azotée, l'insuline change un diabète grave en un diabète bénin et rend un individu valide à la Société.

Les résultats éloignés sont aussi remarquables : les malades qui seraient tous morts sans l'insuline survivent dans la proportion de 50 p. 100, deux à trois ans après le début du traitement par l'insuline.

Avant l'insuline, ils auraient probablement succombé au coma ; avec l'insuline nous en comptions : 5 morts du coma, 3 de suppurations, 4 de tuberculose pulmonaire, les morts dans le coma se sont produites généralement pendant l'été, lorsque les malades, livrés à eux-mêmes ont négligé le traitement et n'ont pu être secourus à temps. Ces suppurations ont été : une parotidite, une grippe avec sinusite, un abcès sous-cutané avec septicémie. La tuberculose reste fréquente chez les diabétiques en France, et l'insuline n'a pas le pouvoir d'en empêcher l'évolution.

En somme, les diabétiques traités par l'insuline, bien que très améliorés, restent très fragiles, exposés à de nombreuses complications. Ils doivent être surveillés attentivement, apprenant eux-mêmes à se soigner, à suivre un régime et à manier l'insuline sous la direction de leur médecin.

Parmi ceux qui survivent, aucun ne peut être considéré

comme guéri. Il n'a été publié jusqu'ici aucun cas authentique de guérison. La plupart offrent une aggravation progressive du processus diabétique qui nécessite un emploi de doses plus fortes d'insuline. Mais l'évolution de la maladie est considérablement ralentie.

Une véritable amélioration avec répression du trouble diabétique est rare et, d'ailleurs, assez difficile à mettre en lumière. J'en ai observé deux cas chez une femme de vingt-huit ans et chez une fille de seize ans; chez ces deux malades, atteintes de diabète grave, puisque l'une a subi une menace de coma et que l'autre est tombée deux fois dans le coma; on constate une élévation de la tolérance hydrocarbonée, une diminution de l'acidose, une augmentation du poids, malgré la réduction du traitement par l'insuline. On peut espérer une guérison avec la prolongation du traitement. Joslin, en effet n'a vu de véritable amélioration que chez les malades traités depuis longtemps. C'est après la seconde année que l'on peut espérer.

Certains auteurs pensent qu'il se fait une régénération des îlots de Langerhans; peut-être s'agit-il simplement d'une régénération fonctionnelle, soit par excitation due à l'insuline, soit grâce à la mise au repos de l'appareil glycorégulateur grâce à l'insuline. »

Organisation de l'actinothérapie dans une crèche d'hôpital. — MM. Jules Renault et H. Biancani ont installé dans la crèche de l'hôpital Saint-Louis un système de sources de radiations ultra-violettes, lumineuses et infra-rouges. Ils ont fait choix, d'une part, de lampes munies d'un filtre en verre spécial qui laisse surtout passer des rayons lumineux réfrangibles; d'autre part, de lampes en quartz à vapeur de mercure riches en rayons ultra-violets; en troisième lieu, d'une lampe à résistance chauffante, munie d'un filtre ne laissant passer que des radiations infra-rouges; enfin, d'une lampe à arc à charbons métallisés riche à la fois en rayons de grandes et de courtes longueurs d'ondes.

Une telle installation a été possible grâce aux conditions physiques spéciales déjà réalisées dans la crèche. Elle permet aux enfants, tout en restant dans leur lit, de bénéficier d'un ensemble de conditions physiques éminement favorables : pureté de l'air, optima de température et de rayonnement. Elle permet de faire des irradiations collectives, et elle permet aussi, par un système approprié d'écrans amovibles de faire des irradiations individuelles. Elle permet de faire agir, suivant la nature de la maladie, telle ou telle source de radiations, et d'en apprécier leurs effets dans des conditions particulièrement favorables. Elle permet de traiter par les radiations, des enfants atteints d'affection aiguë. Elle permet enfin de ne rien changer aux conditions d'isolement qui sont réalisées dans cette crèche par la disposition des boxes.

Rôle présumé du virus tuberculeux filtrant dans la pathogénie de certaines hypotrophies et atrophies des nourrissons des mères tuberculeuses. — MM. Fernand Arloing et A. Dufourt (de Lyon), dans un travail clinique et expérimental, relatent l'observation d'un enfant né prématurément à sept mois d'une mère atteinte de tuberculose pulmonaire avancée. Ce nouveau-né immédiatement isolé, mis en couveuse, est mort au bout d'un mois après une perte de poids brutale de plus d'un cinquième de son poids.

On ne trouva chez lui aucune lésion tuberculeuse apparente, et seulement quelques bacilles tuberculeux dans les ganglions mésentériques.

L'inoculation au cobaye de fragments ou de suc filtré des principaux viscères fut négative; mais l'injection sous-cutanée du suc filtré des ganglions mésentériques provoqua la tuberculisation des animaux qui moururent extrêmement amaigris, quasi squelettiques.

D'étranges similitudes existent entre cette observation humaine et les faits expérimentaux. Elles frappent profondément l'esprit en ce qui concerne le problème de l'hérédité du germe tuberculeux. Il est fort à présumer qu'il existe chez le nouveau-né une pathologie spéciale encore méconnue due à la transmission transplacentaire du virus filtrant tuberculeux. Dans ce cadre rentrent probablement certains dépérissements, hypotrophies ou atrophies dont l'origine n'a jamais été clairement élucidée.

A propos du céphalématome. — M. Potocki montre que le céphalématome qui est ordinairement sans danger se complique néanmoins quelquefois et donne lieu, en particulier, à la formation de véritables tumeurs osseuses.

Il peut donc y avoir avantage à le ponctionner s'il est trop volumineux ou si sa résorption est trop lente. La ponction apparaît sans danger si elle est faite avec une asepsie rigoureuse.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la deuxième section (chirurgie et accouchements), en remplacement de M. Wallich, décédé.

Classement des candidats : en première ligne, M. Couvelaire; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique. MM. Brindeau, Demelin, Guéniot, Potocki.

Au premier tour de scrutin, M. Couvelaire, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, a été élu par 46 voix sur 65 votants.

M. Demelin a obtenu 8 voix; M. Brindeau, 7; M. Potocki, 2; M. Paul Guéniot, 1; bulletin blanc, 1.

L'Académie se trouve donc au complet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 MARS 1926)

Réaction de Dick. — M. Lesné et Mlle Dreyfus-Sée, avec la collaboration de Mlles Le Bouedec et Legrand, ont recherché la réaction de Dick chez 76 enfants. Ils ont employé trois toxines différentes. Deux de ces toxines leur ont fourni des réactions souvent en discordance avec l'expérience clinique (Dick + chez des enfants convalescents de scarlatine). Par contre, la troisième toxine préparée par M. Zoeller paraît donner des résultats satisfaisants dans l'ensemble.

Un cas de génito-dystrophie d'origine syphilitique. — MM. Laignel-Lavastine et P. George présentent un malade entré à l'hôpital de la Pitié pour pneumonie droite aujourd'hui guérie. Mais l'intérêt de ce malade réside en une génito-dystrophie à type d'insuffisance thyro-testiculaire, avec atrophie du corps thyroïde et des testicules, chute des poils, modifications de la peau, diminution de la valeur du métabolisme basal. Le malade ayant contracté autrefois la syphilis, les auteurs pensent qu'il s'agit d'un syndrome d'insuffisance thyro-testiculaire avec note hypophysaire d'origine syphilitique.

L'auto-intoxication phénolique et sa diurèse compensatrice. — MM. E.-M. Binet, A. Mathieu de Fossey et R. Goiffon rapportent les résultats de 697 analyses d'urine dont 58 suivies cliniquement, dans lesquelles les phénols ont été recherchés par la méthode de Goiffon et Nepveux. Au-dessus de 0,30 par vingt-quatre heures on peut dire qu'il y a phénolurie excessive; celle-ci s'accompagne d'une augmentation de la diurèse, et, dans ce cas, les symptômes cliniques d'auto-intoxication (vertiges, céphalée, asthénie, pâleur du visage) sont absents ou réduits à leur minimum. Au contraire, à une diurèse faible ou normale, avec taux excessif de phénols, correspondent toujours des troubles généraux d'auto-intoxication.

Rhumatisme chronique tuberculeux. Inoculation positive du liquide d'hydarthrose. — MM. Harvier, Rachet et Lemaire. Un homme de quarante ans fait une première crise rhumatismale à dix-sept ans, une seconde à trente-six ans, toutes deux passagères. A trente-sept ans, troisième crise évoluant depuis trois ans. On constate des lésions de rhumatisme chronique des épaules, des poignets (avec participation des gaines synoviales), des genoux, des tibio-tarsiennes. Au cours d'une de ces poussées, localisée à l'un des genoux, la ponction a ramené un liquide citrin, à formule polynucléaire, dont l'inoculation a tuberculisé le cobaye. Ce rhumatisme tuberculeux, ostéo-articulaire et péri-articulaire porte donc sa signature étiologique.

Le syndrome paralytique unilatéral global des nerfs craniens. — MM. Georges Guillain, Th. Alajouanine et Raymond Garcin rapportent l'histoire d'un malade chez

lequel se sont développées des paralysies des douze nerfs craniens du côté gauche, paralysies ne s'étant accompagnées d'aucun symptôme moteur ou sensitif des membres.

Les auteurs insistent sur l'intérêt des syndromes cliniques réalisés par les paralysies multiples unilatérales des nerfs craniens. Ces syndromes peuvent être schématisés ainsi :

1. Syndrome de la paroi externe du sinus caverneux (Foix) caractérisé par une ophtalmoplégie unilatérale progressive avec douleur de l'ophtalmique.

2. Syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal caractérisé par une névralgie unilatérale du trijumeau avec ophtalmoplégie totale et amaurose.

3. Syndrome de la face interne du rocher se traduisant par l'atteinte du facial, du nerf cochléaire et du nerf vestibulaire, syndrome de début de nombre de cas de tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.

4. Syndrome du trou déchiré postérieur avec atteinte des IXe, Xe, XIe, syndrome du carrefour condylo-déchiré postérieur avec atteinte surajoutée de l'hypoglosse.

5. Syndrome global qui réalise la synthèse de tous les syndromes partiels précédemment décrits.

Septicémie veineuse et phlébite thoraco-cervicale au cours d'un cancer de l'ovaire. — MM. Merklin, Foncin et Adnot rapportent l'observation d'une femme qui vint à l'hôpital pour un double hydrothorax avec ascite. Etat fébrile continu. Peu à peu s'installèrent des signes de stase dans le système cave supérieur.

Le diagnostic fut hésitant jusqu'au jour où l'on perçut le long des deux jugulaires des gonflements douloureux qui firent porter le diagnostic de septicémie veineuse. La malade mourut d'une embolie pulmonaire.

L'autopsie confirma le diagnostic, mais montra de plus un cancer de l'ovaire droit qui avait évolué de façon tout à fait latente. Il s'agissait en définitive d'une infection veineuse chez une néoplasique, remarquable par la localisation insolite de la phlébite qu'expliquait le processus septicémique.

Syndrome de Raynaud. Pressions veineuses et capillaires. Action de l'histamine et de l'acétylcholine. — MM. Maurice Villaret et L.-Justin Besançon présentent une malade atteinte d'un syndrome de Raynaud et qu'ils ont suivie depuis plus d'un an. Les recherches des auteurs ont porté sur la pathogénie, le diagnostic différentiel et le traitement du syndrome.

La malade présente une pression veineuse basse qui contraste avec une forte hypertension artérielle. Cette donnée oppose le syndrome de Raynaud aux acrocyanoses des jeunes, avec insuffisance des sécrétions internes génitales et hypertension veineuse.

La capillaroscopie révèle la dilatation des capillaires en dehors des crises, leurs déformations moniliformes au cours des crises. Cette donnée est très utile pour le diagnostic différentiel avec d'autres syndromes (érythromélalgie, acrocyanose, thrombo-angéite oblitérante). L'acétylcholine, dilatateur des artères et constricteur des capillaires, fait cesser net les douleurs et l'asphyxie locale, après une injection de 1 à 5 milligrammes. La pression artérielle tombe brusquement sans modification parallèle de la pression veineuse. L'effet dure plusieurs heures. Dans un but thérapeutique l'acétylcholine est donc indiquée dans les crises paroxystiques.

Sur le mode de guérison d'une septicémie à staphylocoque (rôle de l'abcès de fixation et effets secondaires sur l'évolution d'une tuberculose pulmonaire). — MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et René FAUVERT présentent un malade guéri depuis quatre mois d'une septicémie à staphylocoque. Ce malade, tuberculeux pulmonaire et porteur d'une filariose, a présenté une septicémie à staphylocoque avec localisations articulaires et musculaires multiples n'évoluant jamais vers la suppuration et ayant duré cinq mois pendant lesquels la température a oscillé entre 38 et 40. L'échec des différents traitements tentés et prolongés pendant un temps suffisant a été complet. Cinq mois après le début des accidents, un abcès de fixation se constitue spontanément à la face interne de la cuisse. En quatre jours, cet abcès se collecte et est incisé. Aussitôt la température retombe à 37; l'état général du malade s'améliore très rapidement. Les auteurs montrent que dans ce cas les travaux de M. Feuillie semblent recevoir une intéressante confirmation.

Le rose bengale dans l'exploration fonctionnelle du foie. — MM. Noël FIESSINGER et Henry WALTER, après avoir fixé une nouvelle technique d'exploration du foie au rose bengale, montrent que le taux rétentionnel de ce colorant permet d'évaluer le rendement fonctionnel de l'organe. Ils classent les faits observée suivant les taux rétentionnels. Les taux bas correspondent au fonctionnement normal, les taux élevés aux maladies intéressant la constitution anatomique et la fonction de l'organe.

Dystrophies et dyschromies du système pileux dans le goitre exophtalmique et hyperthyroïdisme expérimental. — MM. SAINTON et J. PEYNET. Les troubles du système pileux chez les basedowiens consistent en :

1. Chute du système pileux au pubis et aux aisselles;
2. Alopécie en plaques d'aspect peladique;
3. Canitie habituellement par plaques;
4. Décoloration en aires du système pileux dans différentes régions du corps coexistant ou non avec du vitiligo.

Les cliniciens ont noté le parallélisme existant entre l'amélioration du syndrome de Basedow et la cessation des troubles du système pileux. On a fait jouer également un rôle à l'hyperthyroïdisme dans la pelade. Ces faits montrent le rôle que l'on peut attribuer au corps thyroïde dans les états pathologiques du système pileux. Ils fournissent une explication des cas de canitie rapide ou même subite en raison de l'action des émotions sur la sécrétion thyroïdienne.

Cyanose paroxystique par atrésie tricuspidienne. — M. J. CATHALA et Mlle TISSERAND. Observation d'un enfant de quatre mois qui succombe en dix heures à une crise de cyanose paroxystique avec l'aspect du syndrome toxique et asphyxique de la grippe maligne. L'examen anatomique mit en évidence une malformation congénitale caractérisée par : 1° l'atrésie de la valvule tricuspide; 2° une dilatation monstrueuse de l'oreillette droite; 3° une communication inter-auriculaire; 4° un développement rudimentaire du ventricule droit sans communication interventriculaire.

La réaction de Dick au cours de la rougeole. — M. Jean PARAF. Tandis que la rougeole simple n'exerce aucune influence sur la réaction de Dick; dans quelques cas de rougeole compliquée (bronchopneumonie, mastoïdites avec présence de streptocoques), l'auteur a pu observer au cours de la convalescence la négativation d'une réaction antérieurement positive.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1926)

Paralysie radio-circonflexe symétrique à début brusque d'origine probablement spécifique. — MM. VEDEL, PUECH et VIDAL.

Rétrécissement mitral pur épisodique dans quatre cas d'épilepsie. — MM. EUZIÈRE, PAGES et MARCHAND.

Spina bifida occulta. Pied bot bilatéral. Scoliose. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et MONTAGNE soupçonnent le rôle d'une spina bifida occulta dans l'étiologie d'un pied bot varus équin bilatéral apparu spontanément vers trois ans et se développant progressivement. La malade présente de plus une scoliose avec rotation vertébrale telle que la radiographie est indéchiffrable. Mais en face de la troisième pièce lombaire on remarque de l'hypertrichose et une cicatrice cutanée. On peut donc penser à un spina bifida occulta et lui rattacher pied bot et scoliose.

A signaler le remarquable résultat obtenu par simple allongement bilatéral du tendon d'Achille maintenu depuis huit mois.

Contribution à l'étude du métabolisme chez les eunuques. — MM. VEDEL, PUECH et LANG ont recherché la créatine dans les urines d'un sujet qui, à la suite d'une émasculation totale à l'âge de cinquante-huit ans, avait présenté de l'obésité, une régression et une féminisation des caractères sexuels secondaires. Ils ont constaté l'absence de créatinurie que Read considère comme un « caractère sexuel féminin chimique ».

Les deux syndromes cardio-vasculaires des colitiques. — MM. BAUMANN et MARTIN (de Chatel-Guyon).

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1926)

Influence de la radiothérapie sur la polypeptidémie. — M. PUECH. A la suite du traitement radiothérapique on voit survenir une augmentation de la polypeptidémie qui peut être considérable et est d'autant plus marquée que le territoire irradié est plus étendu et les cellules plus radio-sensibles. Cette hyperpolyptidémie, d'origine cytolytique, est immédiate et passagère. Elle peut sans doute expliquer les phénomènes du choc qui caractérisent le mal des irradiations pénétrantes; l'auteur n'a pas encore fait d'expériences à ce sujet.

La polypeptidémie par autophagie. — M. PUECH. L'autophagie est responsable de l'augmentation de la polypeptidémie constatée au cours de certains processus de dénutrition. Tandis que le diabète simple ne la provoque pas on la voit apparaître dans le diabète grave, consomptif aussi bien chez l'homme que chez le chien dépancréaté. Elle survient aussi dans les états cachectiques de causes diverses et est particulièrement nette chez les grands inanitiés chez lesquels l'examen des urines montre l'existence d'hyperazoturie et d'acidose, l'examen du sang un certain degré d'hyperazotémie.

Deux cas de paralysie obstétricale. — MM. LEENHARDT et REVERDY.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons des cours de perfectionnement des sages-femmes faites à la maternité départementale de Bordeaux (novembre 1924), par MM. Jean ANDÉRODIAS, professeur agrégé, chirurgien en chef de la maternité et Paul BALARD, ancien chef de clinique à la Faculté, accoucheur des hôpitaux, préface de M. le professeur Paul BAR, président de l'Académie de médecine.

« Voici réunies, écrit M. le professeur Bar, dans sa préface, huit conférences faites par MM. Andérodias et Balard, au cours d'une période de stage accomplie volontairement par des sages-femmes exerçant déjà depuis plus ou moins longtemps leur profession et animées du louable désir de mieux faire.

Par le choix des sujets, par leur manière simple, ces conférences sont bien telles qu'elles devaient être pour atteindre sûrement le but poursuivi. »

En appréciant l'effort si utile, fait à Bordeaux, M. Bar qualifie plus loin ce livre de livre d'action. C'est dire le sens pratique de ces conférences que les médecins comme les étudiants liront avec un intérêt certain.

L. G.

(1) Un volume in-8. — Prix : 4 fr. — Bordeaux, Librairie A. Mollat.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 26. — MERCREDI 31 MARS 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 31 MARS 1926. — N° 26.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **9 fr. 50.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

BELGIQUE ET ITALIE. . . . **45** *fr.*

Tarif n° 1 : **55** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rist, Ribierre, Widal, Chiray, Aviragnet, Laignel-Lavastine, qui acceptent; Laubry, Lemaire, Bruhl, Jeanselme, Chevrier, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séances du 25 mars. — MM. Tourneix, 26; Lorin, 24; Sénèque, 25; Pascalis, 27; — Wilmoth, 25; Michon, 26; Richard, 25; Quénu, 29.

Séance du 26 mars. — MM. Oberlin, 27; Braine, 26; Charrier, 24; Maurer, 25.

HOSPICE PAUL BROUSSE (VILLEJUIF). — Des concours sont ouverts pour la nomination d'un médecin adjoint et la nomination d'un chef de laboratoire de radiologie à l'hospice départemental Paul Brousse, à Villejuif (Seine).

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 avril inclusivement, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, à la Préfecture de la Seine (direction des Affaires départementales, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau), dimanches et fêtes exceptés.

L'indemnité annuelle attribuée au médecin adjoint est fixée à 3.000 francs.

L'indemnité annuelle attribuée au chef de laboratoire de radiologie est fixée à 5.600 francs.

Pour tout renseignement, s'adresser à l'administration des Affaires départementales.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — HISTOIRE NATURELLE PHARMACEUTIQUE. — Jury : MM. Bretin, président; Gerber, Desoil; Beille, suppléant.

Epreuve pratique. — Séance du 19 mars. — MM. Fourment et Manceau, 18.

Exposé de titres. — Séance du 20 mars. — MM. Fourment et Manceau, 18.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 23 mars. — M. Fourment : « Les rhubarbes (botanique) et matière médicale » ; note : 18 1/2.

M. Manceau : « Les fougères médicinales »; note : 18.

Notes : MM. Fourment, 54 1/2; Manceau, 54

OPHTALMOLOGIE. — Jury : MM. Rollet, président; Gérard, Terrien, Strohl, Teulières.

Exposé de titres. — Séance du 22 mars. — MM. Velter, 29 1/2; Magitot, 29; Toulant, 27; Villard, 27 1/2.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 22 mars. — M. Magitot : « Tumeurs de l'iris »; note : 25.

Séance du 23 mars. — M. Velter : « Valeur séméiologique des hémianopsies homonymes » ; note : 30.

M. Toulant : « Séméiologie des exophtalmies »; note : 26 1/2.

M. Villard : « La vision binoculaire à l'état normal et dans le strabisme convergent » ; note : 25 1/2.

Epreuve pratique. — Séance du 24 mars. — MM. Magitot, Villard et Velter, 30.

Sont proposés : MM. Velter (Faculté de Paris), Villard (Faculté de Montpellier).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Mirc, médecin chef, préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen (Lot-et-Garonne), a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Font-d'Aurelle (Hérault), en remplacement de M. le docteur Albes.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

(A titre posthume.) *Au grade de chevalier.* — M. Juramie,

interne titulaire en médecine des hôpitaux d'Alger, dont nous avons déjà publié la belle citation (*Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 20, p. 314).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le docteur Léon Mabille, licencié en droit, est nommé chef adjoint du cabinet du ministre.

MISSION. — M. le docteur Jeanneney, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, est chargé de mission par le ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, pour étudier l'organisation de la « lutte contre le cancer en Italie ».

PRATIQUE MÉDICALE

LES EXTRASYSTOLES. LEUR TRAITEMENT

L'étude des extrasystoles rentre dans l'étude des arythmies, car l'extrasystole est une variété d'arythmie et constitue, ce que l'on désigne, en général, sous le nom d'intermittence.

L'extrasystole est « une *systole anticipée* qui avance sur la place qu'elle devrait normalement occuper, mais qui, par contre, est suivie d'un intervalle plus long que celui qui la précède, constituant une sorte de repos compensateur ». Elle est perçue par le malade comme un arrêt de cœur, une sensation pénible et angoissante, momentanée.

Cette contraction prématurée peut être une *contraction à vide*, et, alors, ne se transmet pas au pouls, ce qui fait croire à l'absence de la contraction. Les extrasystoles peuvent être groupées par deux et par trois, suivies d'un long silence.

A l'auscultation du cœur, cette arythmie se manifeste par un ou deux battements précipités, plus rapprochés de la systole précédente que de la suivante. A la palpation, on constate un ou plusieurs battements prématurés, plus ou moins réguliers.

L'extrasystole est encore une systole *anormale* qui ne s'accomplit pas comme une contraction cardiaque habituelle, c'est-à-dire partant de l'oreillette et continuant par le ventricule. Elle se propage de proche en proche, en partant d'un point initial variable, et sans aucune harmonie.

C'est ainsi que l'on distingue l'extrasystole *ventriculaire* qui naît du ventricule et se propage à l'oreillette; l'extrasystole *auriculo-ventriculaire* née dans le faisceau de His et qui provoque la contraction simultanée du ventricule et de l'oreillette. Une seule extrasystole provoque des contractions en succession normale; c'est l'extrasystole à point de départ *auriculaire* ou *sinusal*.

Des causes nombreuses produisent les extrasystoles; il faut les bien connaître, car le pronostic de cette arythmie en dépend.

Les affections valvulaires chroniques surtout mitrales (insuffisance), rendent le cœur fort excitable, de telle sorte que cet organe répond à des excitations minimes, et qui resteraient sans effets, s'il s'agissait d'un cœur normal. Les myocardites, la sénilite, les asthénies cardiaques provoquent ce même résultat. La fibre myocardique affaiblie, doit être alors soutenue par un traitement cardiotonique prolongé et pour cela sans inconvénients. On utilise le scillarène à la dose de 3 comprimés par jour, ou de 3 fois XX gouttes (1) et le rythme cardiaque se régularise.

Les intoxications du cœur, et ne particulier, les intoxications par la digitale et le tabac, peuvent provoquer des extrasystoles. La cessation de la cause, suffit à les faire disparaître.

Assez souvent, l'extrasystole est le fait d'une excitation anormale causée par l'hypertension artérielle, cela arrive surtout dans la néphrite chronique. Les diurétiques sont alors indiqués comme la lactose, la théobromine, mais celle-ci assez souvent mal toléré.

Tout récemment, Fonteneau, a montré l'action remarquable du glucoside de la scille dans les néphrites hypertensives (1) et donne à ce sujet des précisions thérapeutiques intéressantes.

D'après cet auteur, le glucoside de la scille sera utilisé aux doses moyennes, pour combattre l'hypertension et par conséquent les extrasystoles des néphrites chroniques.

Les troubles dyspeptiques amènent encore des extrasystoles. Il ne faut pas l'oublier. Souvent aussi, l'éréthisme nerveux. Dans ce dernier cas, les bromures sont utiles, mais les travaux modernes sur la vagotonie montrent que l'injection de bellafoline, alcaloïdes totaux de la belladone qui possèdent à doses égales une activité double de celle de l'atropine, paralyse les extrémités du vague et fait disparaître les extrasystoles.

Cette question nous amènerait à dire quelques mots de la tachycardie paroxystique essentielle, qui, pour nombre d'auteurs n'est qu'une forme particulière d'extrasystole. Mais nous entrerions là dans le domaine de la sympathicotonie, et cela n'est pas notre intention.

Il faut savoir surtout que l'extrasystole est une arythmie annonçant, le plus souvent, un état de déficience cardiaque, surtout quand elle est due à une affection du cœur, et que nous pouvons agir sur elle par une médication toni-cardiaque ou cardio-rénale bien choisie.

Dr BRYAL.

(1) Voir à ce sujet : VAUTRIN. Communication au *Congrès de Nancy*, 1925. — CARCY. *Bull. méd.*, 23 mai 1925. — Prof. Gab. PERRIN. *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 55.

(1) FONTENEAU. *De la scille et en particulier, de son glucoside cristallisé le scillarène.* Travail du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de Lyon. Un volume de 186 pages, *Th. de Lyon*, 1925, Traquet, éditeur.

Voir aussi : B. JOZ Etude de l'action cardiotonique et diurétique du scillarène. *Th. de Paris*, 1924 (travail du service de M. le professeur Carnot), Paris, François, édit. — CALAC. Recherches sur les propriétés cardio-rénales du glucoside cristallisé isolé du bulbe de la scille, *Th. de Toulouse*, 1923, Toulouse, Julia, édit.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 12 AU 17 AVRIL 1926)

THÈSES

Mercredi 14 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Sébileau, président; M. Labbé, Joyeux, Petit, Maignon, Moussu, Robin, Vallée, Henry, Panisset. — M. BAROTTE. Trypanosomiases de l'Afrique du Nord. — M. TETTARD. L'échinococcose dans la région Le Kef-Mactar (Tunisie). — M. MOULUN. Etude sur l'anémie infecticuse du cheval (région de Wassy). — M. FOUSSEREAU. Etude de l'obstruction œsophagienne chez les bovins. — M. PRÉVOST. Etude des altérations cardio-vasculaires d'origine alimentaire.

Samedi 17 avril. — Jury : MM. Jeanselme, président; Brindeau, Lecène et Metzger. — M. GASTAUD (J.). Traitement des orchi-blennorragies par les sels de mercure. — M. MICHIELS (G.). De l'obésité partielle. — M. JOUTARD (J.). La tuberculose de la voûte cranienne. — M. VANDIER (Ch.). Le pronostic de la délivrance artificielle. — M. MAGLIOLI. Sur le paludisme congénital.



COEXISTENCE DE LA GROSSESSE TUBAIRE

AVEC L'APPENDICITE LA PÉRISIGMOIDITE & L'ÉPIPLOITE PELVIENNES

LES CONTRACTIONS PÉRISTALTIQUES ET ANTIPÉRISTALTIQUES DES TROMPES DE FALLOPE

Par le docteur MAUCLAIRE,
Membre de l'Académie de médecine.

On sait que bien des causes ont été invoquées pour expliquer la grossesse tubaire. Parmi elles le rôle des infections de voisinage, appendicite, périsigmoïdite, épiploïte, nous paraît être un peu méconnu. C'est pourquoi dans ce court travail nous allons essayer de le mettre en relief.

Nous verrons aussi le rôle qu'il faut faire jouer aux contractions péristaltiques et anti-péristaltiques, au spasme des trompes de Fallope dans la pathogénie des grossesses tubaires.

I. Appendicite pelvienne et grossesse tubaire. — Les rapports de l'appendicite pelvienne avec la salpingo-ovarite sont bien connus et bien des travaux ont été publiés sur ce point. En 1899, j'en ai rapporté une observation typique dans la thèse de Barnsby. Parmi tous ces travaux bien peu parlent des rapports possibles entre l'appendicite et la grossesse tubaire.

Cependant ils ont été signalés par Coyne et Boursier, Hermès, Témoin, Beuttner et Waggeli, Pellet, Legueu, Fesq, Louaintier, Tussau, etc., et par nous dans la thèse de notre élève, Mlle Beauvais (Paris 1925).

Beuttner et Waggeli (1917) constatent des lésions appendiculaires dans 75 p. 100 des cas de kystes tordus de l'ovaire droit, dans *25 p. 100 des cas de grossesses tubaires droites*, dans 23 p. 100 des cas d'annexites droites ou doubles.

Ce que l'on voit souvent signalée, c'est l'erreur de diagnostic consistant en ce fait que le chirurgien croyant opérer une appendicite, se trouve en présence d'une grossesse tubaire droite, rompue ou non rompue. Les exemples en sont bien nombreux.

Personnellement dans ma carrière, j'ai plusieurs fois trouvé un appendice pelvien malade en contact avec une grossesse tubaire droite, en cours d'évolution ou rompue. J'ai insisté sur ce point dans plusieurs leçons faites autrefois sur l'appendicite et sur les grossesses tubaires, ainsi que dans la thèse récente de Mlle Beauvais.

Voici quelques-unes des observations déjà publiées.

Obs. Coyne et Boursier (*Semaine gynécol.*, 1900). — F., vingt-cinq ans. Crises abdominales. Masse pelvienne rétro-utérine.

Opération. — Grossesse tubaire rompue, appendice dur, enflammé, adhérent à la trompe.

Obs. Témoin (*Soc. de chir.*, 1902, *et Congrès de chir.*, 1903). Crises antérieures d'appendicite.

Opération. — Hématosalpinx droit adhérent à l'appendice; celui-ci se confond avec la tumeur qui a un volume extraordinaire; caillots également dans la trompe gauche. L'épiploon adhérent recouvre le tout. Dans la trompe droite il y avait un fœtus de deux mois et demi. La rupture s'était faite vers le point où l'appendice était adhérent.

Obs. Témoin (*Ibid.*) — Appendicite préalable.

Opération. — Masse appendiculaire faisant corps avec la trompe droite. L'appendice et l'épiploon adhérents semblent purulents.

Obs. Barnsby. (*Congrès de chir.*, 1902). — F., vingt-sept ans. Retard des règles. Crise abdominale. Pertes sanguinolantes. Nouvelle crise trois mois après. Diagnostic. Appendicite et hématosalpinx que l'on sentait au toucher vaginal.

Opération. Hématosalpinx. Appendice pelvien adhérent à la trompe. Lésions appendiculaires évidentes.

Obs. Hermès. (*Deutsche Zeit, f. Chir.*, 1899, Bd. L, et 1903, Bd. LXVIII). — Dans onze cas de grossesse tubaire droite l'appendice était malade deux fois et sain neuf fois. Dans dix cas de grossesse tubaire gauche l'appendice était malade quatre fois et sain six fois.

(Cette petite statistique n'est pas en faveur de notre thèse, mais nous voulons démontrer que l'appendicite est la cause de la grossesse tubaire seulement dans certains cas déterminés).

Obs. Sutter. (*Corresp. blott. f. Schw, Ærzte*, 1902). — F., vingt ans. Crise abdominale. Troubles des règles. Empatement, à droite.

Opération. — Appendice malade et adhérent à la trompe gravide.

Obs. Tixier (In *Thèse* Pellet. Lyon 1908). — F., vingt-deux ans. En 1898, crise d'appendicite puis retard des règles. Annexite évidente.

Opération. — Trompe droite gravide; tout contre elle on voit l'appendice gros, turgescent, infecté.

Obs. Tixier (*Ibid.*). — F., trente et un ans. Arrêt des règles, Crise abdominale.

Opération. — Trompe droite gravide et rompue. Appendice et épiploon infectés, siégeant dans la fosse iliaque.

Obs. Tixier (*Ibid.*). — F., vingt-huit ans. Crises abdominales répétées.

Opération. — Grossesse tubaire droite, petit kyste de l'ovaire droit. Appendice malade, adhérent au kyste, le tout formant une masse.

Obs. Cazin (*Paris chir.*, 1910, p. 109). — F..., trente-cinq ans. Symptômes de crise d'appendicite. Crises semblables antérieures. Retard de règles.

Opération. — Incision latérale allongée. L'appendice est malade dans sa moitié inférieure. Sang et petit embryon dans la trompe droite.

Obs. Neild (*Lancet*, mars 1910). — F..., trente ans. Crise abdominale avec vomissements, sans fièvre. Plusieurs autres crises les années précédentes.

Opération. — Grossesse extra-utérine d'un mois et appendicite. L'auteur ne dit pas si l'appendice était accolé à la trompe, mais nous verrons plus loin que l'appendicite chronique peut à distance avoir une influence sur le « spasme » de la trompe.

Obs. Duvergey (*Soc. obst. de Bordeaux*, nov. 1911 et *Ann. de gynécol.*, 1913, p. 164). — A l'âge de dix-huit ans, appendicite suppurée opérée à chaud. Couches normales en janvier 1911. Puis en septembre 1911, signes de grossesse tubaire droite. Opération : la trompe droite est englobée dans des adhérences anciennes. Duvergey pense que l'appendicite antérieure a provoqué des lésions qui ont favorisé le développement de la grossesse tubaire droite.

Obs. Rousseau (*Soc. de l'Internat*, cité par Séjournet). — Il s'agissait d'une malade qui depuis plusieurs mois refroidissait une appendicite aiguë, lorsque des accidents de grossesse tubaire commandèrent une intervention. A l'opération, on trouva un épanchement sanguin intrapéritonéal avec des lésions de péritonite inflammatoire, consécutive à un foyer purulent péri-appendiculaire.

Obs. Louaintier (*Th. de Paris*, 1923). — N..., vingt-sept ans. Crise abdominale avec vomissements. Crises anciennes. Au toucher vaginal, on note une masse pelvienne. Douleur au point de Mac-Burney. Laparotomie médiane : masse pelvienne englobant le cæcum, l'appendice, entouré d'adhérences, et la trompe droite qui contient du sang.

Obs. Tussau (*Soc. des chir. de Paris*, 1er mai 1925). — L'appendice est turgescent, adhérent par sa pointe, non pas à

la masse, mais sur le segment tubaire situé entre la grossesse ectopique et l'utérus.

Obs. Tussau (*Ibidem*). — Masse grosse comme une orange, en partie rompue laissant suinter du sang; trompe épaissie, lardacée contenant un fœtus. Toute la masse est attirée vers le cæcum adhérente à lui, voilée d'adhérences; l'appendice n'existe plus, il est détruit. L'ovaire est scléro-kystique, rouge; le pavillon tubaire forme avec les débris appendiculaires une masse informe.

Obs. Tussau (*Ibidem*), — Grossesse tubaire droite. L'appendice est adhérent au pavillon de la trompe. Il est réduit à un mince cordon induré avec étranglements cicatriciels.

Obs. H. Blanc (*Ibidem*). — Appendice avec abcès adhérent à une masse salpingo-ovarienne et hématocèle rétro-utérine.

Obs. Séjournet (*Soc. des chir. de Paris*, juillet 1925, p. 485). — Femme de trente-six ans. Douleurs dans la fosse iliaque droite et contracture musculaire; teinte sub-ictérique des téguments. Température 38 degrés. Le début, datant de cinq jours, avait été très brusque. Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont douloureux, non tuméfiés. Retard des règles de six semaines. Pas de métrorragie. Pas de passé génital. Le diagnostic initial fut appendicite avec retentissement sur le foie.

Ultérieurement, on trouva une masse pelvienne rétro-utérine et débordant à droite. Le diagnostic d'hématocèle fut alors porté. Il fut confirmé par l'opération, qui montra l'appendice adhérent à la trompe.

Obs. Séjournet (*Ibidem*). — Femme de trente et un ans, signes de grossesse tubaire. Métrorragie. Appendicite il y a deux ans.

Opération. — L'appendice est adhérent non pas à la trompe elle-même, mais au kyste hématique en voie d'avortement.

Obs. Mauclaire (in *Th. de Beauvais*, Paris, 1925). — Le premier cas qui attira mon attention sur les rapports de l'appendicite et de la grossesse tubaire date de 1908. Il s'agissait d'une malade, âgée de vingt-huit ans, qui depuis plusieurs années avait des crises très nettes d'appendicite avec vomissements. Mariée en 1902, elle eut, peu après son mariage, une crise grave d'appendicite, puis, en 1908, tous les signes d'une hématocèle rétro-utérine. A la laparotomie, j'avais trouvé contre la poche hématique l'appendice gros, irrégulier, entouré d'adhérences, en contact des annexes droites et inclus dans la poche hématique. Les annexes gauches étaient saines.

Obs. Mauclaire (in *Th. de Beauvais*). — En février 1925, j'ai observé à la Pitié le cas suivant. La malade, âgée de vingt-huit ans, avait déjà eu plusieurs crises d'appendicite et fait plusieurs fausses couches. Depuis deux mois, ses règles étaient arrêtées. A cause des douleurs pelviennes bilatérales et de l'empâtement des deux culs-de-sac vaginaux latéraux. j'avais fait le diagnostic de salpingite bilatérale. Or à l'opération, j'ai trouvé le cæcum descendu dans le pelvis et adhérent à l'épiploon également descendu dans le pelvis. Dans l'angle inférieur droit de l'épiploon pelvien était inclus l'appendice dur, bosselé. Tout contre était la trompe droite, contenant un épanchement de sang d'une centaine de grammes. La paroi tubaire était rompue. L'ovaire droit était inclus dans la paroi de la poche.

De plus, à gauche, il y avait aussi un petit épanchement hémorragique dans la trompe gauche non rompue. L'épiploon adhérait à la trompe gauche.

Obs. Mauclaire et Jubé (*Inédite*). — Avec un de mes internes, M. Jubé, je viens d'observer un autre cas typique.

Il s'agissait d'une jeune femme âgée de vingt-sept ans, qui depuis six semaines présentait des signes de grossesse. Subitement le 10 août 1925, elle présenta les signes d'hémorragie interne. Après laparotomie, on trouva le cæcum et l'appendice situés dans le bassin; l'appendice était hypertrophié, bosselé, rouge, entouré d'adhérences péritonéales et adhérent à la trompe droite. Celle-ci présentait au niveau de l'isthme, les lésions d'une grossesse tubaire rompue (fig. 1).



Fig. 1. — *Adhérences entre l'appendice et la trompe droite et grossesse tubaire droite.*

L'appendice et la trompe droite furent enlevés et le bassin débarrassé de ses caillots.

Cela fait une trentaine d'observations. Bien d'autres semblables ont été publiées par Gunsburg, Nordmann, Ruth, Richardson, Shomaker, Pfeiffenburger, etc. Il est à noter que plusieurs fois l'hématosalpinx est bilatéral, ce qui cadre avec le spasme réflexe des trompes dont nous parlerons plus loin.

Au point de vue de la pathogénie de cette coïncidence plusieurs hypothèses sont à envisager.

Tout d'abord on pourrait dire que l'appendicite étant si fréquente, il ne s'agit là que d'une simple coïncidence ou bien que les adhérences appendiculo-tubaire sont secondaires et non primitives. C'est possible pour un certain nombre de cas, mais pas pour tous.

Dans son article Séjournet pense que si l'appendicite devait jouer un rôle important dans la génèse de la grossesse tubaire, la grossesse ectopique droite devrait être plus fréquente que la gauche. Or sur un total de 585 observations collationnées par Pozzi, la grossesse tubaire était 290 fois à droite et 295 fois à gauche.

A cela nous répondrons plus loin en disant qu'à gauche, les adhérences périsigmoïdiennes unissant l'anse sigmoïde et la trompe sont très fréquentes et à notre avis, ces adhérences jouent aussi un rôle dans la pathogénie de la grossesse tubaire gauche.

On sait que l'appendice est pelvien dans 25 p. 100 des cas, d'après les statistiques de Turner, Bryant, Bérard, Sydow, etc. (1). Il est souvent à cheval sur la margelle du détroit supérieur. Or, je pense que c'est l'appendice pelvien qui une fois infecté, tantôt adhère primitivement à l'ovaire et à la trompe droite, comprime celle-ci et la déforme.

Tantôt l'appendice infecte la trompe soit par contiguïté soit par la voie lymphatique, que quelques auteurs nient, soit par la voie du tissn cellulaire sous-péritonéale, soit par le péritoine lui-même.

On sait que les lésions appendiculaires peuvent s'étendre à longue distance témoin les brides fibreuses péritonéales partant de l'appendice et allant à la vésicule biliaire et au duodénum (2).

Théoriquement on peut encore supposer que ces adhérences en tirant sur la trompe, y provoquent des diverticules dans lesquels se fera la nidation de

(1) Turner, Bryant, Bérard et Sydow. Cités par Hermès. Loc. cit.

(2) Mauclaire. Péricolites membraneuses, *Gaz. des hôpit.*, oct. 1923.

l'ovule. La grossesse tubaire diverticulaire n'est pas rare (Riotte) (1).

En somme, l'appendicite agirait de deux façons, soit par action mécanique en provoquant le rétrécissement ou la coudure de la trompe, soit encore par infection propagée par contiguïté, d'une salpingite légère qui provoque l'arrêt de l'ovule dans la trompe.

D'autre part dans des travaux récents plusieurs auteurs ont insisté sur le « spasme » de la trompe. Ce *spasme réflexe de la trompe* pourrait être provoqué par une irritation de voisinage venue de l'appendice enflammé, de l'ovaire ou de l'utérus, soit par une lésion à distance.

Ces travaux sur les contractions péristaltiques et antipéristaltiques des trompes sont assez nombreux maintenant.

William (1917) a décrit au niveau de l'isthme un muscle longitudinal et un muscle circulaire.

Le spasme de ces muscles est une cause de stérilité pour Reynols Polak, Aldridge, Meaker, etc. Aussi quelques auteurs ont-ils traité la stérilité par les antispasmodiques. Kennedy (2) a fait des injections utéro-tubaires avec des solutions de bromure de sodium et il a constaté par la radiographie l'existence d'un *arrêt par spasme* au niveau de l'isthme de la trompe et pour lui ce spasme de l'isthme provoque la stérilité ou la grossesse tubaire.

Mickulicz-Radecki (3) a bien étudié expérimentalement la physiologie des trompes chez les lapines. Il a constaté des mouvements péristaltiques et des mouvements antipéristaltiques signalés déjà par Sabota, Frænkel, Corner, Kok, etc., chez d'autres animaux. La chaleur, le froid activent ces contractions qui aident l'action des cellules à cils vibratiles.

Dyroff (4) a décrit aussi les mouvements péristaltiques des trompes qui peuvent avoir une influence sur la grossesse [Merletti (5)].

Pinsohn (6) en sectionnant au thermo-cautère des adhérences entre la trompe et l'ovaire, constata aussitôt des contractions péristaltiques de la trompe.

Depuis quelque temps, j'ai au cours des laparatomies excité avec une pince les trompes de Fallope, mais je n'ai pas constaté leur contraction. Il est vrai que les malades étaient endormies au chloroforme, cependant chez un enfant endormi au chloroforme j'ai pu constater des contractions péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin grêle avec invaginations multiples, véritables iléus spasmodiques (7).

On pourrait dire que ces contractions péristaltiques intenses et visibles n'existent que chez les femmes « spasmophiles ».

On sait que la spasmophilie est très étudiée actuellement. On lui attribue le spasme de l'œsophage du cardia, du pylore chez les nourrissons et chez l'adulte, de l'intestin des artères terminales des membres (maladie de Reynaud) des trompes de Fallope de la vesicule biliaire du larynx, du cœur, des muscles (torticolis spasmodique), blépharospasme, vaginisme, etc.

Ces contractions spasmodiques péristaltiques et antipéristaltiques existent aussi sur l'utérus chez la femme (Demelin) et chez les animaux.

En somme, chez certains sujets prédisposés le spasme des trompes de Fallope serait la cause de l'arrêt de l'ovule dans la trompe, d'où la grossesse tubaire. Or, les adhérences appendiculo-tubaires suffisent à provoquer ce spasme tubaire. Il n'est pas douteux qu'il y a une *théorie spasmodique de la grossesse tubaire*, qu'il y ait dans le voisinage une irritation venue de l'appendice, de l'ovaire, de l'utérus, du gros intestin ou qu'il n'y ait aucune lésion de ces organes et relevant alors de la spasmophilie essentielle. Ce spasme et ces mouvements péristaltiques et antipéristaltiques peut expliquer la torsion des trompes dans les cas rapportés par Cassidy, Norris, Auvray (1) et Haim (2).

Il n'est pas nécessaire que l'appendice soit pelvien pour qu'il se mette en contact avec la trompe, car il est des cas dans lesquels la trompe et l'ovaire sont restés haut placés à la hauteur du détroit supérieur (Hohne-Fesq), par une sorte d'hypoplasie du bassin, celui-ci ne descendant pas assez bas dans son développement.

Ajoutons qu'il n'est pas illogique de dire que l'appendicite peut provoquer à distance le spasme de la trompe même sans être en contact avec elle. Legueu a signalé la coïncidence de l'appendicite chronique avec la grossesse tubaire. On sait que la salpingite provoque du spasme dans le gros intestin placé tout près, mais non en contact avec lui. L'appendicite peut aussi provoquer de la dysménorrhée (Eick) (3), le spasme du pylore (Gray) (4). Dans tous ces cas de spasme à distance le sympathique joue un grand rôle.

II. **Périsigmoïdite et grossesse tubaire.** — Nous allons trouver ici les mêmes lésions et les mêmes processus pathogéniques.

Les rapports entre la périsigmoïdite et la salpingo-ovarite gauche sont bien connus. Ils ont été signalées il y a longtemps par Forli, Morgagni, Grisolle, etc., et plus récemment par Michaux, Saillant (*Th. de Paris*, 1906), Küss (5), Poulain (6), etc.

Tantôt c'est la trompe qui infecte le côlon pelvien par contiguïté, par voie lymphatique ou par péritonite. Tantôt c'est le côlon pelvien qui infecte la trompe par les mêmes processus.

Personnellement, j'ai bien souvent constaté l'existence d'adhérence unissant l'anse sigmoïde à la trompe et à l'ovaire gauche, et cela au moins une fois sur cinq cas de salpingo-ovarite gauche. Chez une malade j'ai noté une adhérence intime entre une salpingite gauche fibreuse et suppurée avec le côlon pelvien très rétréci et la malade présentait des signes d'occlusion intestinale comme dans les observations de Küss. Mais la coexistence de la grossesse tubaire gauche avec la périsigmoïdite est assez rare, car je ne la vois pas signalée par les au-

---

(1) RIOTTE. Grossesse tubaire diverticulaire, *La Gynécologie*, 1925.
(2) KENNEDY. Spasme de l'isthme de la trompe de Fallope, *Amer. Journ. of the med. Assoc.*, 4 juillet 1925.
(3) MICKULICZ-RADECKI. *Centr. f. Gyn.*, 25 juillet 1925 et 17 oct. 1925.
(4) DYROFF. *Centr. f. Gyn.*, 22 août 1925.
(5) MERLETTI. Spasmophilie et grossesse, *Centr. f. Gyn.*, 25 juillet 1925.
(6) PINSOHN. *Centr. f. Gyn.*, 1924, p. 1209.
(7) MAUCLAIRE. Iléus spasmodiques avec invaginations multiples, *Soc. de chir.*, 1925.

(1) AUVRAY. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, juillet 1912.
(2) HAIM. *Centr. f. Gyn.*, 20 juin 1925.
(3) EICK *Monat. f. Geb und Gyn.*, 1923.
(4) GRAY. *Amer. Journ. of the med. sciences*, déc. 1925.
(5) KÜSS. *Revue de chir.*, 1910, et *Th. de Paris*, 1910.
(6) POULAIN. Sigmoïdites et salpingites. *Arch. gén. de chir.*, janv. 1911.

teurs qui ont parlé de la périsigmoïdite. C'est que au cours de l'hématocèle tubaire, le côlon pelvien s'accole très vite à la trompe. C'est ce que j'ai constaté bien des fois. Le plus souvent cette adhérence est secondaire, quelquefois je pense qu'elle est primitive. Personnellement je n'ai noté qu'une fois des adhérences péritonéales multiples avec une petite hématocèle tubaire gauche (fig. 2).

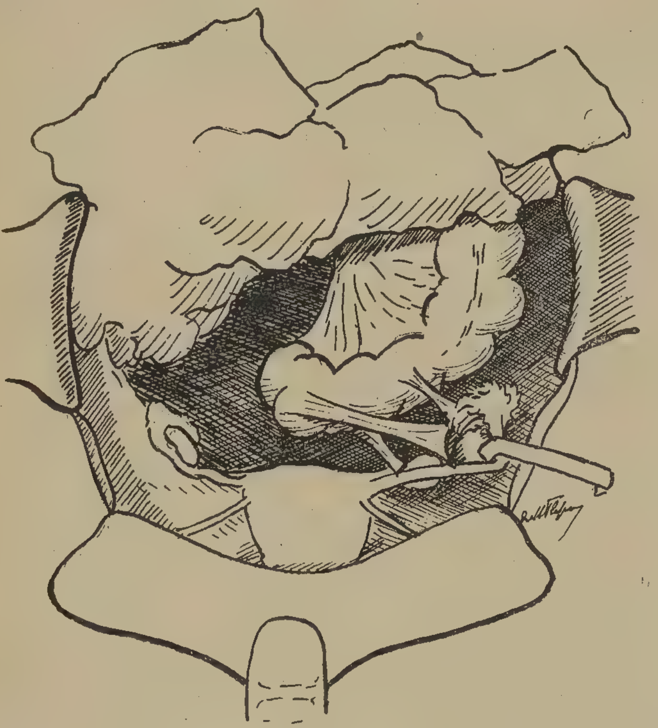


FIG. 2. — *Adhérences entre l'anse sigmoïde et la trompe gauche et grossesse tubaire gauche.*

Il est évident que ces adhérences sigmoïdo-tubaires agissent par compression en déformant la cavité tubaire. Elles peuvent aussi l'infecter et y provoquer des diverticules dans lesquels l'ovule fera sa nidation.

Elles peuvent encore provoquer le spasme de la trompe gauche et arrêter l'ovule dans la cavité tubaire d'où la grossesse tubaire gauche.

III. **Epiploïte pelvienne adhérente et grossesses tubaires.** — Ici encore nous allons trouver les mêmes lésions et les mêmes processus pathogéniques. L'épiploon adhère souvent aux trompes infectées. Il limite d'ailleurs heureusement le foyer d'infection. Dans bien des observations de grossesses tubaires, droites ou gauches, on voit signalées les adhérences de l'épiploon avec la trompe. C'est un fait que j'ai bien souvent observé.

Ici encore l'épiploon agit soit mécaniquement en comprimant les trompes d'où les rétrécissements, puis les coudures, les diverticules, soit en provoquant le spasme des trompes, spasme qui arrête l'ovule dans sa progression.

Souvent l'épiploon est infecté soit par son adhérence avec l'intestin voisin; dès lors il infecte secondairement la trompe d'où une salpingite qui favorise l'arrêt de l'ovule.

Enfin il est évident qu'à notre avis, les adhérences intestino-tubaires produisent les mêmes lésions, hématosalpinx et grossesse tubaire, et les mêmes troubles fonctionnels.

* * *

En somme, il nous a paru intéressant d'attirer de nouveau l'attention sur la coexistence de la grossesse tubaire soit avec l'appendicite pelvienne soit avec la périsigmoïdite, soit avec l'épiploïte pelvienne. Nous espérons provoquer dans l'avenir la publication de nouvelles observations qui montreront qu'il y a souvent là un rapport de cause à effet, suivant les processus pathogéniques que nous avons exposés : compression, coudure, rétrécissement, infection ou spasme tubaire, dans certains cas déterminés.

ACTUALITÉS

LA TUBERCULOSE DES CHIENS ET DES CHATS

Deux thèses pour le doctorat vétérinaire, soutenues l'an dernier devant la Faculté de médecine de Toulouse, nous fournissent des renseignements très complets et très utiles à connaître sur quelques maladies d'animaux qui sont souvent les hôtes de nos appartements et dont, tant par sympathie que par souci d'hygiène, la santé ne doit pas nous être indifférente.

Voici d'abord le travail de M. Grobon (1) sur la tuberculose des carnivores domestiques, chiens et chats. Pendant longtemps on a cru que le chien était réfractaire à la tuberculose; cependant, dès 1839, Malin avait relaté l'observation de deux chiens qui, appartenant à une femme phtisique, avaient succombé avec d'énormes lésions suppurées des poumons; en 1874, Chauveau, Viseur transmirent la tuberculose à des chiens et à des chats en leur faisant ingérer des lésions tuberculeuses de bovidés; puis les travaux se multiplient à l'Ecole d'Alfort, à Toulouse, à l'Ecole vétérinaire de Bruxelles, en Allemagne, et partout l'on constate, aux autopsies, qu'un certain nombre de chiens et de chats sont atteints de tuberculose. Sur 1 500 chiens et chats autopsiés par M. Grobon, 300 étaient tuberculeux. A tous ces faits mentionnés dans la thèse de Grobon, nous ajouterons une communication faite très récemment à l'Académie de Médecine par MM. G. Petit, Panisset et Kfoury (1) sur la tuberculose pulmonaire expérimentale provoquée chez des chiens par inoculations endobronchiques; G. Petit et ses collaborateurs font une boutonnière à la trachée d'un chien, pour y introduire une sonde par lequelle ils injectent soit une culture diluée de bacilles tuberculeux soit des expectorations dûment bacillaires; les chiens ainsi inoculés gardent longtemps, sans signes stéthoscopiques ni jetage, les apparences de la santé; quelques-uns cependant maigrissent, toussent et finissent par succomber; en tout cas, la tuberculination et le séro-diagnostic sont positifs quelques semaines après l'inoculation endo-bronchique; aux autopsies, on trouve des lésions de pneumonie caséeuse, promptement cavitaires.

La tuberculose des chiens et des chats est presque

(1) D. GROBON. Contribution à l'étude de la tuberculose des carnivores domestiques, *Thèse pour le doctorat vétérinaire*, Toulouse 1925.

(2) G. PETIT, PANISSET et KFOURY. Inoculation sendo-bronchiques et tuberculose pulmonaire expérimentale, *Acad. de méd.*, 16 fév. 1926.

toujours d'origine humaine (Cadiot, Petit); parmi les animaux malades, les uns appartiennent à des personnes atteintes de tuberculose; les autres vivent dans des locaux encombrés et contaminés par le passage de gens qui crachent à terre (cabarets, cafés). L'infection se fait quelquefois par la muqueuse respiratoire, beaucoup plus souvent par voie digestive.

Chez le chien et le chat, les lésions sont absolument comparables; dans la majorité des cas, la tuberculose est étendue à plusieurs organes. Aux poumons, on trouve des tubercules aux divers stades de leur évolution, parfois de la broncho-pneumonie tuberculeuse, de la pneumonie caséeuse. L'adénopathie trachéo-bronchique accompagne presque toujours les lésions pulmonaires et peut aussi exister sans celles-ci; la pleurésie est fréquemment signalée, ainsi que la péricardite; la péritonite est un peu moins fréquente. La tuberculose de l'intestin grêle, du foie est commune; la tuberculose du rein, assez rare. A signaler encore, chez le chien, la tuberculose des os et des articulations, sur laquelle nous reviendrons, et enfin la tuberculose cutanée du chat.

Les symptômes varient naturellement selon la localisation des lésions, leur étendue, leur évolution. Les tuberculoses pulmonaires ou généralisées donnent lieu généralement à des troubles assez graves pour qu'on les soupçonne dès leur début, tandis que les tuberculoses localisées aux organes abdominaux et aux ganglions passent souvent inaperçues. Parfois, la tuberculose évolue sans autre symptôme apparent qu'un amaigrissement progressif et c'est tardivement qu'apparaissent les signes particuliers de la tuberculose pulmonaire. La tuberculose cutanée du chat rappelle le lupus; sous forme d'ulcère rongeant, elle s'installe sur la face, au pourtour du nez ou des orbites, sur les lèvres; elle résiste à tous les traitements; on trouve le bacille de Koch dans le pus et l'animal finit par mourir de tuberculose pulmonaire ou de tuberculose généralisée.

Le diagnostic clinique de la tuberculose des carnivores domestiques est souvent difficile; il faudra donc le compléter par diverses recherches. La réaction à l'injection sous-cutanée de tuberculine n'est pas constante chez les chiens et les chats tuberculeux; Cadiot, Nocard, Roussel, Douville ont bien vu que toutes les infections bacillaires de ces animaux ne sont pas révélées par la tuberculine; Douville a trouvé cette réaction en défaut dans 40 p. 100 des cas examinés par lui et Grobon dans 38 p. 100; aussi Verge conclut-il que les carnivores domestiques, d'une façon générale, réagissent mal à l'épreuve tuberculinique et que celle-ci laisse parfois le praticien dans le plus grand embarras. L'oculo-réaction, la cuti-réaction, l'intradermo-réaction donnent des résultats encore inférieurs à ceux que fournit l'injection sous-cutanée de tuberculine. C'est donc plutôt la recherche du bacille de Koch dans le jetage, les expectorations, le pus, c'est l'inoculation au cobaye de produits suspects, qui assureront le diagnostic; la réaction de déviation du complément pratiquée avec l'antigène de Besredka paraît aussi être une excellente méthode pour diagnostiquer la tuberculose du chien et du chat (Verge, Urbain, Grobon).

Nous avons vu qu'il existait, chez le chien, une tuberculose ostéo-articulaire; M. Darraspen (1) l'a étudiée dans sa thèse. Sous le nom d'ostéo-périostite diffuse, on décrit une affection du système osseux des chiens, caractérisée par des lésions hypertrophiques à allure chronique, par des déformations qui siègent principalement au niveau des os des extrémités; or, depuis 1908, tous les vétérinaires ont constaté la coexistence d'une tuberculose viscérale et de l'ostéo-périostite; peut-être divers processus infectieux chroniques peuvent-ils s'accompagner de semblables lésions osseuses; mais, pratiquement, l'ostéo-périostite diffuse du chien doit être envisagée comme une affection de nature tuberculeuse. En prélevant, à l'autopsie de chiens atteints d'ostéo-périostite, des fragments de fémur, en les triturant dans du sérum physiologique et en les inoculant à des cobayes, Sendrail, Lasserre et Lesbouyriès ont tuberculisé les cobayes; c'est donc bien qu'il y a des bacilles de Koch au sein des lésions osseuses de l'ostéo-périostite diffuse du chien. D'ailleurs, après une évolution plus ou moins longue, les chiens, atteints de cette affection osseuse, finissent par se cachectiser; on trouve, à l'autopsie, de la tuberculose des poumons, des plèvres, des ganglions trachéo-bronchiques et des reins.

MM. Grobon et Darraspen insistent, l'un et l'autre, sur la fréquence de la tuberculose chez les chiens, fréquence qui ne doit pas nous étonner, car ces animaux mangent les débris abandonnés sur la voie publique, cherchent leur nourriture dans les tas d'ordures, lèchent le sol sur lequel des malades ont craché. Les chiens, devenus tuberculeux, constituent un redoutable danger, par le jetage nasal en cas de lésions pulmonaires, par le pus des ulcères cutanés, par les excréments et les urines dans les formes intestinales et rénales. Au nom de l'hygiène, suivons donc le conseil des Latins : *Cave canem.*

M. BRELET.

(1) E. DARRASPEN. Ostéite et arthropathies d'origine tuberculeuse chez le chien. *Thèse pour le doctorat vétérinaire*, Toulouse, 1925.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 MARS 1926)

Luxation totale du métatarse sur le tarse. — M. LENORMANT fait un rapport sur une observation adressée par M. Pichon (du Val-de-Grâce). Il s'agit d'un cas de luxation totale du métatarse sur le tarse avec adaptation fonctionnelle presque parfaite. Devant ce résultat, M. Pichon s'est abstenu de toute intervention. Dans plusieurs cas du même genre, M. Lenormand a été également frappé de cette conservation fonctionnelle à la suite de ces luxations et il pense qu'il ne faut se presser d'agir, en pareil cas, les choses pouvant s'arranger toutes seules.

M. Küss partage à la même opinion que M. Lenormant.

Kyste dermoïde de l'ovaire. — M. LENORMANT fait un second rapport au sujet d'une observation de M. Marmasse (d'Orléans). Il s'agit d'une malade qui avait été opérée d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Elle devient enceinte, au moment de l'accoucher, M. Marmasse l'examine et constate la présence dans le vagin d'une masse bouchant complètement le col utérin. Jugeant l'accouchement impossible, il fait une césarienne et sauve ainsi la mère et l'enfant. Ultérieurement il extrait la tumeur vaginale qui était un kyste dermoïde dont le point de départ était la base du ligament large.

Torsion de la trompe. — M. AUVRAY analyse une intéressante observation de M. Rocher (de Bordeaux). Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, bien réglée, vierge, qui fut prise de vives douleurs dans la fosse iliaque droite avec quelques vomissements. Par le toucher rectal on sent une masse indurée

dans la région appendiculaire. On opère, il s'écoule un liquide rosé. On trouva des adhérences de l'ovaire. La trompe est le siège d'un foyer apoplectique résultant d'une torsion sur elle-même. La torsion s'est faite sur un organe sain. L'examen histologique fait par M. Lecène a montré qu'il s'agissait d'un simple état apoplectique d'une trompe saine.

Rapprochant ce fait de plusieurs autres semblables qu'il a publiés dans un travail sur ce sujet, M. Auvray fait observer que dans tous les cas publiés c'est toujours le diagnostic d'appendicite qu'on a porté. Ce sont en effet les mêmes symptômes, dans la même région.

Comment, dans ces cas, expliquer la torsion? On ne peut émettre, à ce point de vue, que des hypothèses que discute M. Auvray.

M. J.-L. Faure a observé plusieurs faits de ce genre, ce qui l'étonne c'est qu'on ne rencontre pas plus souvent ces torsions. Pourquoi la trompe ne se tordrait-elle pas aussi bien qu'un autre organe?

Hystérectomie partielle avec conservation d'un ovaire ou seulement d'un fragment d'ovaire. — M. Lecène fait un rapport sur une communication de M. Papin (de Bordeaux). Il s'agit d'une femme de moins de quarante ans, chez laquelle il pratiqua une hystérectomie partielle pour fibrome, avec ablation de l'ovaire droit kystique et avec conservation, du côté gauche, d'un fragment d'ovaire. Cette femme a continué à être réglée, moins abondamment mais bien régulièrement et a été ainsi mise à l'abri des troubles et la ménopause anticipée, troubles parfois assez sérieux.

C'est là une très bonne opération à laquelle on ne songe peut-être pas assez souvent et sur laquelle M. Lecène a déjà appelé l'attention. Il fait connaître, en détails, la technique qu'il a fixée pour cette opération. Il l'a pratiquée, dans un certain nombre de cas, avec succès, au point de vue de la conservation des règles. Pour arriver à ce résultat que faut-il conserver? Les deux ovaires, ou un seul ovaire ou même un fragment d'ovaire peut suffire, avec une certaine partie de la muqueuse utérine; 2 centimètres et demi à 3 centimètres de cette muquense suffisent.

M. Lecène insiste avec raison sur les avantages de cette opération qui permet d'éviter aux femmes encore jeunes les troubles souvent désagréables, parfois même pénibles d'une ménopause anticipée. On ne songe pas assez à cet inconvénient de l'hystérectomie totale ou subtotale chez les femmes encore réglées.

M. Dujarier a pratiqué plusieurs fois cette opération. Dans un cas, les règles n'ont pas reparu, malgré la conservation d'un ovaire et d'une portion de la muqueuse utérine.

M. Cunéo insiste sur l'importance de la conservation des règles chez les femmes encore jeunes.

Ostéosynthèse. — M. Thiéry revient sur la question de l'ostéosynthèse et tient à répondre à une lettre adressée à la Société de chirurgie par M. Lambotte. Pour répondre à cette lettre, il fait appel à l'opinion de 38 médecins d'assurances qu'il a consultés sur les résultats qu'ils ont pu observer de l'ostéosynthèse. Ces 38 réponses sont presque unanimement défavorables à l'ostéosynthèse et semblent donner raison aux conclusions de M. Thiéry.

Une discussion s'engage, à laquelle prennent part MM. Lenormant, Dujarier et Viart qui fait observer, avec raison, que les faits rapportés à M. Thiéry par les médecins d'assurances sont justement ceux dans lesquels le résultat a été défectueux, puisqu'il a donné lieu à une expertise. Il faudrait pouvoir mettre en parallèle les cas avec bons résultats.

Ankyloses consécutives aux arthrites du poignet. — M. Lenormant présente une jeune femme qui était atteinte d'une ankylose osseuse du poignet qu'il a très notablement améliorée par une arthroplastie.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 4 mars 1926)

Lipiodiagnostic de l'incontinence d'urines par voie sous-arachnoïdienne ou épidurale. — M. Sicard, à propos de la communication de M. Léri à la dernière séance, présente des clichés de M. J. François (d'Anvers) qui montrent la supériorité de l'injection sous-arachnoïdienne de lipiodol sur l'injection épidurale quand il s'agit de déceler les brides fibreuses extradure-mériennes de certains incontinents urinaires essentiels. Le lipiodol sous-arachnoïdien s'allonge dans ces cas sur un trajet de 2 à 4 centimètres, tout en présentant des étranglements métamérisés, témoins de la compression fibreuse du voisinage.

A propos des ostéites condensantes. — MM. Sicard et Gally présentent de nouveaux clichés d'ostéites condensantes, non seulement de la région coxale, mais aussi de la région calcanéenne. L'hypercalcification osseuse, limitée à l'ensemble d'un calcanéum, s'est développée en dehors de tout état cancéreux, syphilitique, tabétique et pagétique. L'étiologie et la pathogénie de ces ostéites condensantes restent imprécises. Leur évolution est longue et douloureuse, mais sans malignité locale ni générale.

Paralysie tardive du nerf cubital consécutive à une luxation du coude. — M. Crouzon et Mlle Braun présentent un cas de paralysie cubitale qui s'était développée plusieurs années après un traumatisme du coude. Contrairement aux cas de ce genre les plus habituels, il n'y avait pas eu fracture, mais luxation. Une opération, pratiquée par M. Petit-Dutaillis, permit de dégager le nerf du tissu fibreux dans lequel il était inclus, et de le replacer au devant de l'épitrochlée. Cette intervention fut suivie de guérison complète.

Traitement de la maladie de Dupuytren. — MM. A. Charpentier et Bailleul présentent un malade de cinquante ans qui était atteint d'une forme particulièrement sévère de maladie de Dupuytren, rendant impossible l'écriture et la préhension des objets. M. Bailleul réussit, grâce à trois interventions successives, à réséquer la bandelette fibreuse adhérente et la peau adjacente au devant du tendon fléchisseur. Le résultat fonctionnel est bon.

Cette intervention ne peut réussir que si elle est faite en plusieurs temps. Elle doit être réservée aux formes très intenses de l'affection. Dans les formes habituelles, on obtient des résultats satisfaisants par des cures alternées d'étincelles de haute fréquence, d'électrolyse négative et de scarifications pratiquées à la manière des dermatologistes.

M. Sicard préconise les injections de novocaïne suivies, quelques minutes après, d'injections de fibrolysine (3 à 4 centimètres cubes de thiosinamine). Il faut huit à dix injections pour obtenir le relâchement complet du tissu fibreux.

Forme pseudo-pottique cervicale de la névraxite épidémique. — M. Sicard présente un adolescent dont l'aspect clinique paraît réaliser le syndrome d'un mal de Pott cervical, mais l'évolution montre qu'il s'agit d'une modalité hypertonique localisée et douloureuse de névraxite épidémique : des accès de fatigue, des tics, des crises de rictus sardonique ont précédé la rigidité cervicale; une amyotrophie pseudo-myopathique l'accompagne. Dans deux autres observations analogues, on avait cru pendant longtemps au mal de Pott, alors qu'il s'agissait en réalité de névraxite.

MM. Cl. Vincent et Souques ont vu des malades maintenus pendant des mois dans des corsets plâtrés, pour de faux maux de Pott, qui étaient liés en réalité à l'hypertonie névraxitique.

M. Babinski fait remarquer que ces formes d'hypertonie parkinsonienne à localisation rachidienne paraissent souvent susceptibles de régresser : elles comportent donc un pronostic moins sévère que les hypertonies généralisées du parkinsonisme encéphalitique tardif.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Ablation par morcelage. Guérison opératoire. Amélioration fonctionnelle. — MM. Cl. Vincent et Th. de Martel présentent une malade qui souffrait depuis 1923 d'hypertension cranienne, mais qui, pendant près de deux ans, fut soignée exclusivement par des injections mercurielles. En juin 1925, lorsque les auteurs l'examinèrent, cette malade était presque aveugle par stase papillaire avec névrite, et subcomateuse. Aucun diagnostic de localisation n'était possible. Une trépanation décompressive sous-temporale droite, pratiquée aussitôt, permit à la malade de sortir de sa torpeur. On put alors constater qu'il y avait surdité complète à droite, avec hyperexcitabilité labyrin-

thique et asynergie cérébelleuse du même côté. Le diagnostic de tumeur ponto-cérébelleuse fut porté, et l'ablation de la tumeur fut décidée. Elle fut exécutée par M. de Martel qui pratiqua l'extraction par morcelage à coups de curette, suivant la technique de Cushing. Les céphalées ont maintenant disparu; l'acuité visuelle permet maintenant à la malade de se diriger et de s'occuper dans sa ferme.

Les auteurs insistent sur les désastres auxquels amène trop souvent la temporisation dans les syndromes d'hypertension cranienne : se fiant à des traitements antisyphilitiques ou radiothérapiques, on risque de laisser des malades devenir irrémédiablement aveugles. Deux points de technique opératoire sont également à retenir : l'utilité de vérifier les deux nerfs acoustiques, car le diagnostic de côté de la tumeur peut prêter à erreur; d'autre part, les avantages du morcelage.

Un cas de tumeur cérébrale visible à la radiographie. — M. O. Crouzon et Mlle Claude Vogt. Il s'agit d'une malade de vingt-six ans qui, depuis l'âge de neuf ans, présente des crises d'épilepsie bravais-jacksonienne régulièrement tous les deux mois, précédées d'une aura motrice et de type brachial gauche. La malade souffre, en outre, de céphalée légère.

L'examen neurologique révèle une atteinte légère de la voie pyramidale gauche. Pas de stase papillaire. Liquide céphalo-rachidien normal. La radiographie montre avec une netteté particulière une tumeur qui paraît siéger dans le voisinage du ventricule latéral droit, tumeur calcifiée dont il est impossible d'affirmer la nature.

Une discussion s'engage sur les tumeurs calcifiées de l'encéphale. Outre les psammomes, il faut compter avec les sarcomes calcifiés (J. Bertrand, Jumentié) et avec les tubercules (Léri).

Contractures du type extrapyramidal dans la sclérose latérale amyotrophique. — MM. Guillain et Alajouanine présentent une malade atteinte depuis un an d'amyotrophie progressive des membres supérieurs du type Aran-Duchenne avec secousses fibrillaires des éminences thénar et hypothénar, puis de paralysie bulbaire, avec signe de Babinski. Mais on note de la contracture plastique, le phénomène de la roue dentée et une exagération des réflexes de posture. D'autre part, le début de l'affection a été marqué par quelques phénomènes douloureux. Enfin, la malade a présenté, en 1922, des algies cervico-brachiales avec troubles du sommeil, si bien que l'on peut se poser la question de l'origine encéphalique possible du syndrome.

M. Guillain a déjà montré, avec M. P. Marie, la possibilité de contractures de ce type chez les syringomyéliques.

Réflexe oscillatoire hypertonique. — MM. Ch. Foix et Julien Marie. Chez les sujets qui présentent de l'hypertonie on peut observer des réflexes à type pendulaire ou oscillatoire. Les oscillations sont parfois au nombre de quatre à cinq, comme dans le réflexe pendulaire banal, mais souvent beaucoup plus nombreuses, atteignant la centaine ou même la dépassant. C'est le réflexe oscillatoire hypertonique typique.

La pathogénie paraît double : d'une part, passivité; d'autre part, hyperexcitabilité musculaire. Si la passivité peut suffire à expliquer les cas où le phénomène est léger, l'hyperexcitabilité musculaire semble, en outre, nécessaire pour expliquer ceux où il prend une importance considérable.

Un cas de tumeur de l'infundibulum du IIIe ventricule avec léthargie. — MM. Souques, J. Bertrand et Baruk présentent les pièces d'une tumeur du plancher du IIIe ventricule et de l'infundibulum (métastase du cancer du sein). Le début clinique a été marqué par des crises de narcolepsie, de quinze à trente minutes. Puis la léthargie est devenue persistante. Il était facile de réveiller la malade qui répondait sans confusion mentale ; cependant il y avait un peu d'onirisme, de désorientation, de fabulation. Les signes d'hypertension cranienne étaient manifestes par ailleurs.

Deux cas d'amaurose transitoire dans l'encéphalite épidémique. — M. Cl. Vincent. Le premier malade est un homme de cinquante ans qui présenta d'abord une hémi-ataxie gauche par troubles des sensibilités profondes, puis qui devint subitement aveugle, sans lésion du fond de l'œil ni modification des réactions pupillaires. La ponction lombaire décelait une dissociation albumino-cytologique. L'amaurose, puis l'hémi-ataxie disparurent complètement. La seconde malade, une femme de vingt-neuf ans, fut d'abord prise de céphalée ; puis survinrent une paralysie masticatrice, avec chute de la mâchoire, une névralgie faciale, de la salivation, enfin des troubles de la vue : la vision du faisceau maculaire, d'abord conservée, disparut à son tour. Le fond de l'œil, les réactions pupillaires étaient normaux. Tous ces phénomènes évoluaient avec élévation thermique. Après la chute de la fièvre, tous les symptômes disparurent.

Le test du poignet figé dans les perturbations de l'équilibre. Stabilisation « a minima » et stabilisation renforcée. — MM. J. Froment et H. Gardère (de Lyon) montrent que l'examen du poignet décèle des états figés transitoires dans tous les troubles de l'équilibre au moment même où la statique est en péril. Il en est ainsi chez le tabétique au cours de l'épreuve de Romberg, chez le cérébelleux, chez le sujet atteint de polynévrite ou de sclérose en plaques au moment des tournants brusques. Il en est de même encore chez le sujet normal dont l'équilibre est troublé. Ces constatations rendent indirectement légitime la conception de la dystasie parkinsonienne. Elles incitent à admettre l'existence de deux mécanismes de stabilisation : stabilisation *a minima* et stabilisation renforcée. Tout se passe comme si le mécanisme stabilisateur de renfort était alerté toutes les fois que le mécanisme de stabilisation *a minima* est lésé ou faussé (maladie de Parkinson), ou encore lorsque le mécanisme de stabilisation *a minima* risque, dans les circonstances considérées, de se montrer insuffisant (troubles de l'équilibre).

Clonus du pied d'origine pallido-nigérienne. Deux observations de clonus typique, avec exagération du réflexe de posture du jambier antérieur, chez des malades atteints de syndrome parkinsonien à forme hémiplégique. — MM. A. Rouquier et A. Couretas. Le clonus du pied peut se rencontrer en dehors de toute atteinte pyramidale et sans cause périphérique, chez des sujets porteurs d'une lésion des voies motrices extrapyramidales ou des noyaux gris centraux dont elles émanent. Il peut, dans certains cas, en particulier chez des parkinsoniens à forme hémiplégique ou monoplégique, offrir à peu près tous les caractères du clonus pyramidal typique. Il s'en distingue généralement parce qu'il coïncide avec l'exagération du réflexe de posture du jambier antérieur, et parce qu'il n'est pas inhibé par la manœuvre qui provoque le réflexe de défense.

Syndrome de Weber par métastase d'un cancer du sein. — MM. Cornil et Hamant rapportent l'observation d'une malade opérée en août 1924 pour cancer du sein, et qui dut subir, en août 1925, des applications de radiothérapie pénétrante sur la région cervicale au niveau de nodules métastatiques sous-cutanés et ganglionnaires. Une nouvelle série fut appliquée en décembre 1925. Peu après, apparut une hémiparésie droite totale à développement progressif, avec installation lente d'une chute de la paupière gauche accompagnée de diplopie, de dilatation pupillaire, de diminution des réactions pupillaires à la lumière, de léger effacement des bords de la papille. Sous l'influence de nouvelles irradiations craniennes, les phénomènes disparurent progressivement en quinze jours. La motilité du membre inférieur étant devenue normale, il ne persiste plus que des troubles des réflexes.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1926)

Allocution de M. H. Judet, président,

Allocution de M. Charles Buizard, secrétaire général.

Rapidité d'évolution d'un kyste de l'ovaire. — M. G. Léo présente l'observation d'une malade à laquelle, en septembre 1924, il enlève les annexes droites et constate l'intégrité de l'ovaire gauche. Deux mois, après la malade doit être réopérée pour un gros kyste de cet ovaire gauche, tumeur remplissant le bassin et remontant jusqu'à l'ombilic. C'est une observation très rare.

Helminthiase et colibacillurie. — M. G. Léo présente quatre observations de colibacillurie avec oxyurose, guéries par le traitement au carbonate de bismuth, remède excellent contre les oxyures. Ces observations confirmant sa première observation de mars 1924, que MM. Le Lorier et Fisch ont appuyée de leurs observations en décembre 1925.

Note préliminaire sur un syndrome phrénique, laryngé, nasal et entéritique lié à laprésence de tricocéphales intestinaux. — M. G. Loé.

Sur un point de diagnostic des orchi-épididymites bacillaires L'orchi-épididymite sporothrichosique. — M. Thévenard présente une observation d'orchi-épididymite sporothricosique la troisième publiée jusqu'à ce jour. Dans les deux premières, l'orchite n'était qu'une manifestation épisodique d'une infection sporothricosique généralisée ; dans l'observation de M. Thévenard la sporothricose était uniquement localisée aux testicules. L'auteur pense que les cas de ce genre seraient plus nombreux, s'ils étaient recherchés systématiquement, on les confond avec l'orchi-épididymite bacillaire. Il donne des signes qui permettraient d'établir le diagnostic différentiel entre les deux affections, diagnostic important puisque la sporothricose guérit par le traitement médical et en laissant la fonction intacte.

Rhinoplasie modelante par greffe de cartilage costal. — M. Mornard.

Greffe osseuse restauratrice. Résultat au bout de seize ans. — M. A. Huguier.

Résultat au bout de quatorze ans d'une orchidopéxie pour ectopie bilatérale. — M. A. Huguier.

Gastrectomie pour ulcère. — M. A. Huguier présente une pièce de résection gastrique pour ulcère, perforé et bouché, de la petite courbure. La malade, actuellement guérie, était âgée de soixante et un ans, cachectique, et était entrée avec le diagnostic de cancer gastrique inopérable. L'auteur insiste sur la nécessité, pour un diagnostic précis, de ne pas se borner à la seule clinique, et d'employer : tubage à jeun, examen du suc gastrique, radiologie. Il est très important de faire les examens radiologiques sur le malade debout, puis couché.

Ulcère duodénal. — MM. V. Pauchet et Luquet présentent une pièce de résection économique pour ulcère duodénal, chez un malade non hyperchlorhydrique. Dans ces cas, ils font la duodénectomie et la résection de l'antre du pylore. Le seul temps délicat est la fermeture du duodénum.

Opération de Hartmann. — MM. V. Pauchet et Luquet présentent la sigmoïde cancéreuse d'un malade de soixante-treize ans, opéré suivant le procédé de Hartmann, et en deux temps. Guérison.

(séance du 19 février 1926)

A propos de l'ectopie testiculaire. — M. Barbarin pense qu'on opère en effet trop souvent et surtout trop rapidement chez l'enfant. Il n'intervient que lorsque les prodromes de la puberté peuvent faire craindre des accidents d'étranglement avec atrophie consécutive. La dissection complète et soignée des éléments du cordon est nécessaire; elle permet, en général, la descente du testicule en bonne position sans traction exagérée, ce qu'il faut éviter.

Helminthiase et colibacillurie. — M. Lavenant présente quatre observations intéressantes sur ce sujet. Dans deux observations, il existait un syndrome entéro-rénal avec colibacillurie, qui guérit rapidement par le traitement au carbonate de bismuth dirigé contre les oxyures. Une autre malade présentant de l'incontinence d'urine et de la colibacillurie vit ces troubles disparaître après l'expulsion d'ascaris. Une der-

nière observation montre l'importance de l'helminthiase dans la stase intestinale chronique. Cette stase et les phénomènes d'intoxication disparaissent après un traitement dirigé contre les tricocéphales.

Onze radiographies de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus avec abduction du fragment supérieur. — M. Dupuy de Frenelle.

Fracture compliquée des deux os de l'avant-bras. Opération conservatrice. Résultats éloignés. — MM. Planson et Judet.

Ostéotomie double des fémurs pour spondylose rhizomélique. — M. Peugniez.

Fractures du col du fémur. — M. André Trèves.

Goitre lingual. — M. Victor Pauchet présente l'observation d'une femme de vingt-six ans, porteuse d'une tumeur de la base de la langue diagnostiquée « goitre lingual » et ayant subi un commencement de transformation sarcomateuse, comme l'a montré l'examen histologique.

M. Pauchet présente les dessins de l'opération qui fut ainsi faite : anesthésie régionale, la malade fait de l'asphyxie sur la table, avant le début de l'intervention; trachéotomie. Section de l'os hyoïde, extirpation de la tumeur. Suppression de la canule au bout de trois jours. Apparition, par la suite, d'insuffisance parathyroïdienne. Le traitement opothérapique a déjà considérablement amélioré la malade.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLEURÉSIES INTERLOBAIRES

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT[1]

B. **Phase de pleurésie ouverte. Vomique.** — C'est vers le *vingtième* jour que survient la vomique. En présence de cet accident il faut *toujours penser* à la pleurésie interlobaire, la vomique pouvant revêtir dans certains cas toute la valeur d'un signe *révélateur*.

1° **Prodromes.** — Pendant vingt-quatre à trente-six heures, la vomique peut être précédée par quelques *petites hémoptysies*, avec *fétidité de l'haleine*. Ces signes prémonitoires passent souvent inaperçus quand survient l'ouverture soudaine de la poche purulente. Trois types cliniques de vomiques :

2° **Description.** — *a.* Vomique massive. — Le malade est subitement pris d'une douleur déchirante dans le côté. En même temps, en proie à une dyspnée angoissante, couvert de sueurs, suffocant, il rejette un flot de pus par la bouche et par le nez.

Le pus rejeté est abondant (de 200 à 1000 grammes), jaunâtre, épais, plus ou moins fétide, riche en pneumocoques.

b. Vomique fractionnée (Dieulafoy). — Le tableau est ici moins dramatique, et l'expectoration qui a débuté de façon subite, s'échelonne sur plusieurs jours.

c. Vomique nummulaire (Hirtz et Beaufumé). — Ici : quelques crachats isolés, ressemblant aux crachats arrondis de la tuberculose cavitaire.

3° **Après la vomique.** — L'évolution est variable. Tous les symptômes se modifient plus ou moins.

a. Signes physiques. — Brusquement après la vomique massive, moins rapidement après la vomique fractionnée, on voit s'installer :

Soit un *syndrome de pyopneumothorax partiel*, syndrome liquidien et amphorique.

Soit un *syndrome cavitaire* avec souffle, gargouillement, et pectoriloquie aphone.

La radioscopie montrerait une poche claire avec un niveau liquide horizontal.

b. Signes fonctionnels et généraux. — Ils se modifient de façon variable, suivant que le drainage consécutif à la vomique est plus ou moins bien assuré.

1. *Si le drainage est bon*, la fièvre tombe, la dyspnée et la toux s'atténuent, l'appétit renaît. L'expectoration se réduit progressivement. Les signes physiques s'atténuent et la *guérison* survient, mais souvent assombrie par quelque reliquat (adhérences pleurales, rétraction thoracique).

2. *Le plus souvent drainage insuffisant.* — La fièvre, l'expectoration, la toux et la dyspnée persistent. Il est fréquent d'observer de petites *hémoptysies* dues à l'ulcération des vaisseaux qui accompagnent la bronche ouverte. L'état général s'altère progressivement : le malade s'amaigrit, le teint devient terreux, et cet aspect joint à la fièvre oscillante avec frissons et sueurs, fait penser à la tuberculose cavitaire.

On conçoit que le diagnostic sont des plus difficiles, si le début n'est pas net et si on ne retrouve pas l'antécédent d'un vomique à début brusque et soudain. Il n'est pas jusqu'aux crachats nummulaires qui ne simulent ceux de la tuberculose cavitaire. Les ongles deviennent hippocratiques, et le syndrome cavitaire constaté à l'auscultation vient compléter ce tableau de cachexie tuberculeuse.

Il n'est qu'un seul signe différentiel cutané : *l'absence de bacilles de Koch dans les crachats*, vérifiée par des examens répétés. Cette période clinique peut durer *plusieurs mois*. L'indication *opératoire* est formelle, et son résultat sera d'autant meilleur qu'elle sera plus précoce. Sinon, le malade meurt dans la cachexie, par dénégérescence amyloïde des viscères, l'issue fatale étant parfois hâtée par une poussée de *gangrène pulmonaire*.

FORMES CLINIQUES

Les pleurésies interlobaires sont rarement dues à d'autres microbes.

1. **Pleurésie interlobaire à streptocoque.** — Un cas de Widal et Froin.

2. **Pleurésie interlobaire à pneumobacille de Friedlander.** — Egalement très exceptionnelle (3 cas de Letulle, Netter).

3. **Gangréneuse (à anaérobies).** — Quelques cas de Chauffard, Hallé et Rist.
Rapidement mortelle.

4. **TUBERCULEUSES.** — *Très insidieuses*, de symptomatologie *fruste*, elles ont été décrites par Sabourin (pleurésies sérofibrineuses et purulentes) et par Béclère (pleurésie sèche).

a. **Pleurésies séro-fibrieuses,** — Elles seraient fréquentes et souvent méconnues (Sabourin).

1. *Tantôt*, elles surviennent chez un tuberculeux *avéré* et consécutivement à un foyer juxta-scissural ou sous-pleural.

2. *Tantôt*, elle sont *primitives*, s'annonçant alors par une élévation thermique et une *douleur en écharpe* le long de la scissure (à droite, douleur *en fourche*).

Il faut rechercher avec soin les points douloureux aux localisations bien particulières : *point vertébral* (extrémité postérieure de la quatrième côte); *point antéro-inférieur* (extrémité antérieure de la sixième côte).

De plus, l'examen physique révèle un *syndrome suspendu* avec matité, souffle, vibrations abolies, râles sous-crépitants ou frottements.

Evolution : elle est le plus souvent *bénigne*, le liquide se résorbant spontanément en deux à trois semaines. Cette pleurésie évolue très rarement vers la purulence. Il est beaucoup plus fréquent qu'elle laisse derrière elle des *adhérences* qui pourraient être ultérieurement très gênantes au point de vue fonctionnel.

b. **Pleurésie purulente.** — Exceptionnelle, très *latente*, d'un diagnostic très difficile, elle aboutit à la vomique et réalise un pyopneumothorax partiel.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 24, p. 391.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anesthésie régionale en odonto-stomatologie, par E. NIVARD. In-8 de 270 pages avec de très nombreuses illustrations. — Prix : 25 fr. — Paris, Editions de la *Semaine dentaire*, 12, rue du Hanovre,

Traitement de la maladie de Fauchard par la prothèse de contention, par le docteur Maurice HUGUENET. — Paris, Editions de la *Semaine dentaire*, 12, rue du Hanovre.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rist, Ribierre, Widal, Chiray, Aviragnet, Laignel-Lavastine, Chevrier, qui acceptent; Laubry, Lemaire, Bruhl, Jeanselme, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — HISTOLOGIE ET EMBRYOLOGIE. — Jury : MM. Prenant, président; Collin, Dubreuil, Debeyre.

Candidats : MM. Giroud, Millot (de Paris), Benoit, Courrier (de Strasbourg), Granel (de Montpellier).

Epreuve pratique. — MM. Benoit, 16; Courrier, Giroud et Granel, 15 1/2; Millot, 15.

Exposé de titres. — MM. Benoit, 17; Courrier, 18; Giroud, 14; Granel, 14 1/2; Millot, 18.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Granel : « Histophysiologie du rein » ; note : 15.

M. Courrier : « Développement d'un os long » ; note : 11 1/2.

M. Benoit : « Les spermatocytes » ; note : 12.

M. Millot : « L'épithélium pulmonaire » ; note : 13.

M. Giroud : « Les endothéliums vasculaires » ; note : 16.

Total des points : MM. Millot, 46; Giroud, 45 1/2; Benoit, Courrier et Granel, 45.

HOMMAGE AU PROFESSEUR P. SÉBILEAU. — La médaille offerte à M. le professeur P. Sébileau, par ses élèves et amis, lui sera remise le dimanche 18 avril 1926, à 10 h., au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — Mme le docteur Forget-Urion est nommée professeur adjointe de chirurgie à l'École de médecine de Poitiers.

L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — Dans sa dernière séance, l'Académie de médecine, après intervention de M. Nobécourt, a adopté les vœux proposés par la Commission d'hygiène de l'enfance et rédigés par le rapporteur M. Jules Renault. Ces vœux proposent à l'Académie de :

Prier le ministre de l'Hygiène de bien vouloir adresser chaque année à l'Académie de médecine tous les rapports des services départementaux de l'Assistance publique ;

Prier le ministre de l'Hygiène de demander aux inspecteurs départementaux de calculer la mortalité des enfants de moins d'un an en recherchant ce que sont devenus pendant la première année de leur existence ces enfants;

Prier le gouvernement de bien vouloir hâter, autant qu'il sera possible, le vote des propositions de loi sur la protection des enfants du premier âge;

Prier le gouvernement de bien vouloir proposer au Parlement la création obligatoire des consultations de nourrissons et la fréquentation obligatoire de ces consultations pour tous les enfants protégés;

Prier le ministre de l'Hygiène d'envisager la création de postes de visiteuses de l'enfance dans les villes et les régions rurales ;

Renouvelant ses vœux émis dans les séances du 24 juin 1924 et du 4 novembre 1925, prier le ministre de l'Hygiène de donner les instructions nécessaires pour l'organisation, partout où il est possible, de centres de placement familial surveillé.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été élevé ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

A la dignité de grand officier. — M. le docteur Richet (Robert-Charles), membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Bidou (de Paris).

MÉDAILLE D'HONNEUR DE LA MUTUALITÉ. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Ferrand et Guay (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Bézaguet, Chabry, Dantan, Eudlitz, Fournier, Heller, Isaac, Lacroix, Lamare, Laufer, Marty, Virey (de Paris), Bonnet (de Vincennes).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Adda (d'Asnières), Ayrenx, Bonnel, Bresson, Grumberg, Heiser, Kaminsky, Nogué, Roy, Savatier, Vinant, Vouzelle (de Paris), Brac (de Tunis), Charroppin (de Levallois-Perret), Garail (de Toulouse), Hirsch et Galand (d'Asnières), Leroux (de Crulay).

Mention honorable. — MM. les docteurs Giboux (de Marseille), Pierrhugues (de Paris). (*J. O.*, 28 mars 1926.)

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Le *Journal officiel* du 30 mars 1926 (p. 3897 à 3901) publie le barême des invalidités en ce qui concerne le paludisme et les maladies exotiques.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — (Armée active.) Sont désignés comme membres externes de la section technique du Service de santé, pour l'année 1926, les officiers du Service de santé ci-après désignés :

MM. les médecins principaux de 1re classe Coullaud et Bichelonne; les médecins principaux de 2e classe Spire, Jeandidier, Pasteur, Magnoux; les médecins-majors de 1re classe Morisson, Bellot, Cot, Cristau, Boyé, Bercher.

— (Armée active.) Sont promus aux grades ci-après, pour prendre rang du 25 mars 1926, et, par décision ministérielle du même jour, sont, sauf indications contraires, maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Rubenthaler et Viallet.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Bordereau et Bertrand.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Bornecque, Sorlat, Bernard, Labastie, Bolotte, Servent, Barral, Riss, Rougeux, Durban, Ferry, Ferron, Nain, Pernod.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Giraud, Deslangles, Chaubet, Dutrey, Berthod, Monot, Rolling, Fontaine, Mathieu.

— SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — (Armée active.) Ont été promus dans le Service de santé des troupes coloniales, pour compter du 23 mars 1926 :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les principaux de 2e classe Doreau, Henric, Mathis, Normet et Sorel.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Comméleran, Salabert-Strauss, Heckenroth, Ferris, Dagorn, Gallet de Santerre.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Rouzoul, Le Boucher, Blazy, Le Cousse, de Reilhan de Carnas, Rivière, Luisi, Motais et Ricou.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Routier de Lisle, Boileau, Boulle, Boyé, Chesneau, Jeansotte, Le Saint, Caro, Gallet, Dabbadie, Urvois, Bernier.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE. — Cette assemblée aura lieu le dimanche 18 avril 1926, à 14 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Seuls peuvent y prendre part les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés locales et les membres de la Presse médicale invités.

A l'issue de la réunion, conférence de M. le docteur Lutembacher sur « La pluri-auscultation à distance avec le télécardiophone ».

Tous les confrères pourront assister à cette conférence.

Le soir aura lieu le banquet à l'Hôtel Lutétia, sous la présidence du docteur Delpierre, sénateur.

ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER. — L'Académie des sciences et lettres de Montpellier décernera en 1927 un prix Alphonse Jaumes sur un sujet de médecine légale, les deux sujets restant au choix des candidats.

Chacun de ces prix pourra atteindre la somme de 2 000 francs.

Les mémoires, imprimés ou dactylographiés devront être déposés au secrétariat de l'Académie avant le 31 décembre 1926. Ils doivent être écrits en langue française. Ils ne seront pas rendus.

Sont exclus les travaux ayant plus de quatre ans de date et ceux qui ont déjà pris part à d'autres concours.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Berquet, chirurgien en chef des hôpitaux de Calais; Vouters, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille; Léon Vincent (de Lyon).

HÔPITAL BEAUJON. — MALADIES DES YEUX. — Le docteur A. Cantonnet, ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon, fait tous les mardis, à 9 heures, dans le service d'ophtalmologie, une consultation expliquée avec présentation de malades. Opérations.

Cet enseignement est à l'usage des médecins praticiens et des candidats au doctorat.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — ASSOCIATION ALSACIENNE ET LORRAINE CONTRE LA TUBERCULOSE. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire et les maladies des voies respiratoires*, organisé par les docteurs G. Canuyt professeur et E. Vaucher chargé de cours à la Faculté de médecine, avec la collaboration de : MM. Cade, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Pasteur Vallery-Radot et Weill-Hallé, médecins des hôpitaux de Paris; Léon Blum, Leriche, Merklen, Rohmer, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Boez, Gery, Gunsett, chargés de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg; Belin, directeur de l'Office Municipal d'hygène et du dispensaire de Strasbourg; Brion, médecin-chef de l'hôpital-sanatorium Saint-François à la Robertsau; Fath, médecin-chef du sanatorium de l'Altenberg; Woringer, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Strasbourg; Ohlmann, Schaaf; chefs de laboratoires de radiologie; Froelich, Kaufmann, Zillhardt, anciens chefs de clinique et assistants dans les cliniques universitaires de Strasbourg.

Ce cours aura lieu du vendredi 8 au samedi 23 octobre 1926.

Les leçons seront accompagnées de présentations de malades, de projections de radiographies, de démonstrations bactériologiques.

Les auditeurs seront exercés individuellement aux examens radiologiques, laryngologiques, bactériologiques et aux examens de crachats. Ils auront l'occasion d'examiner de nombreux malades porteurs de pneumothorax et de pratiquer eux-mêmes, des réinsufflations.

En outre, des démonstrations spéciales sur les injections intra-trachéales de lipiodol, des exercices de thoracosopie auront lieu à l'occasion des examens de malades.

En dehors des heures de cours ils auront libre accès dans les cliniques et hôpitaux spécialisés de Strasbourg.

S'inscrire auprès du docteur Vaucher, 8, quai Finkwiller.

Un droit d'inscription : de 250 francs sera versé au début du cours par les auditeurs désirant suivre les cours, les travaux pratiques et être admis aux examens de malades.

Le nombre des auditeurs est limité.

A la fin du cours un certificat sera donné aux auditeurs qui en feront la demande.

Des bourses pourront être accordées en nombre limité à certains médecins de la région, qui en feront la demande.

Aucun droit d'inscription ne sera demandé pour les cours théoriques, de 8 h. 1/2 du matin et de 6 h. 1/2 du soir, qui pourront être suivis par tous les médecins et tous les étudiants qui le désirent.

REVUE GÉNÉRALE

ANOMALIES DU SYNDROME HUMORAL
DANS LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE [1]

Par MM. RISER et P. MÉRIEL (de Toulouse).

II. Syndrome humoral non hémorragique avec polynucléose. — La lymphocytose rachidienne est certes la formule qui est de beaucoup la plus fréquente, cependant la constatation d'une polynucléose, soit associée à la lymphocytose, soit pure, ne doit pas faire rejeter le diagnostic de bacillose méningée. Cette polynucléose n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire, puisque sur 134 cas observés par Lutier (46) il y en avait 16 avec polynucléaires, ce qui fait une proportion de 11,5 p. 100. *Abel* (1) a vu sur 21 cas 4 cas de polynucléose.

Nous allons relater tout d'abord deux observations inédites; nous verrons ensuite dans une étude d'ensemble comment il faut interpréter ces faits.

Obs. X. — Garçon de dix-neuf ans qui a présenté en 1924 de l'adénopathie cervicale d'origine bacillaire avec suppuration et fistule. Quelques mois plus tard est survenu un épisode abdominal d'allure subaiguë, avec fièvre peu élevée, douleurs, gâteaux péritonéaux : le repos amende tous ces phénomènes. En novembre 1924 se déclare une otite.

A partir du 15 décembre 1924 et pendant un mois, état fébrile continuel (37°8-38°5) sans autres signes cliniques; bon appareil digestif et rien aux poumons; l'otite est guérie. Plusieurs hémocultures qui sont pratiquées demeurent négatives.

A partir du 15 janvier un peu de céphalée, et à partir du 20 janvier on remarque quelques secousses myocloniques des petits muscles des mains, surtout de l'abducteur du pouce. Pas de somnolence, intelligence très lucide.

Le 20 janvier, à 15 heures, le malade s'alimente, puis cause et rit avec son entourage et brusquement il est foudroyé par un ictus et il entre aussitôt dans le coma; respiration stertoreuse. Pouls 110, température 39, pupilles dilatées réagissant mal à la lumière. A 5 heures, une première ponction lombaire est pratiquée; on retire 5 centimètres cubes de liquide louche seulement, mais une ponction atloïdo-occipitale donne issue à 30 centimètres cubes de liquide très louche. On injecte immédiatement par la même aiguille 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique polyvalent.

Examen du liquide : liquide trouble, non xantochromique, renfermant 2.000 leucocytes par millimètre cube, sans hématies. Le culot provenant de la centrifugation de 10 centimètres cubes est abondant. A l'examen microscopique, polynucléose exclusive, les éléments cellulaires sont intacts, sans aucun caractère morphologique ou tinctorial de pyocytes. Les investigations les plus minutieuses n'ont pas décelé de germes microbiens en dehors du bacille de Koch. Pas trace de méningocoque intra ou extracellulaire. Disons d'ailleurs tout de suite que les ensemencements sur gélose ascite et gélose T. sont demeurés négatifs. Albumine du liquide : 6 grammes. Réaction des globulines fortement positive. Benjoin colloïdal : 2.2.2.1.2.2.1.0.0.0.2.2.2.2.2; pas de sucre dans le liquide. Chlorures 5 grammes par litre. Un Ziehl ne montre pas de bacilles de Koch.

Le lendemain 21 janvier, le malade est toujours dans le coma le plus profond. Respiration stertoreuse et irrégulière. Cœur arythmique. Pouls 110 à 120. Pas de paralysie, pas de Babinski. La nuque est raide. Pupilles immobiles et dilatées. Une nouvelle ponction atloïdo-occipitale donne issue à 30 centimètres cubes de liquide louche et hypertendu qu'on remplace par 20 centimètres cubes de sérum antiméningococcique polyvalent.

Examen du liquide : 3.200 polynucléaires intacts par millimètre cube; pas de sucre; chlorures, 5 grammes; albumine, 6 grammes; très nombreux bacilles de Koch par paquets de 5 à 6.

Le 22 : mort.

En résumé, méningite tuberculeuse suraiguë ayant évolué en trois jours, précédée par une semaine de banale céphalée et la veille par quelques myoclonies. Liquide puriforme à polynucléose exclusive, nombreux bacilles de Koch, forte diminution de chlorures.

Obs. XI (Roques, Riser). — Jeune homme, sans antécédents notables, qui présente brusquement un état typhoméningé caractérisé par une température élevée (39°5), diarrhée, vomissements; rate perceptible, pas de taches rosées. Signe de Kernig, rachialgie, contraction et flexion des membres inférieurs, céphalée violente.

La ponction lombaire donne issue à un liquide franchement puriforme renfermant près de 3.000 éléments cellulaires au millimètre cube, sans hématies;

Formule cytologique		
	Polynucléaires....	85 p. 100
	Gr. cellules mononucléées	15 p. 100

les polynucléaires sont intacts, pas d'essaimage de granulation, noyaux bien dessinés. Albumine du liquide, 8 grammes par litre. Chlorures peu diminués : 7gr10.

L'examen direct ne montrant pas le moindre diplocoque et les cultures étant demeurées stériles, la recherche du bacille de Koch fut pratiquée : le Ziehl en montre des quantités considérables, près de 2 à 3 par champ d'immersion.

Nous signalons aussi les trois observations de Riser et Roques (64) parues dans les *Annales de médecine*, juillet 1921, t. X, n° 1).

Un certain nombre de particularités découlent de l'examen de ces observations.

Tout d'abord l'évolution rapide de la maladie et la polynucléose ne sauraient s'expliquer par l'hypothèse d'une association microbienne, puisque les divers examens n'ont pas permis de déceler d'autres germes que le bacille de Koch.

Ensuite la brusquerie du début après une période prodromique banale, très courte; la diarrhée abondante et fétide, fait que les classiques signalent comme rare; enfin, la durée très brève de la maladie; voilà des faits qui méritent de retenir notre attention.

L'abondance de la polynucléose et le caractère intact des polynucléaires colorés au rouge neutre sont encore des faits qui viennent à l'appui de l'origine toxémique de cette réaction cellulaire.

L'abondance des bacilles de Koch, la présence de lésions folliculaires typiques au niveau de la substance cérébrale ou des méninges viennent infirmer la théorie de l'infection bacillaire atténuée qui cherchait à expliquer l'anomalie de la réaction cellulaire.

Etude d'ensemble. — Les cas où l'on a constaté à l'examen cytologique la présence de polynucléaires sont assez nombreux. Cependant il faut faire avant tout une distinction entre les observations où au milieu des lymphocytes se trouvent quelques polynucléaires [Jaubert (38), 5 à 20 p. 100, ou de Descos (25), 5 et 10 p. 100] et celles où la polynucléose est nettement prédominante.

Lymphocytes et polynucléaires peuvent être en nombre égal ; les polynucléaires peuvent même entrer pour 60, 80 et même 99 p. 100 dans la formule cytologique. Ce sont ces faits, non décrits par Widal et Sicard que nous nous proposons d'examiner avec quelque détail.

Nous avons pu réunir plus de cent observations de méningites tuberculeuses avec polynucléose, mais elles n'ont pas une égale valeur. C'est ainsi

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 25, p. 397.

qu'on ne peut utiliser 11 cas de Froin et Ramond (31) qui manquent de précision, ces auteurs disent en effet que « 11 fois sur 23 cas la polynucléose était prédominante ». Il en est de même pour l'observation VI de Méry et Babonneix (52) et l'observation de Cassab (14) (p. 33) qui ne comportent ni autopsie, ni recherches du bacille de Koch. Le premier cas de Cassab est entaché d'erreur par suite de la coexistence d'une infection associée. Il en est de même de l'observation III de Landowski et Claret (40), de celle de Descos (25). Nous n'admettons pas non plus les observations où on a trouvé le méningocoque associé au bacille tuberculeux.

Nous ne retiendrons donc que les observations de méningite tuberculeuse avec polynucléose dépassant 20 p. 100.

Ce sont celles de Roger (66) obs. II, IV et V). Gillard (33). Lutel (45) (obs. IV). Thiroloix et Miginiac (72). Espinet (28) (obs. XLV). Marcou Mützner (48). Méry et Babonneix (52) (obs. III). Percheron (58) (3 obs.). Villaret (75). Claret et Landowski (19) Claret (18). Villard et Tixier. Devé (26). Lutier (46) (obs. II, III, IV, V, X, XV, XVI et XVIII). Merklen et Gauthier (50). Maillet et Guiet (47). Landowski et Claret (40) (obs. I). Ribierre et Parturier (60 *bis*). Cassab (14) (obs. p. 36). Cade (13) (obs. I, II, III, IV, VI et VII). Froin et Ramond (31). Vaquez et Digne (74). Lewkowicz (42) (6 obs.). Guinon et Simon (35) (obs. XIV et XVI). Villaret et Tixier (76). Hommay (36) (obs. I, II et V). Ramond (60) (obs. I, V, VII, VIII, X, XI et XIV). Anglada (5). Pagès (55). Carles et Duperié (15). Fischer (30). Sappey in Thèse Mestrezat (68). Waltier (79). Reichmann (61). Baumel (9) (obs. XV). Devé (26). Weill et Mouriquand (80) (2 obs.). Brelet et Machefer (12) (les auteurs ne précisent pas ; « grand nombre de polynucléaires » disent-ils). Vedel et Mlle Giraud (73). Riser et Roques (64) (3 observations publiées et 2 inédites que nous donnons dans ce travail). Merklen et Hirschberg (51) Mlle Laurent et Abel (41). Abel (1) (4 obs.). Rubenthaler (66 *bis*).

Cette forme spéciale présente certains caractères cliniques qu'il est intéressant de noter. C'est d'abord sa fréquence chez l'adulte, surtout de vingt-cinq à trente-cinq ans. Elle est plus rare chez l'enfant et rarissime chez le vieillard et le nourrisson.

La lecture attentive de certaines observations nous apprend encore la particularité du début et de l'évolution. Dans la moitié des cas seulement l'évolution a été rapide. Sauf dans le cas de Vaquez et Digne, cette méningite aboutit à la mort après un délai variable que les auteurs n'indiquent pas toujours avec précision.

En ce qui concerne la polynucléose son intensité est des plus variables. Dans certaines observations elle est indiquée d'une façon peu précise : « Polynucléose prédominante » disent certains auteurs. Elle doit être supérieure à 40 p. 100 pour qu'on puisse vraiment parler de méningite tuberculeuse à polynucléaires. Cette polynucléose va souvent en augmentant du début à la fin de la maladie. Dans certains cas au contraire elle va en diminuant. Abel décrit deux variétés de polynucléose. L'une transitoire, l'autre durable. Transitoire elle s'observerait soit au début soit à la fin de la maladie. Certains auteurs ont même prétendu par comparaison avec la pleurésie qu'au début de toute méningite il y avait de la polynucléose précédant la lymphocytose. Assertion difficile à vérifier car la ponction est toujours pratiquée plusieurs jours après le début de la maladie.

Dans d'autres cas au contraire la polynucléose au lieu d'être primitive serait secondaire. Beaucoup moins fréquents sont les cas de polynucléose durable. Elle a été notée par Guinon et Simon, Villaret et Tixier. Ramond l'a constatée 6 fois de suite entre le sixième jour de la maladie et la mort (vingt et unième jour). Abel l'a signalée aussi dans son observation IV.

Signalons enfin que la présence du bacille de Koch a été décelée dans environ 65 p. 100 des cas. L'examen anatomique de 47 cas a montré des lésions inflammatoires banales et non folliculaires dans 5 cas ; des lésions granuliques simples dans 42 cas, et dans 17 cas on a constaté au niveau de la méninge la présence d'une ou plusieurs lésions tuberculeuses anciennes telles que tubercules, plaques de méningite caséeuse.

Pathogénie de la polynucléose. — De nombreuses théories ont été proposées et il règne encore sur ce chapitre une certaine obscurité.

1. Pour Fischer (30) la polynucléose serait normale dans la méningite tuberculeuse si on examine le liquide aussitôt après la ponction ou encore si on fixe les éléments cellulaires avec du formol. La lymphocytose serait artificielle, due simplement à la disparition des polynucléaires dont la moitié est détruite après la ponction (*Munch. med. Woch.*, 14 janvier 1913). Cette explication ne saurait être retenue.

2. Lewkowicz (42) invoquait comme cause l'ouverture d'un foyer caséeux au niveau des espaces sous-arachnoïdiens et opposait la polynucléose, formule de suppuration, à la lymphocytose formule exsudative. Mais après l'examen des observations on voit de nombreuses contradictions qui viennent infirmer cette théorie. Des lésions localisées, point de départ d'une poussée méningitique peuvent exister avec une lymphocytose. C'est le cas de Trèves et Chaperon (71) : méningite tuberculeuse avec lymphocytose, le lobe droit du cervelet renferme un tubercule caséeux, de la grosseur d'un œuf de poule et ramolli près de la surface. De même Mery et Babonneix (52) ont vu une méningite avec lymphocytose consécutive à un tubercule du cervelet. L'observation III de Ramond est aussi typique, méningite tuberculeuse avec plaques caséeuses sur la méninge ; les observations VIII et IX du même auteur et bien d'autres encore.

Il est aussi des cas où la polynucléose abondante n'est pas liée à un foyer caséeux (30 fois sur 47 cas). Cette hypothèse ne saurait donc expliquer tous les cas de polynucléose.

3. Concetti (21) attribuait la polynucléose à la présence du bacille de Koch en grande quantité dans le liquide céphalo-rachidien. Certes il n'est pas douteux comme nous nous en sommes assurés après Widal, Sicard et Ravaut que l'introduction de bacilles de Koch à dose massive amène une polynucléose intense ; tout comme d'ailleurs l'introduction dans les espaces sous-arachnoïdiens de n'importe quel corps étranger. Si cette explication s'applique à quelques cas (obs. III de Lutier. X de Ramond. II de Lewkowicz, de Ribierre et Parturier) il est par contre des cas où malgré l'intensité de la polynucléose le bacille de Koch faisait souvent défaut (obs. V de Lutier, de Marcon Mützner. II et IV de Roger. I de Riser et Roques), si les bacilles ne sont pas absents ils sont très peu nombreux comme dans la forme à lymphocytes. Il ne faudrait cependant pas croire qu'on

puisse écrire que la formule lymphocytaire est un indice de la pauvreté en bacilles du liquide céphalo-rachidien. A ce sujet rappelons l'observation VI de Ramond : « Méningite tuberculose à forme délirante, ponction lombaire précoce, lymphocytes 95 p. 100, bacilles de Koch extraordinairement nombreux », les observations de Bitot et Montalier (11), de Péhu de Bonafé (57).

En résumé la présence de très nombreux bacilles de Koch ne peut expliquer la prédominance de la polynucléose dans certains cas puisque le liquide céphalo-rachidien de certaines méningites tuberculeuse à lymphocytose classique en renferme assez souvent des quantités considérables. Les cas de Ramond (obs. XXXVIII) et de Vedel et Giraud avec augmentation parallèle des polynucléaires et des bacilles sont des faits très rares.

4. Certains auteurs comme Merklen et Gautier (50), Weill et Mouriquand (80), Merklen et Hirschberg (51) prétendent que la polynucléose serait un indice de granulie méningée. Cependant le dépouillement de nombreux protocoles d'autopsies montrent que très souvent la polynucléose concorde avec des lésions plus anciennes séro-purulentes, et d'autre part dans de nombeux cas de méningite tuberculeuse banale à lymphocytes on trouve des granulations très récentes dans la vallée sylvienne, le long des vaisseaux.

5. D'autres hypothèses ont encore été émises. Toute méningite tuberculeuse présente de la polynucléose dans les premiers jours, mais elle disparaît et fait place à la lymphocytose. Si on suppose que la maladie brûle les étapes la lymphocytose n'aura pas eu le temps de s'établir et on trouvera seulement des polynucléaires.

On peut répondre à cela qu'il est des cas nombreux où la ponction faite très précocement a montré la présence de lymphocytes. De plus l'analyse des observations montre que ces méningites à polynucléaires ont dans la moitié des cas une évolution subaiguë, quelques-unes même ont mis deux mois à évoluer.

6. Enfin Villaret et Tixier (76) ont invoqué non plus l'action du bacille lui-même mais de ses toxines. Il s'agirait d'un envahissement brusque de la leptoméninge par les toxines provenant soit d'une toxémie généralisée, soit de l'effraction brusque d'un foyer tuberculeux encéphalique ou méningé [obs. I de Riser et Roques (64), Thèse Armand-Delille (6)]. L'objection à cette théorie est facile à faire : les toxines du bacille de Koch sont adhérentes au corps même du bacille, il faut donc qu'il y ait du bacille dans le liquide céphalo-rachidien.

On peut répondre qu'il existe une toxine diffusible et que celle-ci peut déterminer une réaction cellulaire. Quant aux toxines adhérentes elles peuvent avoir été libérées à la suite d'une désintégration de bacilles, désintégration au niveau ou lésion ancienne par exemple et qui sera le point de départ de la toxémie. On sait que l'injection intradermique ou intrahépatique, l'instillation conjonctivale de tuberculine, chez des tuberculeux détermine pendant quelques jours un afflux de polynucléaires, puis d'éléments mononucléés [Pflander (59), Auché et Angistron (7), Spehl (69), Stanculeanu et Milhit (70), Sabrazes (67)]. Ces phénomènes n'ont rien de spécifique, car l'introduction dans une séreuse d'un antigène quelconque détermine d'abord un afflux de polynucléaires puis de mononucléaires. Riser (63) dans sa thèse a étudié de près ces phénonèmes et a vu que pendant un certain temps les leucocytes demeuraient intacts ; voilà certes des faits à rapprocher de ceux observés par Riser et Roques (64) (obs. II et III). Cette polynucléose provoquée peut même persister pendant un certain temps.

Recherches de Riser et Roques (64) : Ils ont préparé de l'éthéro-bacilline suivant le procédé d'Auclair. 0g50 de cette substance sont mis en suspension dans 5 centimètres cubes d'une solution à 10 p. 100 de carbonate de soude. On injecte 0g50 de cette suspension dans la cavité arachnoïdienne ; douze heures après le liquide céphalo-rachidien renferme 7 à 900 éléments, tous polynucléaires. Cette polynucléose dure trois à quatre jours puis la lymphocytose lui succède. En répétant tous les quatre jours une injection de 0g10 de la solution d'éthéro-bacilline on obtient une polynucléose permanente. On obtient des résultats analogues avec la substance indiquée par Goris (34), le hyalinol, et dans ce cas la polynucléose dure six à sept jours.

Les auteurs concluent : « Il n'est donc pas absurde de supposer que la polynucléose dans la méningite tuberculeuse est due non à l'envahissement de la cavité arachnoïdienne par une toxine tuberculeuse déversée en une seule fois, mais à la mise en liberté répétée plus ou moins régulièrement, ou continue de cette toxine. »

En résumé toutes ces théories renferment une part de vérité; et une théorie éclectique rend parfaitement compte des divers faits observés.

La conclusion pratique de tout ce qui précède peut se résumer ainsi : En présence d'une polynucléose qui ne fait pas sa preuve par la coexistence de germes d'infection aiguë, il faut rechercher le bacille de Koch, même si l'évolution de la maladie est suraiguë. Si le bacille de Koch est absent il faut rechercher l'abaissement du taux des chlorures (Mestrezat). Enfin dans les cas douteux injecter du sérum anti-méningococcique dont l'effet sera nul sur une méningite tuberculeuse (Netter et Gendron. *Soc. de biol.*, 4 mars 1911) mais dont bénéficiera souvent une méningite à méningocoques.

III. **La bacillose méningée associée.** — Ces cas complexes et relativement fréquents peuvent se présenter de deux manières : ou bien il s'agit d'une méningite tuberculeuse d'emblée surinfectée à un moment de son évolution par d'autres germes ; ou bien on pourra se trouver en présence d'une méningite pyogène banale, méningococcique par exemple qui évolue chez un tuberculeux ; la bacillose jusque-là latente peut se réveiller et amener un ensemencement des méninges. Seul ce dernier groupe nosologique retiendra notre attention. De nombreux germes pouvant s'associer au bacille tuberculeux, il semble qu'on puisse classer les faits ainsi : association d'un germe autre que le méningocoque ; association du méningocoque.

1. **Méningites mixtes dues au bacille de Koch et à des germes autres que le méningocoque.** — Ces cas sont connus depuis fort longtemps, cependant il faut tenir compte de la difficulté d'ensemencement d'un liquide qui sort d'une aiguille qui a été touchée par les mains de l'opérateur et n'admettre que des observations avec détails bactériologiques précis. Nous signalerons comme très probants les protocoles rapportés par Marotte (49). Son malade pré-

senta une septicémie à tétragènes, puis il fit une méningite à tétragènes et l'autopsie montra un semis de granulations tuberculeuses sur les méninges. Le cas de Bernard (10) où une méningite tuberculeuse se compliqua d'infection à tétragènes. Une observation de Wall (78), où une surinfection pneumococcique survint à la période d'état d'une méningite tuberculeuse, et se manifesta par une reprise des phénomènes méningés et par l'apparition d'une polynucléose.

2. **Méningites mixtes dues au bacille de Koch et aux méningocoques.** — Nous réunirons sous ce titre les associations avec le méningocoque et les paraméningococciques.

Voici une observation particulièrement typique publiée par Loubet, Auban et Riser (42 *bis*).

Obs. XII (Loubet, Auban, Riser. *Arch. méd. enfants*, 1914). — Enfant de neuf ans, qui, à quatre ans, a présenté une fistule froide et torpide de la marge de l'anus. Le 23 février 1914, début du syndrome méningé avec température élevée, herpès, raideur de la nuque, rachialgie, constipation et céphalée. La ponction lombaire ramène un liquide louche, renfermant 92 p. 100 de polynucléaires et de diplocoques accolés ne prenant pas le Gram, que les ensemencements et le séro-diagnostic identifient comme méningocoques. Injection de sérum polyvalent.

Jusqu'au 28 février, on continue le sérum intra-rachidien à la dose de 20 à 30 centimètres cubes chaque fois, mais sans aucun résultat, la polynucléose persiste.

C'est alors que le bacille de Koch est recherché et mis en évidence par l'examen direct du culot de centrifugation et inoculation au cobaye qui fut rapidement positive.

Les auteurs estiment que la méningite méningococcique a été primitive; celle-ci a préparé la voie au bacille de Koch.

Les diverses observations de cette forme particulière se trouvent rassemblées dans les thèses de Lutaud (44), [Paris, 1910] et de Barthas (8), [Toulouse, 1920]. Depuis cette époque quelques observations ont été publiées sur ce sujet : Nous citerons celles de Achard, Bloch et Marchal (2) de J. Chalier et Mlle Chevassus (16), de Colombe et Foulkes (20), Chalier et Mlle Schoen (17).

De l'examen attentif de ces observations quelques points méritent de retenir notre attention.

Tout d'abord c'est l'importance des lésions tuberculeuses anciennes ou récentes chez ces malades. On a en effet toujours rencontré des lésions granuliques, mais aussi souvent des lésions tuberculeuses anciennes (cavernes pulmonaires, fistules à l'anus, péritonites).

Il est probable que ces lésions constituent le point de départ de la généralisation, il est cependant curieux de voir ces réveils de virulence dans des foyers où le bacille est rare. Cependant ces faits rentrent dans l'ordre classique où l'on voit la méningite tuberculeuse n'être pour ainsi dire jamais primitive ; mais toujours secondaire à des lésions tuberculeuses éloignées et variables. Les lésions granuliques sont aussi de règle dans la bacillose méningée banale. On peut donc dire que dans l'association des méningites tuberculeuses et méningococciques l'atteinte des méninges par le bacille de Koch n'a rien de spécial et répond au schéma classique.

Il est des cas très nets où la méningite méningococcique évoluant chez un tuberculeux torpide détermine une localisation bacillaire sur la méninge. Ces malades vont donc franchir trois étapes : méningite méningococcique, granulie et méningite bacillaire. Ces phases se succédant très vite, il est impossible de les identifier dans les observations. Cependant les observations de Dubourg (24) et celles de Loubet, Auban, Riser (42 *bis*) montrent que la méningococcie a été primitive, les lésions tuberculeuses étant jusque-là parfaitement torpides. Rien ne peut être invoqué pour expliquer la bacillémie si ce n'est l'infection méningococcique. Mais comment expliquer le réveil des foyers tuberculeux latents? Par l'hypothèse d'une méningococcie qui mieux qu'une lésion locale de méningite pourra modifier plus vite et plus certainement un terrain bacillaire.

Enfin il faut signaler que dans certains cas le méningocoque a simplement surinfecté une méningite bacillaire évoluant pour son propre compte. Dans l'observation de Duperié (27) l'envahissement de la méninge par le bacille de Koch semble bien être primitif.

Quelles seront donc les causes d'ensemencement méningé chez ces malades porteurs de lésions de tuberculose chronique. L'absence dans les antécédents immédiats de traumatismes, d'infection banale gastro-intestinale ou pleuro-pulmonaire, de maladies anergisantes et d'autre part la rareté des infections méningococciques venant compliquer une méningite tuberculeuse indiscutablement primitive, ont amené certains auteurs à admettre l'hypothèse de la méningoccie toujours primitive.

Etude d'ensemble. — La plupart du temps le diagnostic n'est pas fait du vivant du malade et c'est une surprise d'autopsie de constater la coexistence de lésions de méningococcie et de tuberculose. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien ne saurait aider en pareil cas. Cependant il faut soupçonner la tuberculose et rechercher le bacille de Koch lorsque :

1. La nature méningococcique ayant été reconnue sur des frottis, le traitement sérothérapique reste sans effet. Cependant il faudra dans ce cas éliminer certaines causes d'insuccès telles que les cloisonnements méningés, la virulence du germe et en particulier du méningocoque B.

2. Lorsque en cas de méningite méningococcique le sujet est porteur de lésions tuberculeuses évidentes ou discrètes.

CONCLUSIONS

1. Il existe une variété de méningite tuberculeuse à évolution aiguë caractérisée anatomiquement par un processus congestif intense des vaisseaux cérébro-méningés déterminant s'il se produit des ruptures vasculaires des épanchements sanguins dans les espaces sous-arachnoïdiens. Le syndrome humoral se caractérise alors, suivant l'intensité de l'épanchement, le moment où est pratiquée la ponction, par un liquide hémorragique ou simplement xantochromique. Ces hémorragies s'accompagnent de la présence presque constante du bacille de Koch. Le diagnostic doit en être fait avec les hémorragies méningées banales, qui sont souvent fébriles et avec surtout l'hémorragie méningée méningococcique.

2. Le liquide céphalo-rachidien de certaines méningites tuberculeuses non surinfectées peut présenter une polynucléose abondante et exclusive. L'évolution de ces formes est habituellement très

rapide. On y trouve de nombreux bacilles de Koch qui font faire le diagnostic avec les autres variétés de méningites aiguës.

3. Enfin il existe des méningites mixtes caractérisées par l'association du bacille de Koch et des méningocoques. Il semble que l'infection méningococcique soit primitive : évoluant chez un tuberculeux elle détermine un état d'anergie, le réveil des foyers tuberculeux, la granulie et l'ensemencement des méninges (*a*).

BIBLIOGRAPHIE

1. Abel. *Revue méd. de l'Est*, 1er mars 1924.
2. Achard, Bloch et Marchal. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 mars 1924.
3. Altermann. Hémorragies méningées dans la méningite tuberculeuse, *Th. de Paris*, 1911-1912.
4. Alzona. *Il Policlinico*, sezione medica, avril 1916, fasc. 4, an. XXIII.
5. Anglada. *Th. de Montpellier*, 1909.
6. Armand-Delille. *Th. de Paris*, 1902-1903.
7. Auché et Angistron. *Soc. de biol.*, 1910.
8. Barthas. Association de la méningite tuberculeuse et méningo ou paraméningococcique, *Th. de Toulouse*, 1920.
9. Baumel. *Th. de Montpellier*, 1912.
10. Bernard. *Lyon méd.*, 19 mai 1901, p. 727.
11. Bitot et Montalier. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1911, p. 123-125.
12. Brelet et Machefer. *Soc. méd.-chir. de Nantes*, 11 mars 1913.
13. Cade. *Lyon méd.*, mars 1906.
14. Cassab. *Th. de Lyon*, 1903-1904.
15. Carles et Dupérié. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 janv. 1910.
16. Chalier et Mlle Chevassus. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 18 mars 1924.
17. Chalier et Mlle Schœn. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 12 mai 1925.
17 *bis*. Chalier et Mlle Schœn. *Presse méd.*, 23 janv. 1926.
18. Claret. In *Thèse* Espinet, Paris 1908-1909.
19. Claret et Landowski. *Arch. gén. de méd.*, 1906.
20. Colombes et Foulkes. *Arch. de méd. des enf.*, août 1924, p. 477.
21. Concetti. *Riforma med.*, 1902.
22. Creyx et Charles Massias. *Réunion biologique de Bordeaux*, juillet 1921.
23. Debré et Paraf. *Presse méd.*, 22 nov. 1913.
24. Dubourg. *Gaz. des sciences méd. de Bordeaux*, 1914, p. 135.
25. Descos. *Province méd.*, 1907.
26. Devé. *Normandie méd.*, 1907; — *Soc. de méd. de Rouen*, 8 juillet 1912.
27. Dupérié. *Arch. de méd. des enf.*, 1912, p. 599.
28. Espinet. *Th. de Paris*, 1908.
29. Fairise et Rémy. *Soc. de méd. de Nancy*, 12 mars 1913.
30. Fischer. *Münch. med. Woch.*, 1910.
31. Froin et Ramond. *Soc. de biol.*, 1905.
32. Graziani. *Riforma med.*, 4 avril 1921, t. XXXVII, n° 15.
33. Gillard *Arch. gén. de méd.*, 1906.
34. Goris. Composition chimique du bacille tuberculeux, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, août 1920.
35. Guinon et Simon. *Soc. de pédiatrie*, avril 1922.
36. Hommay. *Th. de Bordeaux*, 1912.
37. Hubert et Peignaux. *Soc. de pédiatrie*, 19 fév. 1924.
38. Joubert. *Province méd.*, 1906.
39. Lajugie. *Th. de Toulouse*, 1925.
40. Landowski et Claret. *Arch. gén. de méd.*, août 1907.
41. Laurent (Mlle) et Abel. *Soc. de méd. de Nancy*, 22 mars 1922.
41 *bis*. Laurentier. Hémorragies méningées syphilitiques, *Bruxelles méd.*, 1925.
42. Lewkovicz. *Soc. de pédiatrie*, fév. 1902.
42 *bis*. Loubet, Auban et Riser. *Arch. de méd. des enf.*, août 1914.
43. Lortat-Jacob. *Soc. anat.*, 1904.
44. Lutaud. *Th. de Paris*, 1909-1910.
45. Lutel. *Th. de Paris*, 1912-1913.
46. Lutier. *Th. de Paris*, 1902-1903.
47. Maillet et Guiet. *Montpellier méd.*, 1911.
48. Marcou-Mutzner. *Arch. gén. de méd.*, Paris 1901.
49. Marotte. *Bull. méd.*, 1909, p. 259.
50. Merklen et Gautier. *Journ. des prat.*, 24 juin 1916.
51. Merklen et Hirschberg. *Paris méd.*, 24 nov. 1923.
52. Méry et Babonneix. *Soc. de pédiatrie*, fév. 1902.
53. Mestrezat. *Th. de Montpellier*, 1911-1912.
54. Mestrezat et Roger. *Revue neurol.*, 15 sept. 1909.
55. Pagès. *Th. de Montpellier*, 1903.
56. Paupe. Forme hémorragique de la méningite tuberculeuse de l'adulte, *Th. de Paris*, 1905-1906.
57. Péhu et Bonafé. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 14 fév. 1922.
58. Percheron. *Th. de Paris*, 1903.
59. Pflander. *Münch. med. Woch.*, 1907, n° 26.
60. Ramond. *Th. de Paris*, 1907.
61. Reichmann. *Deut. Zeit. f. Nerv.*, 1911.
62. Renon, Géraudel et Tixier. La méningite tuberculeuse hémorragique, *Presse méd.*, 1912, p. 785.
62 *bis*. Ribierre et Parturier. *Progrès méd.*, 23 mai 1908.
63. Riser. *Th. de Toulouse*, 1919-1920.
64. Riser et Roques. *Ann. de méd.*, juillet 1921.
65. Roger. *Montpellier méd.*, 1913, nos 50-51-52, et 1914, n° 1.
66. Roger. Le liquide céphalo-rachidien de la méningite tuberculeuse, *Progrès méd.*, 1913.
66 *bis*. Rubenthaler. *Paris méd.*, 15 août 1925.
67. Sabrazès. *Folia hematologica*, 1907.
68. Sappey. In *Thèse* Mestrezat.
69. Spehl. *Arch. de méd. expérim.*, 1913.
70. Stanculeanu et Milhoit. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 janv. 1910.
71. Trèves et Chaperon. *Soc. anat.*, déc. 1910.
72. Thiroloix et Miginiac. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juin 1910.
73. Vedel et Mlle Giraud. *Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier*, 20 mai 1921.
74. Vaquez et Digne. *Soc. méd. des hôpit.*, mars 1905.
75. Villaret et Texier. *Revue de la tuberculose*, 1906.
76. Villaret et Texier. *Soc. de biol.*, 1905.
77. Villaret et Paul Descomps. *Gaz. des hôpit.*, 27 mai 1913.
78. Wall. *Lancet*, 1903.
79. Waltier. *Boston med. and surg. Journ.*, 8 janv. 1911.
80. Weill et Mouriquand. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 4 juin 1912.
81. Widal, Sicard et Ravaut. Cyto-diagnostic de la méningite tuberculeuse, *Soc. de biol.*, 1900.

(*a*) Signalons aussi qu'Abel (1) a réuni dans son mémoire des cas sur l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien fut négatif. Ceux qu'intéresserait la question trouveront les documents nécessaires dans la *Revue Médicale de l'Est*, 1er mars 1924.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 MARS 1926)

M. Gley, vice-président, annonce à l'Académie la mort de M. Thomas Jonesco, membre associé étranger. Il rappelle que l'éminent chirurgien de Bucarest a fait ses études à Paris, qu'il a été interne des hôpitaux, que de bonne heure Jonesco s'est fait connaître par des travaux importants sur la rachianesthésie, sur la chirurgie du sympathique, qu'il a été le premier à appliquer au traitement de l'angine de poitrine. Jonesco a toujours conservé des relations avec ses anciens camarades de l'internat. Il faisait à Paris de fréquentes visites et professait un ardent amour pour la France.

Discussion du rapport de M. Jules Renault sur les mémoires et ouvrages envoyés à la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance pendant les années 1924 et 1925. — M. Nobécourt propose d'ajouter un article à ceux du rapport.

M. Renault accepte l'amendement proposé par M. Nobécourt.

— Les conclusions du rapport de M. Renault et l'amendement de M. Nobécourt sont mis aux voix et adoptés. (Voir aux « Informations ».

Du taux de la cholestérine chez 80 hypertendus. — MM. Richard et Roesch ont mesuré le taux de la cholestérine du sang chez 80 hypertendus. L'hypercholestérinémie, phénomène cependant coustant au cours des néphrites chroniques, est sans relation marquée avec les chiffres de la tension artérielle et de l'azotémie.

La stérilisation des eaux potables par la chloramine. — M. Téchoueyres et Mlle Pillement. Des expériences faites par les auteurs, il résulte que, soit pour les voyageurs isolés, soit pour les habitants des villes coloniales dépourvues de fabriques d'hypochlorite de soude, soit pour les détachements militaires ou les groupes de travailleurs, l'emploi de la chloramine pure donne un moyen pratique et certain d'assainir les eaux de consommation sans en altérer le goût.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 26 mars 1926)

Ictère infectieux de nature et d'étiologie discutables : spirochétosique ou paratyphique. — MM. Bruhl et Ferru rapportent l'observation d'un malade atteint d'un ictère infectieux primitif dont l'allure clinique faisait penser à la spirochétose ictérigène, avec quelques réserves. Le diagnostic semble confirmé par une séro-réaction nettement positive pour le spirochète de Inada et Ido, malgré l'échec des autres recherches de laboratoire. Sept cobayes, en effet, inoculés à divers stades de la maladie avec le sang ou les urines, sont morts tardivement, sans ictère et sans spirochètes décelables dans les frottis de foie et de rate. Tous ont succombé à une septicémie causée par un bacille très voisin du paratyphique B que l'hémoculture avait révélé dès le début dans le sang du malade et qui fut agglutiné par le sérum au vingt-troisième jour.

Sinistrocardie postérieure. — MM. Monier-Vinard et André Alibert présentent une malade âgée de quarante-huit ans, entrée à Andral pour une congestion pulmonaire banale de la base droite. A l'examen physique, le cœur n'est pas perçu dans la région précordiale, on le découvre dans la partie postérieure gauche du thorax. La radiologie confirme les constatations cliniques, le cœur et son pédicule sont entièrement situés dans l'hémithorax gauche ; la pointe est déviée en arrière et le bord droit du cœur est tangent au bord gauche du rachis. Dans les antécédents, on note une affection pulmonaire chronique datant de l'âge de quatre ans et des crises de rhumatisme articulaire aiguës. Il s'agit d'un cas rare de sinistrocardie postérieure par attraction consécutive à des lésions pleuro-pulmonaires datant de l'enfance.

Contribution à l'étude de la capacité vitale chez les cardio-pulmonaires. — MM. Caussade, Guillaume et Evrard ont noté une diminution de la capacité vitale chez les cardio-pulmonaires, et suivant le degré on peut porter un pronostic de l'affection.

Un cas d'hémogénie améliorée par la radiothérapie. — M. Goya.

Recherches cliniques sur deux cas d'hémoglobinurie. — MM. P.-Emile Weil et Stieffel rapportent deux cas d'hémoglobinurie, survenus l'un au cours d'un purpura rhumatoïde, l'autre au cours d'une pneumococcie pulmonaire. Il s'agit donc de cas d'hémoglobinurie non paroxystique a frigore. Cependant dans ces deux cas les résultats de l'épreuve de Donath et Landsteiner étaient positifs. Bien plus, quand la crise d'hémoglobinurie fut terminée et le malade apparemment guéri, on put en provoquer une crise nouvelle chez tous deux, soit par l'épreuve d'Ehrlich, soit par une sortie à l'air froid. Mais on put également chez un des deux malades susciter des crises d'hémoglobinurie par l'injection intraveineuse de petites doses de novarsénobenzol.

A propos de ces deux cas, les auteurs critiquent l'autonomie de l'hémoglobinurie paroxystique a frigore qu'ils ne comprennent pas brutalement séparée des autres maladies de l'hémolyse, puisque, d'une part, les mêmes lésions sanguines se voient dans des cas d'hémoglobinurie a frigore et dans ceux où le froid n'est pas le facteur causal, et puisque le froid agent physique d'hémolyse peut être remplacé par d'autres facteurs, chimiques par exemple.

Sur la mélanodermie des cirrhotiques. — MM. Loeper, Decourt et Ollivier.

Sur les états morbides avec hypobilirubinémie. — MM. Soudan et Held (de Varsovie).

Un cas de maladie de Verlhof avec thrombo-cytopénie. — M. Hatzieganu.

Étiologie des oreillons. — M. Yves Kermorgant fait l'historique de ses recherches et démontre le rôle du spirochète dans l'étiologie de la maladie : il insiste surtout sur l'existence de formes filtrables de ces spirochètes permettant de classer ce virus parmi les virus filtrables. Il apporte le résultat des recherches que lui ont apporté certains biologistes, et il montre l'intérêt du traitement arsénical des oreillons indiqué par lui qui commence à entrer avec succès dans la pratique.

Sur un cas de rhumatisme polyarticulaire aigu (deuxième attaque) guéri par la médication salicylée (méthode modifiée) après échec de la méthode classique. — MM. G. Caussade, André Tardieu et Jean Lacapère, dans un cas sévère de polyarthrite rhumatismale aiguë, ont eu un échec avec la médication salicylée, administrée aux doses habituelles (8 et 6 grammes) suivant la technique classique (imprégnation continue). Malgré cette thérapeutique poursuivie régulièrement pendant sept jours, ils assistèrent à l'aggravation progressive de l'infection (douleurs et fluxions articulaires, sueurs profuses, hyperthermie, délire, prostration et ataxo-adynamie). Le salicylate de soude fut alors prescrit selon une technique modifiée (14 grammes en quatre prises, à une heure d'intervalle, renouvelés tous les quatre jours). Le lendemain de la première prise, chute de la fièvre de 39°2 à 37°2, localisation des douleurs à une seule articulation, disparition de l'état ataxo-adynamique, suppression de l'albuminurie. L'évolution ultérieure se marque par deux poussées fébriles, survenues au quinzième et au dix-neuvième jour, qui furent facilement jugulées par la même dose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 17 mars 1926)

Les infections à la suite des opérations gastriques. — M. Lecène, à propos de la communication faite par M. Duval sur ce sujet, fait observer qu'il ne partage pas complètement l'opinion de son collègue et qu'il ne croit pas que toutes les complications qui peuvent survenir à la suite d'opérations sur l'estomac soient toujours d'origine infectieuse. M. Duval nous parle bien de la constatation de la présence de microbes, mais nous n'en connaissons ni la nature ni la virulence. Ce ne sont donc pas là des preuves suffisantes de l'infection. Quoi qu'il en soit, M. Duval a bien fait d'insister sur les soins préopératoires de la muqueuse gastrique, lavages de l'estomac avant et après l'opération, vaccinations pré et postopératoires, etc.

Pour ces opérations nous devons recourir à l'asepsie la plus rigoureuse et prendre toutes les précautions propres à prévenir l'infection. Il faut aussi assurer la perfection des sutures. Enfin, il faudra étudier de nouveau l'influence de l'acide chlorhydrique sur la production des ulcères.

M. Lecène reviendra sur ces diverses questions.

Diagnostic différentiel des lipomes et des abcès froids. — M. Auvray analyse un travail de M. Chevalier (d'Alep) qui propose d'appliquer une vessie de glace sur la tumeur. Si

elle durcit, c'est un lipome. Si elle reste molle, c'est un abcès froid.

M. Auvray a retrouvé l'application de ce procédé dans une clinique de Gosselin.

Les abcès des os. — M. Mocquot a observé une femme de quarante-six ans qui, dans le cours de plusieurs années, a présenté de multiples abcès intraosseux, sans jamais avoir eu d'ostéomyélite. M. Mocquot l'a opérée de ses deux derniers abcès. L'examen du pus y révéla la présence d'un staphylocoque citrin. Cette malade a fini par succomber.

Cardiolyse. — M. Launay fait un rapport sur une observation de M. Guillemin (de Nancy). Homme de trente ans, forte dyspnée, tachycardie, frottement péricardique, épanchement pleural, ombre cardiaque augmentée sous l'écran. Insuccès des traitements médicaux. Intervention par la voie transternale, incision du péricarde, pas d'épanchement, mais adhérences surtout postérieures. Injection d'huile camphrée dans le péricarde pour empêcher de nouvelles adhérences, amélioration passagère, mort.

M. Launay pense qu'il aurait peut-être mieux valu recourir à la thoracectomie extrapéricardique.

Cancer du col après hystérectomie subtotale. — M. Cadenat analyse un travail de MM. Jeanneney et Chavannas (de Bordeaux) qui ont observé un cas de cancer du col utérin six ans après une hystérectomie subtotale pour fibrome. A propos de ce cas les auteurs ont de nouveau étudié cette question et, d'après les faits observés, concluent que le cancer du col des femmes hystérectomisées n'est pas plus fréquent que chez les femmes non opérées. Enfin, que l'examen du col au cours de l'hystérectomie abdominale doit décider s'il vaut mieux recourir à la totale qu'à la subtotale. Quant au traitement du col cancéreux, ablation par la voie vaginale ou radium.

Ce rapport donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Lecène, J.-L. Faure, Duval, Robineau, Dujarier, Lapointe, Picot, Wiart, Chevrier, Fredet, Alglave, Chiffoliau, Bréchot.

M. Lecène fait observer que le cancer peut aussi bien se développer sur une cicatrice d'hystérectomie totale que sur un col restant.

M. J.-L. Faure estime que la rareté de ces cancers du col restant après hystérectomie subtotale ne doit pas faire abandonner cette excellente opération moins dangereuse que la totale.

Les autres orateurs font connaître les résultats de leur expérience et on voit ainsi se reproduire, à nouveau, cette discussion qui a été soulevée pour la première fois par Richelot, partisan de l'hystérectomie totale. Il est curieux que le nom de Richelot n'ait même pas été signalé dans ce débat.

— Nous rapprochons de cette discussion une communication de M. J.-L. Faure.

Métastases des cancers du col. — M. J.-L. Faure apporte trois observations à l'appui de cette opinion que les métastases des cancers du col ne sont pas aussi rares qu'on l'a cru jusqu'ici : 1° Malade, deux ans après une intervention pour cancer du col, cancer du rein. Peu de temps avant, une récidive locale avait été traitée par le radium : 2° Malade, cancer du col traité d'abord par le radium, puis opérée secondairement, métastases crurales et cérébrales : 3° Malade, à peu près inopérable, curetée puis traitée par le radium, puis opérée. Récidive sternale un an après. M. Faure ne manque pas de faire observer que dans ces trois cas il y a eu application du radium. Il ajoute que ces faits étaient à peu près inconnus avant le radium.

Au premier abord, une conclusion s'impose : Influx du radium sur les métastases ultérieures. Bien que cela ne semble pas douteux.

M. Faure n'en continue pas moins à considérer le radium comme un précieux moyen de rendre opérables des malades qui ne le sont pas. Cette opération chirurgicale, il faut la faire large et tâcher d'arrêter les infections secondaires. Il croit que le meilleur moyen d'y arriver est de recourir de nouveau au Mickulicz.

Bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales. — M. Louis Bazy rappelle la série de ses recherches sur ce sujet, les essais qu'il a fait avec M. Vallé, sur les extraits bacillaires de Jousset, méthodes qu'il a abandonnées pour essayer la paratuberculine du bacille de Johne qui lui aurait donné des résultats encourageants.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1926)

La cyanméthémoglobine et le dosage cyanhymétrique de la méthémoglobine. — Balthazard et Philippe. La cyanméthémoglobine renferme un atome d'oxygène, comme la méthémoglobine, et deux molécules de cyanogène. Sa formule peut s'écrire $HbOCy^2$. C'est un pigment stable, qui ne se modifie pas dans le vide ou par agitation avec l'oxygène et l'oxyde de carbone. Il présente une bande unique d'absorption dans le spectre visible, dont le maximum correspond à la longueur d'onde 539.

On peut doser la méthémoglobine par addition d'une solution titrée de cyanure de potassium jusqu'à disparition complète de la bande que présente ce pigment dans le rouge en 633. L'erreur est inférieure à 2 p. 100 et le dosage peut être pratiqué sur un demi-centimètre cube de sang.

Le mode de diffusion et d'élimination du rose bengale. — Les expériences relatées par MM. Noël Fiessinger et Henry Walter leur ont montré que le mode de diffusion du rose bengale dans l'organisme se fait d'une façon essentiellement variable suivant les individus, variations dues vraisemblablement à l'absence d'homogénéité entre les circulations périphérique et profonde. L'élimination urinaire du produit est sinon constante, du moins fréquente ; elle ne semble pas obéir à des lois précises ; en tout cas elle n'atteint jamais un chiffre assez considérable pour être une grosse cause d'erreur dans l'évaluation du taux rétentionnel.

Recherches sur les variations des anticorps dans le sang et dans les liquides pleurétiques chez les tuberculeux traités par le pneumothorax. — M. Th. Veber constate, d'une part, une augmentation du taux des anticorps sériques pendant la crise qui annonce l'épanchement et une diminution du taux chez les malades à épanchement dont l'état s'améliore sensiblement. D'autre part, dans les liquides pleurétiques de pneumothorax artificiel on trouve, dès leur apparition, un taux égal ou très voisin à celui du sang et une diminution à mesure que l'état des malades s'améliore et la température se rapproche de la normale. Absence d'anticorps dans quelques anciens épanchements, indemnes de bacilles de Koch à l'examen direct, chez des malades en excellent état.

L'augmentation des anticorps sériques au moment de la formation de l'épanchement serait due à la résorption par la plèvre de l'antigène tuberculeux trouvé dans le liquide.

Pneumothorax artificiel et coefficient de Maillard. — M. R. Monceaux expose l'influence considérable du pneumothorax artificiel sur la nutrition des tuberculeux; dans les premières semaines qui suivent l'intervention on note une élévation nette du rapport de Maillard. Ceci semble montrer l'existence d'une synergie hépato-pulmonaire. Sous l'action de la médication oxydante (facteur o) on peut voir la nutrition revenir à la normale. Mais si le coefficient dépasse 9 il n'y a plus de réaction biologique possible. Le pronostic du pneumothorax est donc sous la dépendance étroite de la nutrition.

Sur la teneur en glutathion de divers organes du chien. — MM. A. Blanchetière et Léon Binet. Le rôle du glutathion dans les oxyréductions organiques a amené les auteurs à étudier chez le chien, la teneur des tissus vivants en glutathion réduit. Leurs expériences montrent les points suivants :

Les tissus du chien sont beaucoup plus riches en glutathion réduit que ceux du lapin ou du rat.

Le foie est toujours le tissu le plus riche en glutathion : viennent ensuite, par ordre de teneur décroissante : le rein, la rate, les muscles, le poumon.

Dans les diverses parties d'un organe, la teneur en glutathion réduit est sensiblement la même; cependant dans un organe différencié, comme le cœur, on peut noter une différence nette entre les ventricules et les oreillettes.

La teneur en glutathion du muscle cardiaque est plus élevée que celle des muscles squelettiques.

La cétose post-opératoire. — MM. Labbé et Monzaffer Chevki chez 17 opérés, ont trouvé 9 fois une légère acétonurie passagère après l'intervention, ne persistant que jusqu'au deuxième jour; une diacéturie dans 3 cas seulement. La cétose est donc inconstante et très légère : elle se produit aussi bien après l'anesthésie à l'éther qu'après la narcose chloroformique; elle est très différente de l'acidose vraie, qui ne concerne que les cas graves.

L'acidose post-opératoire. — MM. Labbé et Monzaffer Chevki ont recherché chez quatre opérés, avant et après l'intervention la réserve alcaline par la méthode de Van Slyke. Il y eut une diminution du CO^2 du sang passagère avec retour à la normale en quarante-huit heures. Il n'y avait pas de cétose proprement dite : mais le dosage des acides organiques totaux a montré une augmentation constante et nette du double, à peu près; indice, chez ces sujets en état d'inanition, d'une destruction exagérée des tissus ou d'un trouble profond du métabolisme.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 5 mars 1926)

Neurotomie rétro-gassérienne avec conservation de la racine motrice. — M. J. Bourguet.

La radiographie en urologie au moyen du lipiodol. — M. Le Fur projette une série de 52 radiographies de l'appareil urinaire ou génital prises après injection de lipiodol dans un certain nombre d'affections de ces organes. Les urétrographies, cystographies et uretéro-pyélographies ont non seulement le grand avantage de donner une image nette de ces différents organes, précisant leur morphologie normale ou pathologique, fixant le degré de rétention à leur niveau, mais elles permettent d'étudier la physiologie normale et pathologique de l'appareil urinaire évacuateur. Les mêmes recherches peuvent être faites au niveau des voies génitales et M. Le Fur a montré de très belles radiographies des vésicules séminales et du canal déférent. La supériorité du lipiodol consiste dans son opacité considérable, son pouvoir de pénétration remarquable et son innocuité absolue.

Sur un cas d'abcès de la prostate se manifestant par des phénomènes phlegmoneux des deux creux ischio-rectaux. — M. Iselin lit un rapport sur une observation de M. Le Moine (de Brive) concernant un abcès prostatique ouvert spontanément dans le rectum et donnant lieu à des accidents infectieux graves du petit bassin et à une phlébite double des membres inférieurs. Le rapporteur insiste sur l'importance de l'incision faite en temps utile et en bon lieu dans les abcès prostatiques et dans les complications périprostatiques et sur la nécessité impérieuse d'ouvrir largement non seulement les foyers accessoires, mais aussi et surtout le principal.

Sur le diagnostic et le traitement des fractures de la voûte du crâne irradiées à la base. — M. Villandre rapporte

une observation de M. Le Moine (de Brive) ayant trait à un malade atteint de fracture de la voûte. Une exploration montra une fissure de la voûte dans la région pariéto-occipitale droite. Une trépanation ne décéla pas d'hématome profond. Après avoir été dans un état très satisfaisant pendant huit jours, le malade tomba dans le coma. Une ponction lombaire ramena un liquide louche de méningite purulente aseptique. Après deux jours d'amélioration, le malade retombe dans le coma, et malgré une nouvelle ponction, meurt dans la journée. L'autopsie révéla une fissure de la voûte propagée à la base jusqu'à la fente sphénoïdale avec une cavité suppurée dans le lobe frontal.

Ligamentopexie rétro-utérine par le procédé transligamentaire (procédé de Dargues). Résultats éloignés. — M. Weber présente six observations de malades opérées par ce procédé. Chez l'une d'elles qu'il a opérée à nouveau seize mois après la ligamentopexie, l'auteur a pu constater la fusion intime de l'utérus et des ligaments transformés en un cordon de calibre uniforme. Des cinq autres malades suivies pendant deux ans, trois ont accouché sans incidents et deux présentent actuellement une grossesse normale.

Corps étrangers du rectum. — M. Haller.

Indications thérapeutiques des spermatocystites. — M. Georges Luys insiste sur la multiplicité des cas dans lesquels une action thérapeutique doit s'exercer sur les vésicules séminales.

Il faut soigner les vésicules séminales infectées :

1° Dans tous les cas d'urétrite chronique postérieure. L'origine de celle-ci est toujours située dans la ou dans les vésicules séminales; il faut donc soigner la cause et non pas seulement l'effet.

2° Dans tous les cas de prostatique chronique qui, toutes, procèdent aussi d'une spermatocystite trop longtemps ignorée.

3° Dans tous les cas de pyurie qui ne sont pas d'origine rénale.

4° Dans toutes les spermatocystites chroniques qui seront reconnues par des examens et des cultures de sperme effectuées au moins six jours.

5° Dans toutes les infections épididymaires non tuberculeuses, celles-ci procèdant toujours d'une infection primitive de la vésicule séminales correspondante.

6° Dans les bactériuries qui ne sont pas d'origine rénale. La désinfection complète des vésicules séminales a permis à l'auteur dans deux cas bien observés de faire disparaître le bactérium coli des urines.

Anévrisme artério-veineux fémoro-poplité. — M. P. Barbet.

Semelle pour pied plat. — M. Roederer.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1926)

L'électro-inhibition par le procédé d'Araya. — M. Livet. L'électro-inhibition peut donner des résultats remarquables dans la thérapeutique des algies. L'appareil utilisé se compose d'une source de courant faradique; le circuit d'induction aboutit à un dispositif quadripolaire, producteur d'un champ électrique : les vibrations faradiques ainsi produites empruntent le trajet normal de l'influx nerveux et se propagent aux extrémités. L'application se fait au niveau du bulbe rachidien et sur les trajets nerveux pathologiques. L'auteur a traité par ce procédé un grand nombre de névralgies faciales, sciatiques, accidents comitiaux ou pithiatiques, une crampe des écrivains, il présente un certain nombre de ces cas dont la guérison complète est obtenue.

Intervention pour double pied-bot. Résultat éloigné. — M. Maurice Peraire présente un malade qu'il a opéré il y a vingt-huit ans pour un *double pied-bot valgus équin à droite, et varus équin à gauche*, avec déformations osseuses très prononcées. Pour le pied droit, greffe musculo-tendineuse, suture par dédoublement du jambier antérieur à l'extenseur propre du gros orteil, et pour le pied gauche, greffe musculo-tendineuse des péroniers latéraux sur le tendon d'Achille, prothèse du jambier antérieur sur l'extenseur du gros orteil, et par l'ablation complète des os du tarse. Depuis ces interventions, le malade qui ne pouvait marcher auparavant, fait des ascensions en montagne de 20 à 25 kilomètres dans la même journée, sans aucune fatigue. Donc, résultat éloigné parfait.

Anévrisme artériel avec présentation de malade. Traitement spécifique. Guérison. — M. Chartier.

Tuberculose pulmonaire aiguë post-partum, il y a dix-huit mois : Arrêt de l'évolution et régression des lésions. — M. Mélamet.

De la radiothérapie dans le traitement des tumeurs médullaires. — M. H. Schaeffer attire l'attention sur les résultats obtenus par la radiothérapie dans le traitement des tumeurs médullaires. En dehors des néoplasies juxta-médullaires qui, jusqu'à nouvel ordre, lui paraissent relever de la chirurgie, les tumeurs intra-médullaires, les néoplasies malignes des méninges et du rachis lui semblent au contraire devoir tirer bénéfice des rayons X. L'auteur attire en outre l'attention sur les bons résultats obtenus par l'association de la chirurgie et de la radiothérapie.

M. Letulle présente en projections une quinzaine de très belles plaques Lumière sur *l'emphysème pulmonaire* au point de vue anatomo-pathologique.

Colibacillurie et helminthiase. — M. Léo.

Malformation utérine bilatérale d'une hernie inguinale bilatérale. — M. Petit de la Villéon.

M. A. Marie revenant sur la question des **étrangers indésirables** signale, en dehors du budget de l'Assistance municipale et départementale le nombre croissant des délinquants en cours d'instruction ou peuplant les prisons de la Seine. Une enquête faite sur les prisons de Fresnes et Saint-Lazare, la Santé, la Roquette et y compris le Dépôt montre que sur un contingent de 6.000 prisonniers, il y a 20 p. 100 d'étrangers ; sur 25.000 arrestations et inculpations par an, un tiers concernent des étrangers. Les juges et les médecins légistes sont obligés de procéder par interprètes. L'infirmerie spéciale, annuellement, sur 1.700 de ces inculpés, objets de non-lieu pour troubles mentaux, passe des prisons aux asiles 20 p. 100 d'étrangers dans cet effectif.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1926)

Un cas de disjonction cranio-faciale par accident d'automobile. — M. Marcel Darcissac. Présentation d'un malade porteur d'une prothèse de contention avec appui cranio-facial : le massif facial de ce malade entièrement disloqué par le traumatisme est maintenu en place et se consolide sans déformation grâce à un ingénieux appareil de contention imaginé par l'auteur.

Processus de la dentification dans ses rapports avec l'accroissement pondéral et statural des nourrissons. — M. Variot rappelle les travaux de Guersant publiés en 1830. Il montre combien était juste et mesurée l'opinion de cet auteur. Dès cette époque il dégageait les accidents imputables à la dentition du bloc des maladies infantiles du premier âge. Tout en regrettant que l'opinion trop tranchée de Magitot ait fait faire un pas en arrière à la question, M. Variot complète et met au point le tableau ébauché par Guersant. Il insiste particulièrement sur la répercussion du processus de la dentification sur l'accroissement pondéral et surtout statural des nourrissons.

A propos d'un cas de volumineux fibrome osseux de l'angle du maxillaire. — MM. Mathieu et Ruppe relatant l'histoire d'une tumeur très destructrice et à forme capricieuse datant de neuf ans, montrent l'importance qu'il y a à enlever précocement ces tumeurs parce qu'on les empêche ainsi de produire des destructions étendues et que l'on évite la possibilité de leur transformation maligne, d'un diagnostic incertain et difficile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 28. — MERCREDI 7 AVRIL 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 7 AVRIL 1926. — N° 28.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS. Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rist, Ribierre, Widal, Chiray, Aviragnet, Laignel-Lavastine, Chevrier, Jeanselme, qui acceptent; Laubry, Lemaire, Bruhl, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Hôpitaux de province. — Nantes. — Un concours pour une place de médecin suppléant des hospices sera ouvert à l'Hôtel-Dieu le lundi 21 juin 1926.

Facultés de médecine. — Paris. — M. H. Busquet, agrégé, est chargé de l'enseignement de la pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1925-1926.

Nouveaux traitements du personnel enseignant des facultés de l'Université de Paris. — Le *Journal officiel* du 31 mars 1926 publie le décret suivant :

« Article premier. — Les nouveaux traitements et les classes du personnel enseignant des facultés de l'Université de Paris sont fixés ainsi qu'il suit :

Professeurs :	
Première classe	35.000 fr.
Deuxième classe	32.000
Troisième classe	29.000
Chargés de cours complémentaires et maîtres de conférences titulaires :	
Première classe	26.000 fr.
Deuxième classe	24.000
Troisième classe	22.000
Agrégés :	
Chargés d'enseignement (droit, médecine et pharmacie)	21.000 fr.
Sans enseignement (médecine et pharmacie)	13.500
Chefs de travaux :	
Première classe	21.000 fr.
Deuxième classe	19.500
Troisième classe	18.000
Préparateurs :	
Première classe	17.000 fr.
Deuxième classe	16.250
Troisième classe	15.500
Quatrième classe	14.750
Cinquième classe	14.000
Conservateurs :	
Collections de la Faculté des lettres	7.000 fr.
Collections de la Faculté des sciences	3.000
Dessinatrice de la Faculté des sciences	3.000
Maître de travaux graphiques (sciences)	4.000

Art. 2. — Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué aux fonctionnaires que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des Finances et publié au *Journal officiel*.

Art. 3. — Il n'est apporté aucune modification à la répartition des agents entre les différentes classes.

Les nouveaux traitements seront attribués aux agents suivant leur classe respective.

L'attribution de ces traitements ne sera pas considérée comme un avancement, et chaque agent conservera dans sa classe l'ancienneté qu'il y a acquise.

Art. 4. — Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront leur effet à partir du 1er janvier 1925. Sont abrogées toutes dispositions antérieures en tant qu'elles sont contraires au présent décret. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. le docteur Perrin est nommé chef de clinique médicale.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie qui a élu la semaine dernière membre libre le docteur Jean Charcot vient de lui décerner le grand prix de 100.000 francs fondé par le prince Albert Ier de Monaco.

Ce prix est attribué au docteur Jean Charcot « à titre de haute récompense pour ses nombreuses expéditions scientifiques et de subvention pour les recherches océanographiques qu'il se propose d'entreprendre prochainement à bord du *Pourquoi-Pas?* »

XIXᵉ CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (Paris, octobre 1927). — L'assemblée générale de l'Association des médecins de langue française, tenue à Nancy le 19 juillet 1926 lors de la clôture du XVIIIᵉ Congrès, a décidé que le prochain Congrès de l'Association des médecins de langue française se tiendrait à Paris en 1927, dans la deuxième session d'octobre.

Le bureau de ce Congrès, élu à l'unanimité, a été ainsi constitué :

Président : M. Pierre Teissier, professeur de clinique des maladies infectieuses, membre de l'Académie de médecine.

Vice-présidents : MM. Ch. Achard, professeur de clinique médicale à l'hôpital Beaujon, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; F. Besançon, professeur de clinique médicale à l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine; — le médecin-inspecteur Dopter, directeur du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine; — le docteur E. Rist, médecin de l'hôpital Laënnec, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Secrétaire général : M. le professeur agrégé M. Chiray, médecin des hôpitaux.

Secrétaire général adjoint : M. P. Gastinel, ancien chef de clinique de la Clinique des maladies infectieuses.

Trésoriers : M. le professeur agrégé C. Lian, médecin des hôpitaux; — M. Pierre Masson, éditeur.

Le bureau compte sur tous les membres de l'Association pour assurer au XIXᵉ Congrès un succès digne de la science médicale française.

Il tient à exprimer dès maintenant sa reconnaissance aux nombreuses notabilités médicales des pays amis et alliés de l'Amérique du Sud (République Argentine, Brésil), de la Belgique, du Canada, du Grand-Duché de Luxembourg, de la Pologne, de la Suisse, de la Tchéco-Slovaquie, de la Yougo-Slavie, dont le concours dévoué et précieux lui a été si spontanément et si libéralement donné.

CONCOURS POUR UN POSTE DE CHEF DE LABORATOIRE. — La ville de Nantes, ouvrant prochainement une section municipale d'hygiène au laboratoire départemental de l'Institut Pasteur, met au concours un poste de chef de laboratoire chargé d'effectuer sous l'autorité du directeur de l'Institut les examens, analyses et recherches déterminées par les besoins généraux de la santé et de la salubrité publiques.

Un traitement de 16.000 francs, non sujet à retenues pour la caisse des retraites, sera alloué pour cet emploi.

Les candidats devront être âgés de moins de trente-cinq ans, justifier soit d'un diplôme universitaire ou d'Ecole supérieure, soit d'une spécialisation bactériologique effective, et adresser leur demande au maire avec un exposé complet de leurs titres et de leurs travaux professionnels.

Le registre d'inscription des candidatures sera clos le 25 avril 1926.

ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS DE SAINT-MAURICE (SEINE). — Il sera ouvert incessamment, 14, rue du Val-d'Osne, dans une des salles de l'Asile à Saint-Maurice, un concours pour l'emploi d'internes titulaires et suppléants.

Sont autorisés à concourir les étudiants en médecine de nationalité française âgés de moins de trente ans pourvus de douze inscriptions de doctorat et qui auront été agréées par le directeur et le corps médical de l'Asile.

L'allocation à accorder à chacun des internes titulaires est présentement de 2.300 fr. par an.

Ils sont logés et nourris dans l'établissement.

Pour tous les autres renseignements, notamment ceux fixant la date et les conditions du concours, les intéressés sont priés de se présenter de 10 h. à midi et de 14 h. à 17 h., au secrétariat de l'Asile où les inscriptions seront reçues.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Henri de Rothschild, fondateur du Centre national d'expérimentation zootechnique.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE, (professeur : M. H. Vaquez). — Le docteur Antonin Clerc, agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière, commencera le mercredi 14 avril, à 16 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), une série de 10 conférences sur « les arythmies et leur traitement » et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Si le nombre des demandes est suffisant, des exercices pratiques pourront être organisés ultérieurement à l'hôpital Lariboisière. Prix d'inscription 80 francs.

(Les conférences sont gratuites.)

— LABORATOIRE SPÉCIAL DE BACTÉRIOLOGIE, (fondation Paul Lemonnier). — Une série de 12 séances de démonstrations d'anatomie pathologique, gratuite pour les internes et externes, sera faite par M. Macaigne, agrégé, à partir du lundi 19 avril.

Les leçons auront lieu à 14 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

— COURS LIBRE SUR LES MALADIES DES GLANDES ENDOCRINES. (Hôtel-Dieu. Service du docteur P. SAINTON.) — Le docteur P. Sainton commencera ses leçons cliniques le lundi 19 avril, à 11 heures, et les continuera tous les lundis, à la même heure (amphithéâtre Dupuytren).

Présentations de malades et projections.

HÔTEL-DIEU. — GYNÉCOLOGIE MÉDICALE. — M. Paul Dalché commencera ses leçons sur les maladies des femmes le mercredi 21 avril 1926, à 10 heures (salle Saint-Charles), et les continuera les mercredis suivants.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — VISITEZ LA FORÊT DE FONTAINEBLEAU. — Les circuits automobiles que la Compagnie P.-L.-M. a organisés dans la forêt de Fontainebleau fonctionneront, cette année, du 1er avril au 2 novembre, dans les conditions suivantes :

Deux circuits auront lieu chaque jour, l'un le matin dans le nord de la forêt : prix 10 fr.; l'autre l'après-midi dans le sud de la forêt : prix 17 fr.

En outre, il sera mis en marche, les jeudis, dimanches et jours fériés, un troisième circuit pour la visite de l'ensemble de la forêt, avec déjeuner à Barbizon. Pendant les mois de juillet, août et septembre, ce circuit aura lieu également les lundis et samedis. Prix 28 fr., déjeuner non compris.

Du 15 juin au 15 octobre, une voiture partira (de l'Agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare à 9 h. 30, de la gare de Lyon à 10 h.), traversera la forêt de Sénart, s'arrêtera à Fontainebleau pour la visite du château et le déjeuner, effectuera un circuit en forêt et sera de retour à Paris le soir vers 18 h. 30. Prix 70 fr., déjeuner non compris.

LE DRAINAGE MÉDICAL DES VOIES BILIAIRES

PAR LE TUBAGE D'EINHORN

Par le docteur ETIENNE CHABROL (1).

La sonde duodénale a été utilisée dans un but thérapeutique et c'est avec un grand enthousiasme que Vincent Lyon a préconisé son emploi pour réaliser ce qu'il appelle « le drainage non chirurgical des voies biliaires ».

Ce drainage peut être intermittent ou continu.

Intermittent, il sera renouvelé tous les deux ou trois jour toutes les semaines ou tous les mois, durant un laps de temps compris entre une à trois heures.

Continu, il nécessitera une surveillance plus étroite. Dans le service de Vincent Lyon, certains malades particulièrement dociles l'ont toléré pendant plus d'un mois sans aucune interruption. La bile est alors recueillie dans un flacon que le patient porte continuellement sur lui; son écoulement n'est suspendu que pendant les deux heures qui suivent les repas, pour faciliter la digestion des aliments.

Sur ces deux méthodes de drainage, intermittent ou continu, viennent se greffer toute une série d'épreuves ayant pour but l'évacuation et la désinfection des voies biliaires.

Afin d'obtenir le relâchement du sphincter d'Oddi et la contraction du cholécyste, on a eu naturellement recours à l'*épreuve de Meltzer et Vincent Lyon*. Chaque jour, pendant une demi-heure, Vincent Lyon injecte à trois reprises dans la sonde duodénale 75, 45, 30 centimètres cubes d'une solution de sulfate de magnésie à 33 p. 100. Cette dose assez considérable de sel ne serait pas sans inconvénients si l'opérateur ne prenait la précaution d'en retirer la plus grande part immédiatement après chaque injection, en abaissant l'extrémité de la sonde et en aspirant le liquide au siphon comme il est d'usage de le faire toutes les fois que l'on pratique un lavage de l'estomac. Le but de l'épreuve étant d'obtenir par voie réflexe le relâchement du sphincter d'Oddi et la contraction de la vésicule, il est évidemment inutile d'obliger le malade à conserver dans son tube digestif une dose élevée et parfois nocive de sulfate de magnésie ; aussi Vincent Lyon termine-t-il son épreuve par un lavage duodénal, en faisant passer dans la sonde 500 grammes de liquide de Ringer.

Lorsque le sulfate de magnésie est mal supporté, on peut employer comme excitant duodénal de l'huile d'olives, une solution de peptone à 10 p. 100 ou encore une solution d'acide chlorhydrique à 5 p. 100.

Mais là ne se bornent point les efforts de Vincent Lyon pour réaliser la désinfection des voies biliaires. *Dans l'espoir d'agir directement sur les éléments microbiens* qu'elles renferment, le même auteur conseille de verser dans la sonde de l'urotropine, du salicylate de soude, des cultures de bacille paralactique, voire même un auto-vaccin préparé avec des germes catalogués « germes vésiculaires ».

Comme on le voit, les intéressantes tentatives de Vincent Lyon comportent une large part d'enthousiasme. On ne saurait être surpris qu'il les ait appliquées aux affections suivantes, s'attaquant tour à tour à :

a. La cholécystite chronique ou subaiguë non lithiasique.

b. La cholécystite lithiasique latente avec inflammation catarrhale des voies biliaires.

c. La cholécystite aiguë compliquant une fièvre typhoïde ou une autre maladie infectieuse.

d. L'atonie de la vésicule avec ampullospasme (spasme de l'ampoule de Vater) dans les cas de duodénite ou d'ulcère duodénal.

e. L'obstruction du canal cystique par inflammation catarrhale intracanaliculaire.

f. La cholécystite lithiasique grave, compliquée d'accidents hépatiques qui contre-indiquent l'intervention chirurgicale.

D'après le même auteur, l'ictère catarrhal, l'obstruction du cholédoque par calcul sphéro-ovalaire, la désinfection biliaire des porteurs de germes typhiques et paratyphiques, le rhumatisme chronique et la migraine d'origine vésiculaire seraient particulièrement justiciables du drainage continu pendant plusieurs semaines.

Nous devons à MM. Chiray, Le Clerc et Milochevitch d'avoir vulgarisé en France ces différentes notions, tout en faisant connaître aux praticiens les résultats de leur expérience personnelle. Ces auteurs n'ont eu recours qu'au drainage intermittent des voies biliaires. Ils restreignent ses indications aux maladies suivantes :

a. La cholécystite chronique non lithiasique, en première ligne.

b. L'angiocholécystite chronique ou subaiguë, accessoirement.

c. La cholédocite aiguë et le duodéno-cholédocite de l'ictère catarrhal.

d. Les suites opératoires de la cholécystectomie.

e. Les rétentions chroniques de la vésicule biliaire relevant des ptoses viscérales, du tabes, des spasmes de l'ampoule de Vater dans les états vagotoniques du tube digestif.

Notre champ d'observation est moins étendu, puisqu'il ne porte que sur la lithiase biliaire, les ictères du type catarrhal, les états cholémiques avec troubles gastro-intestinaux. Voici ce que nous avons noté (1) :

Au cours de la lithiase biliaire, le drainage intermittent du cholédoque ne nous a donné jusqu'à présent que des échecs : trois malades atteints d'ictère chronique avec rétention n'ont pu éviter par cette méthode de traitement l'intervention chirurgicale; il en fut de même pour trois autres sujets porteurs d'un volumineux hydrocholécyste. Notons d'ailleurs que chez deux d'entre eux, le spasme du pylore s'opposa à différentes reprises au passage de l'olive duodénale.

Nous retrouvâmes cette même difficulté chez quatre malades atteints de cholécystite calculeuse. La recrudescence des douleurs à la suite du tubage nous invita à ne point recommencer de nouvelles tentatives.

(1) Ce travail formera un chapitre du 5e volume de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du docteur LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux; 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial et questions prof.). Sous presse. Prix du volume : 24 francs. — 25 p. 100 de réduction aux souscripteurs : Envoyer avant le 1er mai : 20 francs; pour l'étranger, 22 francs, à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (VIIIe). Comptes chèques postaux 712-04.

(1) CHABROL, BÉNARD et GAMBILLARD. *Journ. méd. franç.*, déc. 1924.

Dans huit cas d'ictères du type catarrhal, dont l'évolution fut comprise entre vingt et quarante-cinq jours, le tubage pratiqué quatre fois dès la première semaine ne nous a point paru raccourcir la durée de la maladie.

Trois sujets, traités entre le vingtième et le vingt-cinquième jour de leur ictère, n'hésitèrent pas à conclure qu'ils devaient leur guérison à la sonde d'Einhorn; ils guérirent en effet dans la semaine qui suivit son application. Au trente-cinquième jour d'une jaunisse très intense, dont la persistance donnait quelques inquiétudes en raison de l'âge du malade, l'épreuve de Meltzer-Lyon fut franchement positive; elle permit l'écoulement d'une bile B noirâtre, cinq fois plus riche en pigments que la bile initiale et d'autre part, elle marqua le début d'une amélioration qui aboutit à une guérison complète de la jaunisse au quarante-cinquième jour de la maladie.

Reste le groupe des *états cholémiques avec troubles gastro-intestinaux*. Ici nous sommes entièrement d'accord avec Vincent Lyon et Chiray pour reconnaître que plusieurs de ces malades tirent un grand bénéfice du tubage duodénal et qu'ils éprouvent dans les jours consécutifs une sensation de bien-être et une satisfaction véritable. Comment expliquer cet heureux résultat? M. Chiray, qui réunit un certain nombre de ces cholémiques sous l'étiquette de « cholécystite chronique non lithiasique », accepte l'interprétation de Vincent Lyon lorsqu'il écrit que le *drainage de la sonde d'Einhorn a déterminé une désinfection des voies biliaires*. Certes, personne ne peut contester la part qui revient assez fréquemment à la vésicule dans les troubles digestifs de la cholémie familiale. Notre maître Gilbert a longuement insisté sur cette localisation biliaire dont le diagnostic comporte à vrai dire quelques réserves chez ces sujets nerveux, au cadre colique particulièrement sensible, que l'on peut si aisément taxer tour à tour d'appendicite ou d'inflammation de la vésicule.

Mais suffit-il de reconnaître l'association fréquente de la cholécystite, des troubles gastro-intestinaux et de la cholémie, pour que l'on soit en droit de conclure : si le tubage duodénal soulage ces malades, c'est à la désinfection de leurs voies biliaires qu'on en est redevable ? Il ne nous a point semblé que les meilleurs résultats aient été obtenus chez les cholémiques qui accusaient dans la région du foie les douleurs les plus nettes; bien au contraire. Lorsque le diagnostic de cholécystite s'imposait de toute évidence, la sonde d'Einhorn a le plus souvent provoqué une recrudescence des accès douloureux. C'est par un mécanisme beaucoup plus simple que les améliorations du tubage doivent être expliquées selon nous : *dans la majorité des cas elles nous paraissent dépendre d'un facteur psychique*.

Les cholémiques qui accusent des troubles gastro-intestinaux sont presque toujours des « nerveux », des observateurs inquiets, déprimés, parfois même des mélancoliques, des hypocondriaques. Ils viennent nous consulter pour des accidents digestifs dont ils font depuis longtemps l'analyse et dont ils exagèrent volontiers la portée. Et voici qu'on leur propose une méthode nouvelle, un procédé d'investigations qui va permettre d'étudier non seulement leur liquide stomacal, mais encore la quasi-totalité de leurs sécrétions digestives. Ils acceptent cette épreuve légèrement anxieux; leur émotion s'accroît lors de la déglutition de l'olive mais bien vite elle se calme devant l'autorité de ceux qui les surveillent pour faire place à la patience et à la résignation que nécessitent deux ou trois heures d'attente. La bile paraît enfin, avec sa belle couleur jaune d'or, cette bile qui engorgeait le foie et imprégnait les téguments; le cholémique en apprécie le volume; il se complaît à l'idée qu'on en fera l'analyse, et lorsque le tubage a pris fin, s'il se sent un peu fatigué sans doute, il est tout prêt à reconnaître qu'il éprouve déjà une amélioration très sensible; il nous l'affirmera dans les jours qui suivront.

Pour obtenir cet heureux résultat, d'ailleurs momentané, il n'a pas été nécessaire d'injecter dans la sonde duodénale de l'urotropine, du salicylate de soude, du bacille paralactique, un auto-vaccin, de l'huile d'olive et du sulfate de magnésie; à lui seul, l'effet psychique de la sonde d'Einhorn a suffi.

D'ailleurs, en dehors des états cholémiques, bien d'autres troubles gastro-intestinaux sont susceptibles de bénéficier eux aussi de l'épreuve d'Einhorn; elle est favorable à la pléiade des dyspeptiques et des constipés chez lesquels on retrouve plus ou moins dominante la note du système nerveux, et lorsque le syndrome d'excitation stomacale fait songer à la possibilité d'un ulcus pyloro-duodénal, lorsqu'on a quelque doute sur la nature organique de la maladie, ici encore, comme pour la cholécystite lithiasique, le tubage d'Einhorn a la valeur d'une exploration pierre de touche. Si l'olive franchit le pylore plusieurs fois de suite, dans un temps normal, *sans difficultés*, sans provoquer de spasme et de réaction douloureuse, on a de sérieuses raisons pour penser qu'il ne s'agit ni d'un ulcus, ni d'une cholécystite avérée, et que l'on a plutôt affaire à une affection anorganique. Cette loi souffre évidemment des exceptions; telle quelle, cependant, lorsqu'on se place au point de vue pratique, elle représente l'une des conclusions les plus utiles que nous puissions tirer de notre expérience du tubage duodénal (1).

L'ÉLECTROIONOTHÉRAPIE EN GYNÉCOLOGIE

Par le docteur André JOURAVLEFF
[de Moscou] (2).

La méthode de l'électroionothérapie fut appliquée en France par le professeur M. St. Leduc (de Nantes), feu le professeur J. Bergonié (de Bordeaux), Th. Nogier (de Lyon), H. Guilleminot et par d'autres encore. L'électroionothérapie est basée sur l'introduction des substances médicamenteuses dans les tissus de l'organisme à l'endroit de leur altération afin d'y produire un effet local.

On y parvient à l'aide du courant électrique actif traversant les tissus. On appelle « ions » les parcelles de la substance susceptible de transport sous la force électrique, les atomes ou bien encore les molécules dépourvues d'un seul ou de plusieurs électrons.

Un tel transport se produit ordinairement dans les solutions. Les ions mêmes se forment par suite

(1) Chabrol, Bénard et Gambillard. *Journ. méd. français*, déc. 1924.

(2) Rapport fait à la *Société obstétrique et gynécologique de Moscou*.

de la dissociation des sels dissous. Le liquide contenant les ions se nomme l'électrolyte.

Le passage du courant à travers l'électrolyte ne ressemble guère à ce qui se produit à son passage à travers le conducteur métallique.

D'après les idées actuelles, le courant est représenté de la manière suivante : les électrons, c'est-à-dire les atomes de l'électricité passent par le fil du conducteur.

Chaque atome de toute substance est constitué par le noyau et les électrons négatives.

La masse du noyau dans l'atome de l'hydrogène (que nous prenons pour une unité en chimie) est 1.845 fois plus grande que l'électron négatif. Ce dernier tourne autour du noyau avec une vitesse extrême et il se retient par l'attraction du noyau. Dans chaque réaction chimique qui s'opère dans l'élément électrique ainsi que dans la source de l'électricité, le processus est le suivant : du pôle négatif se dirigent les électrons vers le pôle positif, lorsqu'ils sont réunis par des conducteurs métalliques. Le mouvement des électrons est équivalent au mouvement de ce qu'on nomme l'électricité négative. Aucune électricité positive ne passe par le conducteur métallique du pôle positif vers le pôle négatif. Il s'ensuit qu'on admet à présent le passage du courant du pôle négatif vers le pôle positif.

Les ions chargés négativement sont attirés par l'électrode positive et les ions chargés positivement tendent vers l'électrode négative, afin d'en recevoir des électrons et reprendre leur état neutre.

On constate ainsi que le mouvement des cations se dirige de l'électrode positive vers l'électrode négative et le mouvement des anions suit la direction inverse.

L'action des substances médicamenteuses dans les tissus de l'organisme vivant est très variable. Cet effet peut être : 1° *stérilisant* (les ions de zinc); 2° *calmant* les douleurs (les ions salyciliques); 3° *stimulant* (les ions des substances médicamenteuses); 4° *empoisonnant* (les ions K. C. N. et C. N. et d'autres); 5° *dissolvant* (les ions de iode de lithium, etc.); 6° *cautérétique* (les molécules de l'iode et les ions d'autres médicaments).

Donc l'avenir de l'électroionothérapie est assuré non seulement comme *dissolvant* et assoupissant les douleurs, mais comme *stérilisant* de préférence.

Le très honoré président de notre Société obstétrique et gynécologique de Moscou, M. le professeur émérite A. Goubaroff avait indiqué l'importance de l'action stérilisante de cette méthode et sous ce rapport on a fait déjà des recherches expérimentales et des observations cliniques qui assurent pleinement l'action stérilisante des ions de zinc introduit dans l'organisme.

Il va sans dire que l'ionisation dans l'organisme humain est plus compliquée que celle qui se passe dans la pomme de terre.

Dans l'organisme humain les ions des substances médicamenteuses rencontrant la circulation sanguine ou lymphatique, il se peut que la partie des ions cheminent à travers les réseaux capillaires dans le circuit général sans toucher le foyer local affecté.

Apparemment pour éloigner ce phénomène quelques auteurs recommandent de baisser, affaiblir la circulation du sang et de la lymphe au moyen de la compression des membres (supérieurs et inférieurs) d'où survient une *hypérémie* temporaire qui améliore les conditions du traitement local par les ions.

Voyons en effet ce qui se passe sous l'influence de l'électroionothérapie dans les cicatrices compactes. Sous l'effet des sels d'iode se produit l'œdème du tissu conjonctif dont la capacité de diffusion et de pénétration augmente, en sorte que ses fonctions s'améliorent, les joints cicatrisés se ramollissent par suite de la porosité colloïde du tissu conjonctif.

Depuis 1923 nous avons appliqué l'électroionothérapie en gynécologie.

Nous nous servons d'une solution K. I. à 1, 2, 5 et 10 p. 100 introduite par la méthode bipolaire.

Certains malades méritent d'être décrits au moins brièvement, puisqu'ils offrent un intérêt clinique ainsi que scientifique.

Observation I. — La patiente est une fille âgée de trente et un ans. (*Virgo intacta.*) Taille, 120 centimètres; poids, 26k400. Elle commença le traitement le 5 avril 1925, ayant une faiblesse générale, des battements de cœur, de l'*asthme* aussitôt après un travail physique, l'hémorragie continue dès l'âge de seize ans; des constipations et le dérangement d'estomac alternatifs.

Résultat du palper (sous le chloroforme) : Abdomino-vaginal. La pilosité du pubis est normale et bien disposée. Les grandes et petites lèvres sont normales, mais leur développement correspond aux organes sexuels de la petite fille de sept à huit ans. L'hymen a la forme annulaire, son anneau est intact, pourtant un doigt y passe facilement. La patiente fut palpée par le rectum ainsi que par le vagin. Le col utérin n'est pas grand ; il a un petit orifice cervical conique par en bas (antéflexion).

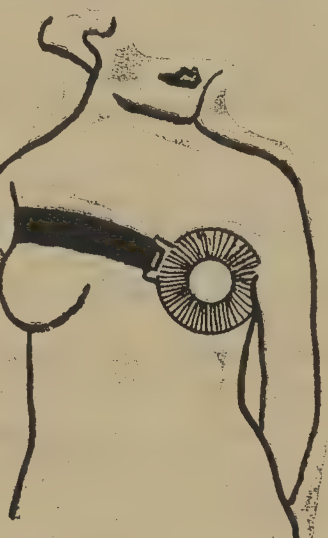
L'utérus n'est pas grand, a la forme d'une poire, il est d'une consistance compacte et mobile. L'ovaire droit n'est pas grand, il est mobile et quant à l'ovaire gauche il se trouve apparemment plus haut.

Diagnostic général : Anémie, nanisme hypophysaire, olygophrénie (imbécillité). *Atrophia nervi optici incipiens.*

Diagnostic local: *Hyperfunctio ovarii. Uterus infantilis. Anteflexio uteri congenita.* (*Métro-endométritis chronica*).

La patiente et sa mère ont la réaction Wassermann *négative.*

Le 25 mai 1925 l'électroionothérapie fut appliquée à l'aide de la solution K. I. de 5 p. 100 en l'introduisant dans les glandes mammaires, par la méthode Pierron à l'aide de



L'électrode du Professeur Ph. Nogier (modifié par moi).

l'électrode du professeur Nogier (voir figure). Nous avons fait vingt-cinq séances d'une intensité de 5/12 milli-ampères chaque séance de la durée de dix minutes. Après la dixième séance l'hémorragie, utérine cessa sans recommencer jusqu'au moment actuel. (30 octobre 1925). Nous surveillons cette malade durant tout ce temps.

Obs. II. — La malade a vingt-huit ans. Elle commença à être traitée le 12 décembre 1923.

Diagnostic suivant : *Métro-endométritis, périmétritis, salpingooophorites sinistra chronica. Blennorrhée* dans anamnèse. De 1917 à 1923 elle souffrait de l'hémorragie continuelle, ce qui la força de s'adresser au docteur en vue d'un traitement. Une série de trente-trois séances fut exécutée avec la solution K. I. de 1-5-10 p. 100, intensité élevée jusqu'à 25 à 50 milliampères. Durée de chaque séance : dix minutes.

Résultats du palper après le traitement : L'utérus devenu plus grand et plus mobile; mais on ne peut déterminer rien de pathologique dans le sac droit, point de douleurs.

Dans la région des annexes gauches il n'y a point d'infiltrat, aussi pas de douleurs ; l'hémorragie a cessé. Or le traitement est suspendu, ayant donné de très bons résultats.

15 avril 1925 : la patiente nous informa qu'après le traitement exécuté sa menstruation est devenue normale, et qu'il n'y a pas de douleurs dans les organes sexuels.

Obs. III. — La malade est âgée de vingt-cinq ans.

Son diagnostic : Endométrite, salpingooophorite bilatérale chronique. Nullipare.

Le 28 décembre 1925. Elle a eu des douleurs au bas de l'abdomen; flueurs blanches jaunâtres et corrodantes, et une hémorragie *ménométrorrhagique* qui dura huit mois.

Blennorrhée dans anamnèse. — Malgré les huit mois de son traitement, l'hémorragie, flueurs blanches et les douleurs continuaient toujours. On fit 13 séances avec la solution K. I., de 5 p. 100, intensité élevée jusqu'à 30/40 milli-ampères. La durée de chaque séance fut de vingt minutes. Les séances tous les deux jours.

Le palper après le traitement. — Les deux annexes sont normales, sans douleurs, point d'infiltats. L'hémorragie a cessé. La menstruation devenue normale. Le traitement a eu un bon effet thérapeutique.

Obs. IV (26 nov. 1923, n° 190). — Malade de vingt-sept ans.

Diagnostic : *Periadnexitis dextra infiltrativa.*

Une série de seize séances d'électroionothérapie fut exécutée avec la solution K. I. de 1 p. 100 par la méthode bipolaire, intensité élevée jusqu'à 20-30 milli-ampères ; les séances se répétaient dans deux jours; durée de séance quinze minutes. Le traitement a produit un effet favorable.

Obs. V (21 mars 1924, n° 51). — Malade de trente ans.

Diagnostic : *Periparametritis infiltrativa post abortum.*

La malade a eu un avortement en 1922.

L'électroionothérapie fut appliquée à l'aide de la solution K. I. de 5 p. 100.

Après vingt séances nous avons obtenu l'effet suivant : l'infiltrat avait disparu et la patiente quitta l'hôpital tout à fait bien portante.

Obs. VI (22 fév. 1924, n° 34). — Malade de vingt-sept ans.

Diagnostic : *Paraperimetritis infiltrativa.*

Blennorrhée dans l'anamnèse.

Après dix-huit séances d'électroionothérapie on a obtenu un bon effet : l'infiltrat disparut et la malade quitte l'hôpital en bon état.

Obs. VII (20 déc. 1923, n° 205). — Malade de vingt-cinq ans.

Diagnostic : *Salpingovophoritis bilatéralis* et *periadnexitis (gonorrhoica).*

Nous avons fait dix séances d'électroionothérapie avec la solution K. I. de 10 p. 100. Durée de chaque séance : vingt minutes, intensité élevée jusqu'à 40 milli-ampères.

Le traitement a eu un bon effet.

Obs. VIII (19 nov. 1923, n° 2). — Malade de vingt ans.

Diagnostic : *Metro-endometritis* (d'après la classification d'autrefois).

Periparametritis infiltrativa post partum.

Après une série de séances avec la solution K. I. de 5 p. 100, avec l'intensité jusqu'à 40 milli-ampères, l'infiltrat diminua de moitié et la patiente quitta l'hôpital sur son désir.

Obs. IX (1925). — Malade A...

Diagnostic : *Perimetritis posterior, salpingovophoritis sinistra (metrorrhagia).* Après douze séances d'électroionothérapie la santé de la patiente fut tout à fait rétablie.

Obs. X (1925). — Malade B...

Diagnostic ; *Metro-endometritis chronica* (la classification d'autrefois).

Salpingovophoritis sinistra, periparametris sinistra.

Un bon effet a été noté après douze séances, intensité de 35-40 milli-ampères, durée de vingt minutes.

Obs. XI (1925). — Malades C... et D...

Metro-endometritis (classification d'autrefois). *Perimetritis, adhaesionibus sinistra (metrorrhagia).*

Vingt séances d'électroionothérapie ont produit un très bon effet.

Obs. XII (1925). — Malade E...

Metro-endometritis (d'après la classification d'autrefois).

Chronica. Salpingovophoritis dextra chronica (metrorrhagia).

Après douze séances on a obtenu un bon effet.

Obs. XIII (1925). — Malade F...

Diagnostic : *Adnexitis bilateralis postabortum* (à l'état subaigu).

On se mit à appliquer l'électroionothérapie, mais après six séances on a renoncé à cette méthode puisqu'elle ne produisait pas de bon effet et les maux ne cessaient pas.

Obs. XIV (2 déc. 1923, n° 201). — Malade de vingt-cinq ans.

Diagnostic : *Parametritis infiltrativa post operationem* (état subaigu).

Après quatre séances d'électroionothérapie on a renoncé à cette méthode parce que la malade se sentit plus mal qu'au début du traitement. (*Gaz. des hôpit.*, n° 20, 1925.)

La conclusion basée sur les ouvrages de la littérature médicale et sur nos observations personnelles durant deux ans et demi peut être ainsi formulée :

1° L'électroionisation produit un effet favorable non seulement localement, mais aussi un effet général, ce qui a été constaté maintes fois.

2° Il serait désirable de faire une première série de 15 séances alternatives, de la durée de quinze minutes dans chaque séance avec une intensité élevée jusqu'à 15/40 milli-ampères et puis faire un intervalle de quinze jours. La nouvelle série de séances peut être prolongée dans les cas où le processus est difficile à guérir.

3° L'électroionothérapie donne de bons résultats dans le traitement des maladies chroniques et inflammatoires des annexes (de l'utérus) ; elle agit encore sur l'effet thérapeutique en calmant les douleurs dans les processus *adhésifs* de la région du petit bassin.

4° Plus le processus anatomo-pathologique est grand, plus il importe que la force électromotrice du courant soit augmentée (intensité du courant).

Dans ces cas l'intensité du courant peut être élevée jusqu'à 40/50 milli-ampères et même davantage, par exemple : dans les salpingooophorites des deux côtés lorsqu'il y a des cicatrices dans la région du petit bassin. Il peut y avoir des exceptions à cette règle, par exemple : dans la maladie de Basedow, la résistance électrique est diminuée et dans l'hystérie au contraire elle est supérieure à la normale. Dans le traitement des maladies des femmes on doit avoir en vue ces deux espèces de troubles de l'organisme et tantôt diminuer la force électromotrice tantôt l'augmenter suivant qu'à un de ces deux troubles (lésions) s'associe la maladie des organes sexuels.

5° La résistance électrique est sept fois plus grande du côté malade que du côté sain (Dubois). Par l'abaissement de la température locale dans la région du processus douloureux la résistance électrique est ordinairement augmentée.

Si la fonte des infiltrats est intense il faut conformément diminuer la force électromotrice, car le

foyer pathologique diminue et par conséquent la résistance électrique diminue aussi.

6° En ce qui concerne les indications et les contre-indications de l'application de l'électroionothérapie en gynécologie et en obstétrique, il est nécessaire de faire sous ce rapport des observations cliniques et des recherches expérimentales.

On peut actuellement appliquer l'électroionothérapie dans les maladies suivantes.

Endocervicite en introduisant des *ions de zinc* dans le col utérin par le vagin.

Dans les salpingooophorites chroniques en introduisant les *ions d'iode*. De même dans les endométrites avec ménométrorrhagie chronique (surtout dans les maladies provenant de la blennhorrée).

7° Il faut retenir que l'électroionothérapie est contre-indiquée dans les cas où l'hémorragie a lieu à la période post-partum, et si les moindres parties du placenta ou des membranes sont retenues dans l'utérus.

Elle est aussi contre-indiquée dans les métrites aiguës, dans les inflammations des annexes aiguës et dans les fungosis chroniques des endométrites, accompagnés de polypes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 MARS 1926)

Pouvoir réducteur des staphylocoques vis-à-vis du bleu de méthylène; ses rapports avec la virulence. — MM. Ph. Lesbre et H. Jausion reprennent les recherches récentes de Louros et Fuss, puis de Zoltan concernant l'action réductrice sur le bleu de méthylène des staphylocoques cultivés en milieu liquide.

Le pouvoir réducteur, vis-à-vis d'une dilution au 1/30 de bleu de Löffler s'affirme parallèle à l'intensité des intradermo-réactions toxiniques chez des sujets sensibles. Même concordance s'observe avec cinq données cliniques pour cinq staphylocoques pathogènes. Les saprophytes ne sont qu'exceptionnellement réducteurs. Par contre, le pouvoir chromogène et l'action gélatinolytique semblent relativement indépendants.

Les recherches pratiquées sur cinquante-deux souches différentes soulignent l'intérêt du pouvoir réducteur des staphylocoques tant pour le pronostic des pyodermites que pour la sélection des souches virulentes de stock-vaccins.

Sur les cellules de Langerhans et leur rôle dans la constitution des tumeurs épidermiques des paupières. — M. J. Mawas. Les cellules de Langerhans de la peau jouent un rôle important dans la constitution des cancers épidermiques. L'auteur les étudie dans les épithéliomas épidermoïdes à globes cornés, dans les épithéliomas baso-cellulaires et dans les épithéliomas dentritiques.

Sur certaines splénomégalies. — MM. Nanta, Pinoy et Gruny. Les malades que les auteurs ont observés avaient une splénomégalie du type Banti avec de l'anémie et de la leucopénie. L'ablation chirurgicale de la rate a amené la guérison. Sur les coupes de la rate on voyait des grains disséminés de couleur rouge, au voisinage desquels on notait fréquemment des infarctus. Sur d'autres points il existait du tissu élastique fibrillaire.

Sur les frottis de ces rates, les auteurs ont trouvé fréquemment un spirochète beaucoup plus gros que le tréponème et n'ayant que deux à trois tours de spires, plus flexueux aussi que le tréponème. Ils ont trouvé également, et spécialement dans les points où existait du tissu élastique, un streptobacille.

L'inoculation aux animaux a permis de reproduire la maladie.

L'indice de réfraction des huiles avant et après la traversée intestinale. — MM. Léon Binet et René Fabre montrent que les matières grasses extraites du chyle recueilli dans le canal thoracique ont gardé l'indice de réfraction qu'elles avaient lors de l'ingestion.

L'excrétion de l'azote urinaire. — M. R. Rafflin étudie la relation $\frac{pH}{4} + \log \frac{N \text{ ammon.}}{N \text{ total}} = K$ dans laquelle K est constamment à 10 p. 100 près, ces variations dépendant des mouvements de l'eau et de la rétention d'azote. En général à une valeur du pH correspond une valeur spéciale du rapport $\frac{N \text{ ammon.}}{N \text{ total}}$. Les variations de l'N total et de l'ammoniaque à l'état normal paraissent déterminer par les variations de l'eau et de l'acidité.

L'épreuve de Danielopolu dans certains états psychopathiques. — M. Maurice Hyvert. L'épreuve de Danielopolu de l'atropine intraveineuse combinée à l'orthostatisme fournit chez les psychopathes des renseignements qui ne sont pas toujours comparables à ceux des réflexes oculo-cardiaque et solaire. Toutefois les déments précoces ont présenté habituellement une hyponeurotonie ou une « viscosité neuro-végétative » marquée. Ces deux faits, quelle que soit l'affection, ont, du reste, toujours été les témoins d'une évolution défavorable.

Action des extraits embryonnaires sur la vitesse de régénération des ulcères gastriques expérimentaux. — M. Paul Carnot, continuant ses anciennes recherches sur l'activation de la prolifération cellulaire par les extraits d'organes en régénération et par les extraits embryonnaires d'organes en croissance rapide, a appliqué à nouveau ces données à la réparation des ulcères gastriques expérimentaux tels qu'il les avait étudiés jadis avec Cornil.

Il montre que l'injection d'extraits embryonnaires ou l'ingestion par voie buccale accélère beaucoup la réparation de l'ulcère : l'épithélium est à tel point proliférant qu'il couvre la surface ulcérée en un temps moitié moindre que le temps de régénération simple : les cellules muqueuses se multiplient si rapidement qu'il se constitue des plis, des cryptes, des tubes et même des dendrites épithéliaux faisant parfois ressembler le revêtement nouveau à celui de la vésicule biliaire avec tendance œdémateuse, mais sans aucune tendance atypique du néoplasme. On peut rapprocher cette action cytopoiétique si intense des tissus embryonnaires dans les régénérations des faits décrits parallèlement par Carrol dans les cultures de cellules et dans ses recherches sur le cancer.

L'activation de la réparation des plaies muqueuses ou cutanées par les extraits embryonnaires a donné d'ailleurs déjà à l'auteur des résultats thérapeutiques intéressants.

La libération du soufre dans l'hémolyse. — MM. M. Loeper, Decourt et Tonnet montrent que l'acitolyse aseptique ou la protéolyse septique du sang libère une proportion importante du soufre et que cette proportion est plus forte avec le caillot qu'avec le sérum.

La résorption d'hématomes chez l'homme et chez l'animal accroît également le soufre sanguin. Ce soufre garde, si le sujet est sain, ses rapports d'oxydation normaux.

Le râle qui est un centre de destruction d'hématies élimine par la veine splénique plus de soufre que l'artère ne lui en apporte.

La conclusion de ces recherches est que, in vivo et in vitro, l'hémolyse donne naissance à du soufre comme elle donne naissance à des minoacides.

(SÉANCE DU 13 MARS 1926)

Indice d'iode et capacité lipo-iodique du sérum sanguin. — MM. A. Leblanc et A. Grigaut. L'indice d'iode des graisses du sang est abaissé au cours des cirrhoses hépatiques et des infections aiguës. Les variations apparaissent encore plus nettement lorsqu'on considère la quantité d'iode fixée par les graisses contenues dans un litre de sérum sanguin (capacité lipo-iodique). La diminution du taux des acides gras non saturés du sang au cours de ces états est en rapport avec

la diminution de l'indice d'iode des graisses du foie et traduit une insuffisance fonctionnelle de l'organe hépatique.

Fonctionnement normal et perturbations pathologiques des actions musculaires de l'équilibration. Le tonus d'attitude. Les dystonies d'attitude. — M. A. Thévenard. La station verticale d'un individu normal est souvent, dans les attitudes de repos par exemple, le résultat du fonctionnement automatique et subconscient de certains groupes musculaires auxquels est dévolue la fonction antigravidique. Les considérations anatomiques et l'observation des individus normaux montrent la prépondérance dans l'accomplissement de cette fonction des muscles du plan postérieur du corps (nuque, lombes, fesses, face postérieure de la cuisse, mollet), le rôle des muscles du plan antérieur, quoique non négligeable, apparaissant comme moins important. La station verticale est alors avant tout maintenue par un renforcement tonique de ces muscles qu'elle suffit à déclancher. C'est ce que l'on peut appeler le tonus d'attitude.

Ces perturbations ou dystonies d'attitude sont représentées par les cas de rigidité décérébrée provoquant la contracture des muscles antigravidiques et par différentes attitudes de lordose ou de plicature le plus souvent postencéphalitiques, habituellement rattachées à la dysbasie lordotique ou spasme de torsion et semblant bien être le fait d'un déficit tonique des muscles postérieurs antigravidiques.

Les faits expérimentaux et anatomo-cliniques de rigidité décérébrée permettent de voir dans le mésencéphale la région dont l'intégrité est essentielle au fonctionnement normal du mécanisme tonique d'attitude.

Présence de formes microbiennes filtrantes dans les selles de convalescents de fièvre typhoïde. — M. Paul Hauduroy, complétant les expériences qu'il a déjà publiées, a entrepris la recherche des formes filtrantes de certains microbes dans les selles de convalescents de fièvre typhoïde. Dans un cas il a pu trouver un microbe qu'il assimile au bacille d'Eberth : ce germe était dans les selles sous sa forme filtrante et il a pu, par des cultures successives, le ramener à sa forme classique. L'auteur pense que ces recherches nous amèneront peut-être à reviser nos connaissances sur l'étiologie et l'épidémiologie de la fièvre typhoïde.

L'indice biliaire plasmatique. — M. Henry Walter, dans l'étude fonctionnelle du foie, remplace le dosage de la bilirubine, toujours relativement complexe, par une estimation colorimétrique de la teinte du plasma. C'est l'indice biliaire plasmatique. L'étalon est un mélange de bichromate et d'oranger poirier. Cette pratique, souple et rapide, donne des chiffres parallèles à ceux du dosage bilirubinémique.

Sur l'innervation vaso-constrictive des reins par les splanchniques. — MM. Tournade et Hermann montrent que chacun des nerfs splanchniques qu'on faradise provoque la vaso-constriction des deux reins; or, il ne fournit de fibres vaso-constrictives qu'au rein situé du même côté. L'autre se contracte sous l'influence d'un mécanisme humoral plus long à jouer et qui n'est autre qu'une exagération de la sécrétion adrénalinique.

M. Hallion rappelle que ses recherches antérieures faites avec M. Franck confirment celles des auteurs.

Influence de la piqûre bulbaire sur la motricité intestinale. — MM. Tournade et Chabrol. L'inhibition de l'intestin observée après piqûre du bulbe relève d'une double action nerveuse déterminée par une exagération de sécrétion adrénalinique, comme le montrent les expériences d'anastomose sur une jugulaire.

Sérum hémolytique antimouton desséché et stabilisé. — M. Louis Gautier a pu obtenir par dessiccation dans une étuve parcourue par un courant d'air sec et stérile pendant quelques heures à une température ne dépassant pas 45 degrés, un sérum stabilisé antihémolytique qu'il a pu conserver longtemps (un an) intact à la température ambiante, alors que le sérum liquide s'altère très facilement dans les mêmes conditions.

Recherches sur la tension veineuse des maladies mentales. — MM. Claude, Targowla et Lamache constatent que la tension veineuse et la tension du liquide céphalo-rachidien sont en rapport très variable l'une avec l'autre. La décompression, lorsqu'elle abaisse la tension artérielle, peut faire varier en même temps la tension veineuse. La tension veineuse n'est modifiée que dans les psychopathies aiguës où elle est assez nettement augmentée parallèlement à l'état clinique. Ce fait est lié à la défaillance fonctionnelle du myocarde.

Election d'un membre titulaire. — M. Pézard est élu par 35 voix sur 55.

— Société de biologie de Marseille (séance du 23 février 1926) :

Recherche des hémolysines et état de la résistance globulaire dans le rhumatisme articulaire aigu. — M. Turriès, sur 8 cas étudiés présentant une anémie variable, n'a trouvé que 2 fois une résistance globulaire légèrement diminuée et une seule fois une isolysine. Le mécanisme des anémies rhumatismales reste donc mal élucidé.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 19 MARS 1926)

A propos d'un cas d'anévrisme artério-veineux poplité. — M. Charles Buizard fait remarquer que le frémissement vibratoire, ou thrill, n'est pas un signe pathognomonique d'anévrisme artério-veineux. On l'a constaté sur des vaisseaux simplement comprimés par une tumeur, en l'absence de toute communication artério-veineuse; de même, encore, au niveau d'anévrismes artériels seuls; sur certains anévrismes cirsoïdes; sur certains sarcomes télangiectasiques. Le souffle continu avec renforcement systolique est seul caractéristique d'une communication entre une artère et une veine.

M. Buizard rappelle les deux cas d'anévrismes artério-veineux poplités, consécutifs à des plaies par balles, qu'il a présentés à la Société des chirurgiens de Paris, dans la séance du 20 décembre 1918, et dont les pièces sont au Musée du Val-de-Grâce. Opérations précoces après la blessure. Il existait une disposition anatomique qui n'a, à la connaissance de l'auteur, été signalée nulle autre part. La gaine fibreuse commune aux deux vaisseaux poplités était distendue par le sang et formait la paroi d'une tumeur sanguine à l'intérieur de laquelle artère et veine poplités étaient ouverts. Il existait un thrill très fort à ce niveau.

Du mégaligament rond et de la ligamentopexie rétro-utérine et sous tubo-ovarienne. — M. Dartigues.

Périduodénite. — M. Haller rapporte une observation de M. Lemercier (de Paris). A ce sujet, M. Haller se demande si les formes gastriques de l'appendicite chronique n'ont pas souvent comme substratum anatomique des lésions de périduodénite d'origine appendiculaire; et croit à la nécessité d'un examen radiographique de la région duodénale chez cette catégorie de malades pour compléter le diagnostic avant l'intervention et faire porter celle-ci d'emblée, à la fois sur l'appendice et sur la région duodénale.

Arrachement du tubercule externe de l'épine du tibia, sans trouble appréciable de la fonction articulaire du genou. — MM. A. Mouchet et Bruas (de Constantinople).

Helminthiase avec colibacillurie et appendicite. — M. Peraire.

Appendicite et tricocéphale. — M. Séjournet.

Rapports entre l'helminthiase et l'appendicite (état actuel de la question). — M. G. Léo retient quatre faits :

1° Des appendices peuvent contenir des oxyures non seulement dans leur lumière, mais même dans leurs parois, sans aucune lésion apparente de l'appendice. Ces cas sont rares, mais indiscutables. Il en publie un cas avec figures histologiques;

2° Plus souvent, l'oxyure sert d'agent inoculateur de bactéries et crée l'appendicite de toutes pièces. Ces cas sont encore une exception;

3° Souvent les signes d'appendicite chronique persistent après l'opération, signes tels que météorisme intermittent, état nauséeux, températures inexplicables et peu élevées, douleurs péri-ombilicales fugaces. Or, ces signes disparaissent par un traitement anti-parasitaire post-opératoire, ce qui prouve qu'il y avait association d'appendicite et d'helminthiase et qu'il fallait faire deux traitements, le chirurgical et le médical;

4° L'association de l'appendicite et des vers a été indiquée par Riff (de Strasbourg) qui l'a trouvée 80 fois sur 100. Comment expliquer que cette association commande si souvent l'appendicite, et que le lien ne soit pas constitué par une attaque directe du ver sur la muqueuse? M. Léo fait l'hypothèse que le ver crée la colite, ou la côlo-typhlite; lesquelles créent l'appendicite, soit par propagation de voisinage, comme le pensait Talamon, soit par passage des germes pathogènes à travers la muqueuse cæco-colique, d'où ils atteignent l'appendice par voie sanguine ou lymphatique. Le ver serait le « primum movens » et la cæco-colite l'intermédiaire entre lui et l'appendicite.

Examens histologiques de 179 appendices. — MM. G. Leo et Guieysse-Pelissier ont fait ce travail dans le but d'étudier les rapports de l'appendicite et de l'helminthiase. Ils ont, chemin faisant, constaté les lésions déjà décrites de l'appendicite à tous ses stades d'évolution, et ils donnent une description très succincte avec le pourcentage des différentes formes.

Rupture extrapéritonéale de la vessie. — M. Lutaud rapporte ce cas dû à un accident d'auto Par suite du traumatisme qui parut léger au début (absence de shock et de symptômes graves), l'auteur ne fut appelé auprès de la malade que vingt-huit heures après l'accident. A ce moment, des symptômes abdominaux paraissant dominer, M. Lutaud pensa à une rupture vésicale intrapéritonéale. Laparotomie sous-ombilicale : aucune lésion. Prolongation de l'incision en bas, après fermeture sans drainage de la cavité péritonéale. La rupture extrapéritonéale, due à une fracture de la branche horizontale du pubis à droite, fut suturée presque complètement après avivement des bords. Petit drain vésical. Sonde à demeure. Suites normales. Guérison.

Ulcères duodénaux hémorragiques. — M. Victor Pauchet.

Lipome rétropéritonéal récidivé. — M. Jean Lanos.

Un cas de gliose inflammatoire au trijumeau endo-cranien. — M. J. Bourguet.

Hernie inguinale congénitale tubo-ovarienne et adénite iliaque profonde gauches. — M. H. Brodier.

Talalgie simple et talalgie double. — M. Bressot (de Constantine) rapporte deux cas de talalgie (simple et double) qu'il a opérés. Les radiographies montrent l'existence d'exostoses sous-calcanéennes. L'auteur pense que, dans tous ces cas, il existe en outre des lésions inflammatoires chroniques, visibles ou non macroscopiquement, du tissu cellulo-adipeux avoisinant. Il conseille donc de faire, non seulement la résection large de l'exostose, mais aussi de tous les plans cellulo-fibreux voisins. Il a procédé ainsi dans ses interventions et a guéri ses malades.

Prothèse après hémirésection de la mâchoire inférieure. — MM. A. Huguier et Real présentent une malade de trente-sept ans, à laquelle ils avaient fait, il y a treize ans, une hémirésection droite de la mâchoire inférieure pour tumeur à myéloplaxes, récidivée sur place après une opération conservatrice. Jusqu'à cicatrisation complète, ils se sont contentés d'empêcher la déviation de l'hémimaxillaire au moyen de liens élastiques fixés sur les dents du côté sain. Puis, pose d'une pièce prothétique banale définitive. Résultat fonctionnel parfait et résultat esthétique très satisfaisant. Les auteurs déconseillent complètement les greffes osseuses immédiates qui sont vouées à la nécrose; et même les greffes restauratrices tardives dont le but uniquement esthétique peut être obtenu par un simple greffon graisseux. Ils s'élèvent aussi contre la technique de prothèse immédiate de Claude Martin, laquelle ne donne souvent que des déboires, alors que par les liens élastiques on obtient un résultat sûr et beaucoup plus simple au point de vue de « l'articulé dentaire » si nécessaire pour la pose de l'appareil définitif et pour la mastication.

Coxaflecta. Traitement par la réinfraction. — M. L. Lamy.

Cancers de l'œsophage traités par la radiumthérapie. Résultats éloignés. — M. Guisez.

Prix de la Société des chirurgiens de Paris. — La Société a décerné ses prix annuels :

1° Le *prix de chirurgie générale* (*prix Pauchet*) [1.000 fr.] a été décerné à M. Flahault (de Paris) pour son travail intitulé : « Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau (neurotomie rétro-gassérienne). »

2° Le *prix de chirurgie urinaire* (*prix Cathelin*) [1.000 fr.] a été décerné à M. le docteur Grandjean (de Paris) pour son travail intitulé : « Les abcès chauds du rein. »

3° Le *prix de chirurgie gastro-intestinale* (*prix Pauchet*) [1.000 fr.] a été décerné à M. Rajon-Jubie (de Paris) pour son travail intitulé : « Contribution à l'étude du traitement de l'ulcus duodénal, particulièrement son traitement chirurgical. »

4° Le *prix de chirurgie gynécologique* (*prix Paul Delbet*) [1.000 fr.] n'a pas été décerné.

Une somme de 500 fr. a été attribuée à M. Aman (Jean), (de Paris) à titre d'encouragement.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

L'IMPÔT ET LES PROFESSIONS LIBÉRALES, SPÉCIALEMENT LA PROFESSION MÉDICALE (1)

Dans l'état actuel de la législation, on peut exercer des réclamations contre les impositions; ces réclamations sont de nature contentieuse ou gracieuse. Les réclamations de nature contentieuse concernent les demandes en décharge ou en réduction et s'appliquent, par exemple, à la taxation d'office exagérée, soit par suite de défaut de déclaration, soit par suite de non-justification de dépenses supérieures au revenu déclaré. Les réclamations de nature gracieuse concernent notamment les demandes en remise ou modération pour cause de gêne ou pertes de revenus résultant d'événements imprévus.

II. Impôt général sur le revenu. — Cet impôt, on le sait, est dû par toute personne ayant en France une résidence habituelle, et dont le revenu net total de l'année précédente, déduction faite des exonérations pour charges de famille, a été supérieur à 7.000 fr.

C'est un impôt de superposition qui frappe l'ensemble de tous les revenus du contribuable, tels qu'ils ont été déterminés pour l'établissement des impôts cédulaires et des impôts particuliers sur les revenus. Sont affranchis de cet impôt, et dès lors ils n'ont pas à être compris dans les déclarations : les intérêts des bons du Trésor et de la Défense Nationale à échéance d'un an ou plus, la rente 4 p. 100 1925 à garantie de change, les pensions militaires des mutilés, veuves et ayants droit des morts de la dernière guerre.

Le revenu taxable s'entend du revenu imposable, défalcation faite des charges qui grèvent l'ensemble des revenus du contribuable et des déductions pour charges de famille.

En ce qui concerne les charges, le contribuable doit en faire l'énumération; ce sont notamment les intérêts des dettes contractées, les arrérages de rentes payées à titre obligatoire, les contributions directes et taxes assimilées établies au cours de l'année imposable.

En ce qui concerne les déductions pour charges de famille, elles sont les suivantes :

1° Déduction du fait du mariage	3.000
2° Déduction pour charges de famille :	
Ascendants, par personne	2.000
Enfants mineurs et toute personne au-delà de la cinquième, par personne	3.000

Le taux de l'impôt est très élevé; et il le sera certainement

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 22, p. 355.

plus dans le budget qui est en discussion. Le revenu taxable est divisé par tranches : chacune de ces tranches, selon son importance, est frappée de 2,40 à 60 p. 100 par augmentations successives de 2,40 :

Première tranche : revenu entre 7.000 et 20.000 fr.

Tranches suivantes : de 10.000 en 10.000 jusqu'à 100.000 fr. ; de 25.000 en 25.000 jusqu'à 400.000 fr. ; de 50.000 en 50.000 jusqu'à 550.000 fr.

Le taux maximum de 60 p. 100 s'applique à la portion du revenu dépassant 550.000 fr.

On sait que la déclaration relative à l'impôt global doit, pour les professions libérales, être adressée au contrôleur des contributions directes du domicile, dans les deux premiers mois de l'année : elle est accompagnée, s'il y a lieu, d'une déclaration des charges de famille. Il n'y a lieu de renouveler la déclaration, l'année suivante, que s'il y a des modifications.

Une déclaration doit être faite pour les biens possédés à l'étranger : les personnes de nationalité française, domiciliées ou résidant habituellement en France, qui auront conservé des biens mobiliers après le 1er janvier 1926 ou y posséderont des biens immobiliers, doivent en faire la déclaration détaillée, sous la foi du serment, au contrôleur des contributions directes dans les deux mois de chaque année, qu'elles soient ou non passibles de l'impôt sur le revenu. Cette déclaration doit contenir l'indication de la nature des biens, de leur valeur et du revenu qui y est attaché.

III. Patente. — La patente est payée par toute personne qui exerce en France une des professions libérales comprises dans le tableau D de la loi du 15 juillet 1880. C'est un impôt qui est encore prélevé sur le produit du travail du médecin, comme de l'avocat.

On sait que depuis la création des impôts cédulaires le principal de la patente, perçu au profit de l'Etat, a été supprimé. Mais cette suppression n'a pas été un allègement pour le malheureux contribuable; car on n'a jamais vu jusqu'ici qu'une modification dans la perception pût lui profiter : l'impôt cédulaire l'a vigoureusement frappé. Et puis la patente subsiste au profit des départements et des communes : les centimes additionnels à la patente perçus à leur profit continuent à être recouvrés. C'est le principal de la patente qui sert de base à l'imposition; on arrive à cette chinoiserie de prendre pour base un principal de patente qui a été supprimé ; celui-ci est devenu un principal fictif.

Tels sont les impôts afférents à l'exercice d'une profession libérale. Ils sont de trois sortes, comme on vient de le voir. Ces impôts sont excessifs dans leurs taux; la formule actuelle de les pousser par des tours de vis successifs amène nécessairement la fraude : le contribuable se défend comme il peut. N'est-elle pas sage cette déclaration qui émane des agents du fisc eux-mêmes dans une lettre récente au Président de la République? « La rentrée des impôts existants, disent-ils, serait considérablement améliorée par une diminution des taux des impôts qui permettrait de faire accepter corrélativement une documentation fiscale adaptée à la forme de fortune moderne. »

Ce n'est pas en cherchant à frapper les grosses fortunes et en visant les revenus importants du travail qu'on arrivera à obtenir le rendement nécessaire aux besoins du pays : la fiscalité doit être étendue, élargie, sinon pas de rendement important et durable. La fiscalité actuelle porte partout la trace des préoccupations politiques et des soucis électoraux; c'est l'injustice qui règne.

H. Ribadeau Dumas,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Anesthésie régionale en odonto-stomatologie, par E. Nivard. In-8 de 270 pages avec de très nombreuses illustrations. — Prix : 25 fr. — Paris, Editions de la *Semaine dentaire*, 12, rue du Hanovre,

---



NOTES POUR L'INTERNAT

PLEURÉSIES INTERLOBAIRES

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT[1]

c. **Pleurésie sèche.** — L'interlobite sèche, décélée par Béclère, est dépistée à la radioscopie en prenant l'interlobe *par sa tranche.* Sabourin a insisté sur ces caractères cliniques.

2. *Formes douloureuses,* avec les *points de côté scissuraux* que nous avons décrits. Cette forme serait très fréquente, et consécutive à un foyer pulmonaire juxta-scissural, à une pleurite médiastine, ou à une adénopathie hilaire.

2. *Pleurite membraneuse* : à la douleur s'ajoutent les *frottements.*

2. *Pleurite en bouton de chemise* : avec réaction pleurale de la grande cavité.

4. *Pseudo-épanchements de l'interlobe* : avec matité suspendue trompeuse.

Evolution. — Ces pleurites sèches sont bénignes en elles-mêmes, mais accompagnent la tuberculose pulmonaire et constituent un *indice de progression* de la maladie.

DIAGNOSTIC

POSITIF. — Le diagnostic de pleurésie interlobaire est le plus souvent *difficile,* et nécessite un examen clinique minutieux, une enquête radioscopique convenablement pratiquée et ne saurait être vérifié que par la *ponction* réalisée sous écran avec toutes les précautions que nous avons vues.

Différents sont les problèmes qui se posent, suivant le moment où le malade est examiné.

1° **Au début.** — *a.* Si les phénomènes pleuropulmonaires sont **post-** ou **meta-pneumoniques,** il faut savoir pourquoi la pneumonie ne fait pas sa défervescence.

On cherchera un foyer du *côté opposé,* on pensera à la *tuberculose,* on pensera à la *pleurésie interlobaire.*

b. **En cas de pleurésie cliniquement primitive,** le diagnostic est beaucoup plus délicat.

On pense à une pneumonie bâtarde, à une congestion pulmonaire, à une complication pulmonaire de la grippe, à un foyer d'infarctus.

Puis, l'évolution traîne : on pense à certaines formes de tuberculose, à une broncho-pneumonie, à une pneumonie caséeuse. Mais on ne trouve pas de bacille de Koch dans l'expectoration.

Le diagnostic hésite jusqu'à l'apparition des signes suspendus que vient vérifier la radioscopie.

2° **A la période d'état.** — Le diagnostic est aisé si les signes sont au complet. Sinon, il faudra éliminer :

Un foyer de bronchopneumonie;
Un foyer d'hépatisation autour d'un infarctus;
Une interlobite tuberculeuse.

3° **Au moment de la vomique.** — *La seule constatation de cet accident appelle l'idée d'une pleurésie interlobaire.*

Il faudra cependant penser à l'*abcès du poumon.* — Le diagnostic en est d'autant plus délicat que l'étiologie est la même. — Mais ici : *rareté* de l'affection et vomique *plus précoce.*

On éliminera les vomiques d'origine extrapulmonaire (vomiques d'origine sous-diaphragmatiques) par les antécédents et l'examen du foie, des reins, de la vésicule,

4° **Après la vomique.** — Le diagnostic est relativement aisé en cas de vomique massive. Il est *très difficile* en cas de vomique *fractionnée* ou *nummulaire.*

1. On ne saurait s'attarder aux diagnostics de kyste hydatique, syphilis, cancer du poumon, les autres signes propres de ces affections en font aisément la preuve.

2. Plus délicat est le diagnostic de *gangrène pulmonaire à forme subaiguë,* mais la fétidité caractéristique des crachats et leur richesse en anaérobies, trancheront la question.

3. La *tuberculose cavitaire* simule absolument l'aspect de la pleurésie interlobaire à vomique nummulaire. Mais ici : lésions plus étendues, bilatérales, apicales.

Evolution plus longue.

Surtout : *un signe pathognomonique* : présence de *bacilles de Koch* dans les crachats.

4. La *dilatation des bronches* : est le plus délicat diagnostic.

a. **Schématiquement,** elle s'oppose à la pleurésie interlobaire par la série des signes suivants :

Evolution par poussées successives chez un tousseur ancien;
Etat général longtemps conservé;
Expectoration caractéristique odeur de plâtre frais, se déposant en trois couches dans un verre conique, et présentant un polymorphisme microbien constant.

b. **Pratiquement** : dans les dilatations anciennes chroniquement infectées, l'état général s'altère profondément.

L'expectoration devient fétide, et franchement purulente.

Dans les pleurésies interlobaires mal drainées et ouvertes depuis plusieurs semaines : l'expectoration peut être polymicrobienne, se déposer en trois couches.

Ainsi que l'ont montré Tuffier et Delbet, le diagnostic est parfois impossible, même après radioscopie.

5° **En cas de pleurésie antérieure** éliminer :

a. Les pleurésies **médiastines antérieures** (mais, elles simulent une péricardite).

b. Les pleurésies **diaphragmatiques**; mêmes signes physiques : mais ici, les signes fonctionnels sont intenses : névralgie phrénique, toux et dyspnée douloureuses.

TRAITEMENT

I. **En cas de pleurésie purulente non tuberculeuse.** — C'est presque toujours au traitement chirurgical qu'il faut recourir.

a. **Avant la vomique,** si l'état général est bon, la ponction évacuatrice peut être suffisante. Mais dans la règle, il faut recourir à la thoracotomie. Elle ne sera pratiquée qu'après un *bon repérage* de la poche purulente, bien localisée par une ou plusieurs ponctions exploratrices faites sous anesthésie.

Il faut inciser dans l'espace intercostal où l'aiguille aura ramené du pus.

Explorer la plèvre et le poumon pour découvrir d'autres foyers suppuratifs possibles.

Une fois le pus évacué, on peut avec l'index introduit dans la cavité et recourbé en bas, chercher le point le plus déclive et à ce niveau faire une deuxième incision sans résection costale. Mettre un drain allant de l'orifice supérieur à l'orifice inférieur.

Delbet préconise l'aspiration continue au moyen d'un siphon. La guérison est assez rapide, mais craindre les fistules interminables et la symphyse pleurale avec rétraction thoracique.

b. **Après la vomique,** l'acte opératoire est *nécessaire* mais il n'est *pas toujours suffisant.* C'est la *nature de l'infection* qui règle l'évolution et le pronostic.

c. **Traitement médical.** — Il faut insister sur la nécessité des injections de sérum *antipneumococcique* et de sérum *antigangréneux,* associé au traitement chirurgical. Le *pneumothorax artificiel,* les injections *antiseptiques* (goménol, collargol) intratrachéales ou dans la poche même, peuvent être d'utiles adjuvants.

II. **En cas de pleurésie tuberculeuse.** — Il ne s'agit que du traitement général, rationnel, de la tuberculose pulmonaire. Il y aura cependant lieu d'évacuer la collection si elle devient très abondante.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 24, p. 391, et n° 26, p. 422.

N° 29. — SAMEDI 10 AVRIL 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 10 AVRIL 1926. — N° 29

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

OUVERTURE DES JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES. — Les Journées médicales tunisiennes préparées et organisées avec un soin minutieux par le Comité d'organisation ont été ouvertes vendredi dernier 2 avril. Leur succès dépasse toutes les prévisions.

Depuis quelques jours, les bateaux, le chemin de fer d'Algérie, les autos déversaient à Tunis des quantités de congressistes, aussi la grande salle du Belvédère était-elle pleine quand *La Marseillaise* et l'hymne beylical ont annoncé l'arrivée de M. Lucien Saint, résident général de France.

Sur l'estrade, aux côtés du Résident général, avaient pris place M. Charles Nicolle, le vénéré directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, président du Congrès. Le chef du Protocole beylical, représentant S. A. le Bey de Tunis, les ministres de la Plume et de la Justice, les professeurs Mesnil, Léon Bernard et Pierre Duval, représentant le ministre de l'Instruction publique de France.

On remarquait encore le représentant du ministre de la Guerre, M. le médecin principal de 1re classe Lejonne, directeur du Service de santé des troupes de Tunisie ; M. le médecin en chef Viguier, directeur du Service de santé de la marine, représentant le ministre de la Marine et le préfet maritime de Bizerte ; M. le docteur Rulot, délégué du gouvernement belge ; le docteur Hassan Kamal Effendi, délégué du gouvernement égyptien.

La délégation italienne, particulièrement brillante, est composée de M. le sénateur Sanarelli, professeur à la Faculté de Rome, M. le professeur Jemma (de Naples), M. le professeur Ascoli (de Rome) et le docteur Onorato, directeur de l'hôpital colonial italien de Tripoli (Lybie).

Malte a envoyé M. le professeur Zammit, l'éminent recteur de son Université.

Les invités officiels français étaient MM. Grégoire, Labey et Henri Béclère (de Paris), Minet (de Lille), Henri Roger (de Marseille), Moure (de Bordeaux), Ardin-Delteil, Porot et Reynaud (d'Alger).

Dans la salle, au milieu des aimables confrères tunisiens dont l'accueil si cordial les touche profondément, les congressistes et leurs familles sont extrêmement nombreux. Nous avons remarqué la présence de MM. Ombrédanne, Chevassu, de Massary, Lesné, Génévrier, Bonamy (de Paris), Chassevant et Cange (d'Alger), Derocque (de Rouen), Corneloup (de Grenoble), etc.

M. Charles Nicolle, président, prend le premier la parole pour saluer le Résident général et le représentant de S. A. le Bey et souhaiter la bienvenue aux délégués officiels et aux congressistes.

Il expose rapidement la situation de la Tunisie au point de vue médical, et il fait le plus magnifique éloge du plus grand des médecins tunisiens : le médecin de colonisation. C'est Cardaillaguet, ce héros mort à trente-trois ans sur la brèche qui lui sert de modèle. En termes émouvants, M. Nicolle nous montre ces apôtres obscurs qui, à l'exemple de Vincent de Paul, se consacrent dans ce pays d'Afrique à faire le bien et à faire aimer la France.

M. Mesnil, délégué du ministre de l'Instruction publique, rappelle les beaux travaux de l'Institut Pasteur de Tunis depuis sa fondation en 1893 par notre ami Adrien Loir, neveu de Pasteur, et sous la féconde direction du grand savant qu'est M. Nicolle.

M. Léon Bernard, au nom des universités et des médecins de France, apporte à son tour l'hommage de son admiration aux médecins de Tunis et à notre maître à tous Charles Nicolle.

Prennent ensuite la parole : MM. Lejonne, au nom du ministre de la Guerre ; Viguier, au nom du ministre de la Marine ; Rulot, au nom du gouvernement belge et des organisateurs des Journées belges ; Hassan Kamal Effendi, au nom du gouvernement égyptien.

M. Zammit rappelle les travaux de Malte sur la fièvre ondulante et apporte les vœux du gouvernement britannique ; l'éminent professeur Sanarelli (de Rome), sénateur du Royaume et vieil ami de la France, fait un magnifique éloge

de Charles Nicolle et apporte le vibrant témoignage de l'amitié italienne.

M. REENSTIERNA (de Stockholm) transmet les vœux de S. M. le Roi de Suède et il dit toute son affection et son admiration pour MM. Nicolle Burnet et Conseil aux côtés desquels il a travaillé pendant trois ans.

M. ARDIN-DELTEIL apporte enfin le salut des confrères d'Algérie. Trop court discours dont la finesse et la forme classique fut très goûtée.

M. Lucien SAINT, résident général de France, prend à son tour la parole. Issu d'un milieu médical, il connaît bien notre profession et sait l'importance des besoins médicaux de la régence. Il s'est associé, ainsi que Mme Lucien Saint, aux efforts de nos confrères tunisiens pour la lutte contre la misère et les épidémies et a pris une part personnelle à la création des consultations, des dispensaires, des hôpitaux, des œuvres de protection de l'enfance.

Aussi l'éloge que le représentant de la France a fait du médecin tunisien et surtout du médecin de colonisation était-il celui d'un administrateur très averti et a-t-il fait une très forte impression sur les congressistes.

A la suite de la séance inaugurale, le Résident général de France a visité l'exposition d'hygiène et a assisté à la brillante réception organisée au pavillon du Belvédère par la municipalité de Tunis.

Pendant les derniers discours échangés entre le maire, M. Hayat (de Tunis) et Pierre Duval, le soleil, trop rare depuis quelques jours, a daigné éclairer la ville et le lac de Tunis. Ce fut une belle fin de journée.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rist, Ribierre, Widal, Chiray, Aviragnet, Laignel-Lavastine, Chevrier, Jeanselme, Lemaire, qui acceptent; Weil (Emile), Sézary, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Langeron, chef de clinique médicale.

— NANCY. — M. Robert, professeur sans chaire à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur de chimie à ladite Faculté (chaire vacante).

CONSEIL D'ÉTAT. — ANNULATION D'UN CONCOURS D'AGRÉGATION A LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — On sait qu'au point de vue de l'enseignement la science médicale a été divisée par des arrêtés ministériels en un certain nombre de sections. La question s'est souvent posée de savoir si la physiologie et la pharmacologie doivent être réunies dans la même section. C'est ainsi qu'elles ont été réunies en 1913 et en 1914, tandis qu'en 1919 la physiologie formait à elle seule une section; la pharmacologie n'apparaissait même plus dans l'intitulé de cette section.

Or en 1910, M. B... fut nommé au concours pour neuf ans professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (section de physiologie). A cette époque, la physiologie constituait une section, tandis que la pharmacologie figurait dans une autre. M. B... enseigna donc la physiologie jusqu'en 1920, date à laquelle expiraient ses pouvoirs. Puis, en 1923, profitant de ce qu'un arrêté ministériel du 7 novembre 1922 avait érigé la pharmacologie en section spéciale, il se présenta au concours pour cette section et fut nommé, par décision ministérielle du 25 juillet 1923, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris pour la section de pharmacologie.

Cette nomination a été attaquée par le docteur D..., chef de laboratoire à la Faculté. A la suite de ce pourvoi, le Conseil d'Etat a constaté en effet que l'arrêté de 1922 qui a érigé la pharmacologie en section distincte était irrégulier comme ayant été pris par le ministre après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, alors qu'aux termes de la loi du 25 juin 1880, il aurait dû être pris après avis du Conseil supérieur tout entier. En conséquence, le Conseil d'Etat, sur le rapport de M. Basset, et conformément aux conclusions du commissaire du gouvernement Mazerat, a prononcé l'annulation des opérations du concours à la suite duquel M. B... avait été nommé agrégé à la Faculté de médecine dans la section de pharmacologie. (*Le Temps*.)

MISSION. — Délégué par l'Institut Pasteur et chargé de mission du gouvernement français, le professeur Auguste Pettit, membre de l'Académie de médecine, s'est embarqué le mercredi 7 avril 1926 sur *La Savoie* à destination de Montréal pour y fonder une filiale de l'Institut Pasteur.

XVIIe CONGRÈS ITALIEN D'HYDROLOGIE. — Ce Congrès aura lieu à Salsomaggiore, du 15 au 18 mai 1926, sous la présidence du professeur Cesare Cattaneo. Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° « Distribution et caractères des boues médicinales. » (Rapporteur : professeur R. Pinati); — 2° « Indications de la fangothérapie dans les maladies internes. » (Rapporteur : professeur L. Devoto); — 3° « Les applications de la fangothérapie. » (Rapporteur : professeur A. Vinaj); — 4° « Mesures d'hygiène spécialement nécessaires aux stations de cure. » (Rapporteurs : professeurs Gardenghi et Gasparini).

Le droit d'inscription au Congrès (20 lires) devra être envoyé au directeur de la Caisse d'épargne de Salsomaggiore, trésorier du Congrès.

SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS ET DE RETRAITES POUR FEMMES ET ENFANTS DE MÉDECINS. — L'exposition des œuvres de peintures exécutées par Mme Thoinot au cours d'un voyage en Afrique Occidentale Française aura lieu à la Faculté de Médecine « Grand Hall » les 15, 16, 17, 18 avril 1926 sous la présidence d'honneur de M. le professeur Roger, doyen de la Faculté.

Une partie des œuvres de peintures sera vendue directement au public et sur place, une seconde partie sera réservée à une tombola : Prix du billet : 10 francs, dont le tirage aura lieu à la Faculté de Médecine le 18 avril à 5 heures.

Toutes les sommes provenant de la vente, du placement des billets de tombola ainsi que des dons et offrandes parvenus directement seront versées à la caisse de secours de la société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins, 5, rue de Surène à Paris.

Cette société sous la présidence de M. le docteur Siredey, membre de l'Académie de Médecine et la vice-présidence de Mme Jayle et de M. le docteur Darras, vice-président de l'Association générale des médecins de France, a pour but d'apporter une aide morale et matérielle aux veuves et enfants de médecins. Elle comporte des membres bienfaiteurs ou honoraires et des membres actifs ceux-ci se décomposant :

1° Membres cotisants pour une retraite de droit à cinquante-cinq ans.

2° Membre ne cotisant pas pour la retraite, ayant droit aux mêmes avantages.

Nous attirons toute l'attention du monde médical sur cette manifestation importante de solidarite professionnelle en faveur d'une société intéressante au plus haut point, puisqu'elle n'est composée que de femmes et d'enfants de médecins français.

Comité d'honneur des dames patronnesses. — Mme Brouardel, présidente, Mme Baldini, doctoresse Blanchier, ancien interne des hôpitaux de Paris, Mme Bellencontre, Mme Butte, Mme Donatien Labbe, Mme Georges Labey, Mme Félix Legueu, Mme Margain, Mme A. Marif, doctoresse Montlaur, Mme Ch. Paul, Mme A. Sicard, Mme Thoinot.

Prière d'adresser dons, offrandes, demandes de cartes d'invitation et billets de tombola à M. le docteur Jules Bongrand, 5 rue de Surène et M. Abel Watelet, secrétaire général, 21 rue Violet (Paris XVe).

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DU TESTICULE CHEZ L'ENFANT

Par A. DEROCQUE et R. JULIEN.

Les tumeurs du testicule sont d'une grande rareté chez l'enfant, aussi leur étude a-t-elle été quelque peu délaissée par les auteurs.

La plupart des traités classiques ne leur consacrent que quelques lignes, et les chirurgiens qui ont eu l'occasion d'en rencontrer se sont bornés à publier leur observation sans rechercher les caractères anatomiques et cliniques habituels de ces tumeurs. En dehors des leçons cliniques déjà anciennes de Giraldés, de de Saint-Germain, de Monod, on ne peut guère se reporter qu'à un travail de Philipp [de Dresde (1)] qui, réunissant une quarantaine de cas, a bien mis en évidence les caractères essentiels de ces néoplasmes.

L'un de nous (2), étant parvenu à rassembler 139 observations, a tenté dans sa thèse de reprendre l'histoire de cette affection rare mais redoutable de l'enfance.

Etiologie. — 1. **Fréquence.** — Si exceptionnel soit-il (pour Pajet il représenterait moins de 3 p. 100 des cancers de l'enfance), le cancer du testicule est néanmoins parmi ceux qu'on observe le moins rarement dans les quinze premières années de la vie, et Monod, d'accord avec la plupart des auteurs, le place au troisième rang, immédiatement après le cancer de l'œil et du rein, immédiatement avant celui de l'os.

2. **Age.** — Il apparaît avec une prédilection frappante dans les toutes premières années, et on ne le rencontre pour ainsi dire plus chez l'enfant déjà grand. On trouve en effet :

18 p. 100 de tumeurs apparues dès la naissance.
25 p. 100 de tumeurs apparues dans la première année.
18 p. 100 de tumeurs apparues dans la deuxième année.

Nous ne pouvons donc que confirmer les dires de Steffen (1), d'après lesquels la moitié des cas appartiennent à la première année de la vie.

3. **Influence du traumatisme.** — On a parfois invoqué, comme bien souvent en pathologie, l'influence du traumatisme sur l'apparition et le développement de ces tumeurs. Tantôt c'est après une contusion testiculaire qu'on a remarqué l'augmentation de volume de la glande. Tantôt le traumatisme paraît avoir provoqué l'accroissement d'une tumeur dont on avait déjà constaté l'existence.

Malgré le scepticisme de la plupart des auteurs, qui font remarquer qu'une augmentation même légère du volume du testicule le rend plus accessible aux coups et froissements, on ne peut manquer d'être frappé par quelques faits vraiment très caractéristiques. Dans 17 observations, soit 12 p. 100, le rôle d'une contusion ou d'une ponction exploratrice paraît indiscutable; quelques cas sont même particulièrement nets, tel celui de Hill où la tumeur, remarquée à l'âge de trois semaines, subit, à la suite d'une ponction faite deux ans après, une rapide augmentation de volume obligeant à une castration immédiate.

(1) PHILIPP. *Zeit. f. Krebs.*, 1909, t. VII.
(2) JULIEN. *Th. de Paris*, 1925.
(3) STEFFEN. *Les Tumeurs malignes de l'enfance*, Stuttgart 1905.

2. **Influence de l'ectopie testiculaire.** — On pourrait croire que les glandes ectopiées sont, chez l'enfant comme chez l'adulte, plus exposées que les autres à la cancérisation. Hutinel dans son *Traité des maladies de l'enfance* indique d'ailleurs cette prédilection des tumeurs pour les testicules non descendus dans les bourses. Nous n'avons pourtant retrouvé aucune observation de cancer de testicule ectopique chez l'enfant, et seuls Stenger et Prochaska relatent un retard de descente de la glande.

4. **Influence de l'hérédité.** — On a enfin discuté, comme pour tous les cancers, l'influence de l'hérédité dans l'étiologie du cancer du testicule chez l'enfant. Pousson affirme que cet élément joue un rôle incontestable, mais on peut se demander sur quoi il base son assertion, puisque seul Hutchinson (1) signale des antécédents familiaux cancéreux : deux tantes du côté paternel étaient mortes de cancer du sein.

Anatomie pathologique. — 1. **Caractères généraux de la tumeur.** — Contrairement à ce qu'avaient affirmé certains auteurs, la tumeur se développe aussi fréquemment sur le testicule droit que sur le gauche. Chez l'adulte Chevassu le constatait déjà, et en ce qui concerne l'enfant les 51 observations où le côté est précisé se répartissent en 25 cas pour le testicule droit et 26 cas pour le testicule gauche.

La tumeur présente un *volume* extrêmement variable. La comparaison le plus souvent employée est l'œuf de poule ou l'œuf d'oie, mais la glande peut devenir beaucoup plus volumineuse. On en a vu grosse comme deux poings, comme un melon, et Faithorn (2) cite même un cas où la tumeur avait pris un tel développement qu'elle gênait la marche par son poids et son volume.

L'albuginée reste habituellement intacte, de sorte qu'une tumeur même volumineuse exagère seulement les dimensions de la glande, mais respecte à peu près sa forme.

La surface externe est ordinairement régulière, lisse, avec parfois de petites élevures ou même des bosselures dans les variétés qui réalisent ce qu'on appelait la maladie kystique du testicule.

2. **Classification.** — Lorsqu'on s'efforce de faire entrer les tumeurs du testicule observées chez l'enfant dans le cadre de la classification histologique de Chevassu, on se heurte à de grosses difficultés, car les examens microscopiques, souvent incomplets et dans presque tous les cas difficiles à interpréter, obligent à laisser de côté un assez grand nombre de tumeurs baptisées « sarcome, périthéliome, lymphadénome, cancer encéphaloïde », auxquelles il est impossible de donner une étiquette certaine, bien que la plupart paraissent être des embryomes dégénérés.

Bref on est amené à méditer et apprécier l'exacti-

(1) HUTCHINSON. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1857, t. VIII, p. 280.
(2) FAITHORN. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1860, p. 165, et 1861, p. 146.

tude de ce qu'écrivait Chevassu il y a vingt ans : « Il n'est pas deux auteurs qui s'entendent pour désigner la même tumeur sous le même nom. Personne ne parle le même langage. »

On parvient néanmoins à classer un nombre de cas suffisant pour se rendre compte que le schéma classique « embryome chez le jeune, séminome chez l'adulte », est incontestablement exact en ce qui concerne l'enfant. Chez celui-ci le séminome paraît être une véritable curiosité anatomique, et presque toutes les tumeurs observées sont des embryomes, soit tératomes, soit tumeurs mixtes.

a. Séminome. — Nous n'avons trouvé en effet qu'une seule observation indiscutable de séminome, celle de Hardouin et Potel (1) où la tumeur apparut chez un enfant de sept ans. Le cordon était épaissi et il n'y avait pas de ganglions perceptibles.

Trois autres cas publiés par Monod, White, Ewing, appartiennent peut-être aussi à cette variété de tumeur, mais il serait imprudent d'être affirmatif. Les deux premiers parlent de carcinomes paraissant avoir débuté dans l'intérieur des canaux séminifères. Ewing étiquette sa tumeur « lymphosarcome » primitif du testicule avec métastases ganglionnaires, hépatiques, rénales et cutanées.

b. Tératome. — Les tératomes représentent une part importante des tumeurs testiculaires de l'enfant et nous en avons identifié 31 sur 139, soit 22 p. 100.

La tumeur peut étouffer le tissu glandulaire et le remplacer complètement. Dans d'autres cas elle forme une masse encapsulée, bien limitée à une portion du testicule. D'autres fois enfin le tératome est paratesticulaire, ce qui avait autrefois fait méconnaître sa véritable origine. A la suite du mémoire de Verneuil (2) une confusion absolue régna en effet entre ces tératomes paratesticulaires et les kystes dermoïdes du scrotum; mais la tumeur d'origine testiculaire adhère toujours à la glande d'une manière quelconque, lâche ou serrée, étroite ou large. Une observation de Prochaska a d'ailleurs donné la preuve absolue de l'origine testiculaire de ces tératomes : la tumeur primitivement inguinale descendit ultérieurement avec la glande dans le sac scrotal.

La constitution de ces tératomes est des plus caractéristiques : la tumeur présente en effet un contenu hautement différencié dans lequel on retrouve pêle-mêle les tissus les plus divers aboutissant à la formation de véritables organes.

Ce sont les tissus d'origine ectodermique qui sont le plus souvent rencontrés, mais on peut trouver des dérivés de tous les feuillets embryonnaires, et les tissus d'origine mésodermique ou endodermique sont loin d'être exceptionnels.

Les poils sont l'élément le plus fréquemment mentionné, peut-être il est vrai parce qu'ils n'échappent jamais à l'observation la plus superficielle. Ils sont parfois accompagnés de *glandes sébacées*, et même de *glandes sudoripares*.

En ce qui concerne le *tissu nerveux* on a rencontré des nerfs [Bazy (3), Guersant (4)], des ganglions nerveux [Hildebrand (5), Cornil et Berger (6)], et même des éléments rétiniens [Guersant, Lovet et Councilman (1)].

Des éléments de *squelette* entrent dans la constitution d'un assez grand nombre de tératomes, et différents auteurs ont reconnu nettement des pièces osseuses des membres, du bassin, ou de la face.

Beaucoup plus rarement enfin on a rencontré d'autres éléments : dents, tissu musculaire, fragments d'œsophage, de larynx, de trachée, de glandes salivaires.

c. Tumeurs mixtes. — Les tumeurs mixtes sont des embryomes plus simples, à contenu peu différencié, avec très souvent des cavités kystiques, mais ne renfermant jamais ni matière sébacée, ni poils.

Elles paraissent constituer la *grande majorité* des néoplasmes testiculaires de l'enfant. Nous n'en avons relevé que 26 cas certains, mais il est infiniment probable que presque toutes les observations, que nous avons dû laisser de côté par suite de l'insuffisance des renseignements histologiques, devraient entrer dans cette catégorie. La plupart des auteurs se contentent de dénommer leur tumeur « cystosarcome, medullarsarkom, fibro-sarcome, cancer encéphaloïde, adéno-carcinome, etc. », sans donner un inventaire précis des différents tissus identifiés à l'examen microscopique. Il s'agit là presque certainement de tumeurs mixtes dégénérées, mais étant données les difficultés qu'on a, même en possession des coupes, à poser un diagnostic histologique des tumeurs du testicule, nous avons préféré laisser ces 81 observations dans le cadre des cas douteux,

Les tumeurs mixtes du testicule qu'on rencontre chez l'enfant sont d'autant plus difficiles à identifier qu'elles sont habituellement d'une constitution extrêmement simple. Philipp insistait déjà sur ce point, et les observations publiées depuis confirment absolument cette opinion. Il n'est pas fréquent en effet de trouver du cartilage, ou du tissu muqueux. Il s'agit le plus souvent de tumeurs *très peu différenciées* où quelques éléments de tissu chondroïde, tissu élastique, ou quelques fibres musculaires, sont noyés dans les éléments épithéliaux qui constituent à eux seuls presque toute la tumeur.

Ce sont surtout les éléments épithéliaux cylindriques qui prédominent nettement. Tantôt leurs cellules tapissent de petites cavités kystiques, tantôt elles forment de longues traînées entrecoupées de fines travées conjonctives.

De plus lorsque ces *éléments épithéliaux subissent, ce qui paraît être la règle, la dégénérescence cancéreuse*, ils envahissent toute la tumeur, étouffent les autres éléments, de sorte qu'il est presque impossible de retrouver ceux-ci.

C'est cet aspect histologique qui paraît être de beaucoup le plus fréquent, et l'un de nous (2) en a publié trois observations recueillies dans le service de son maître A. Mouchet. Ces trois tumeurs avaient des aspects microscopiques très analogues : au milieu de nappes complètement nécrosées ou hémorragiques on reconnaissait des zones de cellules épithéliales cubiques volumineuses ne pouvant être rattachées à aucun tissu normal. La plupart étaient disposées à la périphérie de kystes garnis d'arborisations papillaires. D'autres s'infiltraient dans les espaces conjonctifs, en longs boyaux anastomosés ou en larges plaques confluentes.

(1) Hardouin et Potel. *Bull. de la Soc. anat.*, 1914.
(2) Verneuil. *Arch. gén. de méd.*, 1855.
(3) Bazy. *Bull. de la Soc. anat.*, 1919.
(4) Guersant. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1840.
(5) Hildebrand. Cité par Chevassu.
(6) Cornil et Berger. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1885.

(1) Lovet et Councilmann. *Journ. of experim. med.*, 1897, n° 4.
(2) A. Derocque. *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1924.

Kirmisson (1), Askanazys (2), Hardouin et Potel (3), Wimmer (4) ont observé des tumeurs identiques.

En regard de cette dégénérescence épithéliale nous n'avons trouvé aucun cas probant de transformation sarcomateuse.

Enfin on a récemment publié une observation (5) d'une tumeur très spéciale développée sur le testicule d'un enfant de vingt et un mois. Il s'agissait d'un *rhabdomyome pur* qui présentait histologiquement des caractères de malignité très nette, car dans la lumière des vaisseaux on rencontrait des amas néoplasiques libres présentant la formation striée. Cette particularité est très intéressante car les rhabdomyomes sont ordinairement des tumeurs plutôt bénignes, et les rares observations où l'on a assisté à une évolution maligne se rapportaient à des rhabdomyosarcomes.

Mais cette tumeur était-elle réellement un embryome simplifié? C'est là un point sur lequel on ne peut pas être trop affirmatif, et l'on peut se demander également si elle ne provenait pas d'une formation musculaire striée primitivement localisée dans la région du ligament inguinal du corps de Wolff (gubernaculum testis).

Quelle est donc la cause de l'extrême simplicité de ces tumeurs mixtes, et les *théories pathogéniques* actuellement en faveur peuvent-elles nous en donner une explication satisfaisante?

Pour expliquer l'origine des embryomes la plupart des auteurs se rallient à la théorie blastomérique, selon laquelle dans la blastula, à un stade quelconque, un blastomère peut s'enclaver, évoluer isolément, et fournir au sein du sujet porteur, un embryon plus ou moins imparfait, un embryome. Un blastomère isolé, même à un stade avancé de la segmentation, est donc susceptible de donner naissance aux tumeurs les plus complexes et rien ne nous permet alors d'expliquer la grande simplicité des tumeurs testiculaires.

Si on veut obtenir une explication à peu près logique il faut admettre que moins la tumeur observée est complexe, moins le tissu qui lui a donné naissance possédait de faculté de différenciation, et par conséquent plus il correspondait à un degré élevé de développement.

La théorie de l'enclavement, considérablement modifiée par Chevassu, est alors à ce point de vue tout à fait satisfaisante. Cet auteur, remarquant que l'ébauche génitale se constitue dans une région qui représente un carrefour des ébauches tissulaires les plus diverses (cortico-surrénale, sclérotome, myotome), pense que l'origine de la tumeur mixte réside dans l'inclusion dans l'ébauche testiculaire de quelques cellules embryonnaires qui reprennent ultérieurement leur évolution interrompue. C'est donc par des inclusions tardives, survenues dans l'éminence génitale, qu'on pourrait expliquer la simplicité des embryomes testiculaires de l'enfant. On peut admettre dans certains cas l'inclusion d'éléments Wolffiens, et cette origine peut être discutée dans quelques-unes des observations que nous avons rassemblées [Diss et Nordmann (6), Askanazys (7), Mouchet et Derocque] mais on sait combien il est imprudent d'oser émettre une affirmation en pareille matière.

(1) KIRMISSON. Cité par Junien LAVILLAUROY. *Th. de Paris*, 1898.
(2) ASKANAZYS. Cité par DJANELIDZE. *Th. de Genève*, 1909.
(3) HARDOUIN et POTEL. Loc. cit.
(4) WIMMER. *Th. de Münich*, 1916.
(5) SABRAZÈS, ROCHER, PEYRON et JEANNENEY. *Bull. de l'Assoc. pour l'étude du cancer*, 1923, t. XII.
(6) DISS et NORDMANN. *Bull. de la Soc. anat.*, 1923.
(7) ASKANAZYS. Cité par DJANELIDZE. *Th. de Genève*, 1909.

Si cette théorie explique bien la possibilité de tumeurs mixtes extrêmement simples, elle a le gros défaut d'être une théorie locale, susceptible seulement de s'appliquer aux embryomes d'une région déterminée, aussi depuis quelques années a-t-on cherché à lui substituer une autre explication de l'origine des embryomes, basée sur des données embryologiques récentes (1) :

Les éléments de la lignée germinale précocement individualisés (gonoblastes ou gonocytes) parviennent à la région de l'ébauche génitale après une migration des plus complexes. Or ces cellules sont de véritables cellules totipentotielles susceptibles, après fécondation, de donner l'œuf et tous les tissus qui en dérivent. Un trouble dans leur migration, leur permanence en situation ectopique, puis leur développement pathogénétique expliqueraient la genèse des embryomes.

Cette nouvelle théorie ne nous explique plus la simplicité habituelle des tumeurs testiculaires observées dans l'enfance, mais elle interprète d'une façon très satisfaisante deux points essentiels de la question, points que nous n'avons pas encore abordés : c'est d'une part la question des chorio-épithéliomes, et d'autre part l'extrême rareté des glandes génitales dans les tumeurs mixtes.

Le *chorio-épithéliome* représente une variété particulièrement redoutable de dégénérescence des tumeurs mixtes. Chez l'enfant Volkmann (2) en a observé deux cas tout à fait typiques, où l'examen histologique a mis en évidence des formations syncitiales et des cellules polyédriques reproduisant l'aspect de cette variété de tumeur.

Parmi les autres observations publiées n'y a-t-il pas d'autres cas qui se rapportent également au chorio-épithéliome? Nous ne saurions le dire car il s'agit là d'interprétation histologique très délicate : nous n'en voulons pour preuve que le premier cas de Volkmann où le premier examen microscopique conclut à sarcome, le second à adéno-carcinome, et le troisième enfin à chorio-épithéliome.

On sait combien cette question des chorio-épithéliomes a été, et est encore discutée. Certains avec Forgue et Massabuau (3) pensent que c'est un aspect qu'on peut rencontrer dans de nombreuses tumeurs épithéliales ou conjonctives, et qui traduit seulement la prolifération maligne hypéractive et angioclastique des éléments cellulaires. D'autres au contraire, depuis les mémoires de Pick (4) et de Schlagenhaufer (5), estiment que le chorio-épithéliome ne peut se développer qu'aux dépens de l'ectoderme chorial, bref qu'il ne peut exister de chorio-épithéliome sans embryon ou sans embryome.

La nouvelle théorie pathogénique que nous avons exposée expliquerait alors bien la possibilité de telles tumeurs, l'œuf tératologique étant susceptible de donner, comme un œuf normal, des éléments de tous ordres, y compris ceux de l'ectoderme chorial.

Cette théorie explique encore, avons nous dit, la rareté ou même l'*absence de tissu glandulaire* dans

(1) CAUDIÈRE et HENRY. *Gaz. des hôpit.*, 24 nov. 1923.
(2) VOLKMANN. *Virch. Arch. f. path. Anat.*, 1920, t. CCXXIX, p. 362.
(3) FORGUE et MASSABUAU. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1907.
(4) PICK. *Wiener klin. Woch.*, 1902.
(5) SCHLAGENHAUFER. *Wiener klin. Woch.*, 1902.

les tumeurs mixtes, car la glande génitale ne peut se développer que par le concours de deux éléments : les gonoblastes et l'épithélium cœlomique où ils vont aboutir normalement. Un trouble de migration peut donc avoir comme conséquence l'absence du tissu germinal. Nous allons voir que c'est là un phénomène qui paraît fréquent.

3. **Les organes voisins.** — *a.* Le testicule. — Classiquement la tumeur est encapsulée dans le tissu testiculaire, qu'elle repousse vers la périphérie, et la glande se défend contre l'envahissement néoplasique par l'épaississement des tubes séminifères, et l'infiltration de cellules rondes dans les espaces conjonctifs.

Cette description ne paraît pas exacte en ce qui concerne la majorité des tumeurs observées dans l'enfance; malheureusement la plupart des auteurs se contentent de décrire le néoplasme lui-même, et passent sous silence l'état du tissu testiculaire normal.

Pour les tumeurs mixtes, seuls Tachard (1) et Frusci (2) signalent en certains points l'existence de canaux séminifères comprimés par les éléments néoplasiques et plus ou moins altérés. Par contre cinq observations [Athol Johnson (3), Faithorn, Kirmisson, Wimmer, Derocque] précisent que l'examen histologique n'a permis de retrouver aucune trace de tissu testiculaire normal. Cette absence de tissu glandulaire est encore signalée dans trois autres cas où la nature de la tumeur n'est pas absolument certaine et que nous avons classés parmi les cas douteux [Howard Marsh (4), Parker (5), Güntner (6)].

Pour les tératomes la présence de tissu glandulaire est indiquée dans six observations : tantôt la tumeur s'était développée superficiellement de sorte qu'on a pu l'énucléer en laissant le testicule [Picqué (7)], tantôt elle avait pris naissance au centre de la glande dont elle avait refoulé le tissu à la périphérie [Pilate (8)].

Au contraire Corvisart (9), Arcy Power (10), Mauclaire-Hallé (11), ne retrouvèrent pas trace des tubes séminifères.

Bref l'absence complète de tissu testiculaire paraît fréquente dans les embryomes, et particulièrement dans les tumeurs mixtes.

b. L'épididyme. — Classiquement les tumeurs du testicule respectent toujours l'épididyme pendant très longtemps, et durant cette période si cet organe peut être considérablement allongé et étiré, il n'est pas envahi par le néoplasme.

Les tumeurs de l'enfant se comportent-elles de même vis-à-vis de l'épididyme ? C'est bien difficile à dire, car la plupart des observations sont muettes à cet égard.

(1) Tachard. *Gaz. des hôpit.*, 1877.
(2) Frusci. *Giorn. intern. delle scienze med.*, Naples 1879.
(3) Athol Johnson. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1860, p. 161.
(4) Howard Marsh. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1875, p. 138.
(5) Parker. Cité par Schön. *Th. de Leipzig*, 1903.
(6) Güntner. Cité par Schön. *Th. de Leipzig*, 1903.
(7) Picqué. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1898.
(8) Pilate. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1880.
(9) Corvisart. Cité par Verneuil. *Arch. gén. de méd.*, 1855.
(10) Arcy Power. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1887, p. 224.
(11) Mauclaire-Hallé. *Soc. de péd.*, 1902, p. 209.

Parmi les observations de tératomes, deux seulement signalent que l'épididyme était intact, ce qui concorde bien avec le caractère presque toujours bénin de ces tumeurs.

L'état de cet organe est encore signalé dans six observations de néoplasmes de nature douteuse (presque certainement tumeurs mixtes dégénérées) : deux fois il était respecté, quatre fois il était envahi. Cette grosse proportion d'épididymes envahis tient-elle à ce que ces cas ont été observés particulièrement tard ? Il ne semble pas, puisque l'un deux se rappporte à un enfant de trois mois. Il faut donc vraisemblablement incriminer l'évolution extraordinairement rapide de ces tumeurs.

c. Métastases. — Les néoplasmes testiculaires de l'enfant paraissent avoir en outre une *prédisposition marquée à la généralisation*. Comme il est classique de le dire la propagation lymphatique paraît jouer le plus grand rôle, et les métastases ganglionnaires sont de beaucoup les plus fréquentes.

On sait que la lymphe du testicule est portée aux ganglions lombaires où existent, d'après les travaux de Cunéo et Most, deux relais successifs, l'un juxta-aortico-cave, l'autre rétro-aortico-cave. Mais il existe aussi, au-dessous de ce territoire ganglionnaire fondamental, des ganglions auxquels peuvent aboutir les lympathiques venus de la glande séminale. Il existe en particulier un vaisseau qui paraît constant, et qui va se jeter dans un ganglion situé au-devant de la terminaison de la veine iliaque externe.

C'est donc dans les *ganglions lombaires et iliaques* qu'apparaîtront les métastases des tumeurs testiculaires. Ces deux localisations semblent souvent confondues dans les observations, d'autant plus qu'atteignant un volume considérable, les ganglions envahis arrivent parfois à former une masse unique énorme. Ces volumineuses tumeurs rétro-péritonéales qui prennent ainsi naissance sont signalées dans 21 observations.

Mais si les ganglions lombaires et iliaques sont la localisation de beaucoup la plus fréquente de ces métastases, il n'est pas rare que les cellules cancéreuses franchissent cette première étape pour essaimer au delà et généraliser le néoplasme soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine.

Les *autres territoires ganglionnaires* sont pourtant rarement intéressés. Nous n'avons pas vu qu'on ait signalé de ganglions sus-claviculaire envahis comme chez l'adulte, et nous n'avons trouvé qu'un seul cas d'adénopathie axillaire. Quant aux ganglions inguinaux, ils ont été notés six fois ; mais dans deux cas, ils n'apparurent qu'après castration, de sorte qu'on peut incriminer une inoculation au niveau de la plaie opératoire (Volkmann, Schubert). Dans le cas de Baron ils disparurent après l'intervention, aussi peut-on douter fortement de la nature exacte de cette adénopathie. Dans les trois autres cas les ganglions inguinaux étaient certainement néoplasiques avant toute intervention ; mais avaient-ils été envahis par voie rétrograde ? ou le scrotum, dont l'état n'est précisé dans aucune observation, avait-il subi un commencement d'infiltration ?

Si les métastases lymphatiques sont rares au delà des ganglions lombaires, les *métastases viscérales et osseuses* sont extrêmement fréquentes. En dehors de huit cas où leur siège exact n'est pas précisé, nous en trouvons quatre fois dans la glande hépatique, quatre fois dans le poumon, trois fois dans la boîte cranienne, trois fois dans le cerveau, deux fois dans

le fémur, deux fois dans la peau, une fois dans le rein, une fois dans la moelle épinière.

Ces métastases atteignent généralement *un volume considérable*, et on ne peut manquer d'être frappé par l'énorme disproportion qui existe habituellement entre le volume de la tumeur primitive et celui des tumeurs secondaires. Jacubash (1) trouva chez un enfant de cinq ans une énorme masse abdominale pesant 3.600 grammes; l'enfant de Lovett et Councilmann, âgé de moins d'un an, était porteur d'une tumeur cranienne du poids de 1320 grammes.

Quant au *type anatomique* de ces métastases, il n'est généralement pas précisé. L'observation de Lovett et Councilmann est seule complète à cet égard : la métastase cranienne d'un tératome testiculaire constituait une tumeur très complexe dans laquelle on pouvait mettre en évidence les trois feuillets du blastoderme, et où l'on retrouvait de la matière sébacée, des fragments de paroi intestinale et des éléments de la rétine.

(*A suivre.*)

(1) Jacubash. Cité par Steffen. Loc. cit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 AVRIL 1926)

Séance de vacances. Très peu de membres et deux seules communications.

Vaccine. — M. Camus présente à l'Académie l'offre que lui fait M. Chaumier (de Tours) de plusieurs ouvrages et de nombreux autographes relatifs à la vaccine, entre autres une traduction française sur les causes et les effets de la variole-vaccine par Jenner, une lettre de Desgenette sur la petite vérole, enfin une adresse du divan général du Caire à Desgenette pour le remercier de son travail sur la variole.

Ces précieux documents sont destinés au musée de la vaccine de l'Académie.

M. le Président remercie M. Camus.

La génatropine en pathologie digestive. — MM. H. Surmont et Michel Polonovski (de Lille). MM. Max et Michel Polonovski ont créé une série de génalcaloïdes qui sont, à l'heure actuelle, assez nombreux pour que l'on soit autorisé à penser que le blocage de la fonction basique tertiaire ($R \equiv N$) par un atome d'oxygène crée une fonction nouvelle aminoxyde ($R \equiv N = O$) et a d'une façon générale le résultat de diminuer la toxicité des alcaloïdes tout en conservant leurs propriétés thérapeutiques.

Ces génalcaloïdes jouissent de la propriété d'engendrer l'alcaloïde par réduction, soit dans les cellules végétales, soit dans les tissus humains, d'où leur nom.

Se basant sur les résultats fournis par l'étude physiologique de la génatropine, les professeurs Polonovski et Surmont ont étudié ce nouveau génalcaloïde dans les maladies de l'appareil digestif dans lesquelles les médecins emploient depuis si longtemps la belladone et l'atropine.

La conclusion des auteurs est que le clinicien trouvera dans cet aminoxyde d'atropine un produit actif, aisé à manier, non toxique aux doses thérapeutiques, et qui lui rendra les mêmes appréciables services que la belladone et l'atropine employées antérieurement.

Les doses employées par les auteurs ont été de 3 à 6 milligrammes par jour. La douleur est généralement calmée dix à quinze minutes après l'injection sous-cutanée et la disparition définitive des accidents est le plus souvent obtenue après quelques jours de traitement.

Sur la précocité de certains chondromes sacro-coccygiens. — MM. Argaud et Lestrade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 MARS 1926)

Trois cas d'omoplate ballante avec compression du plexus brachial. — M. Mauclaire, après la communication de M. Mathieu sur ce sujet, apporte trois observations de malades chez qui il a pratiqué la suture des deux omoplates l'une à l'autre, après avivement, opérations suivies de bons résultats.

A propos de l'ostéosynthèse. — M. Auvray apporte, d'après ses expertises, le résultat de son expérience en matière d'ostéosynthèse; pour la jambe, il a constaté sur 6 cas 1 seul cas mauvais, 5 bons résultats; pour la cuisse, sur 8 malades, 3 non opérés, 5 opérés, les résultats par les deux méthodes laissent à désirer; il persiste du raccourcissement, de l'impotence, des troubles trophiques, etc.

M. Auvray insiste sur l'importance de la perfection de la technique et de l'instrumentation pour pratiquer de telles interventions.

A propos des abcès intraosseux. — M. Arrou rapporte un cas rare examiné par lui, chez un homme de quarante ans, d'un abcès intraosseux au niveau de la base de la malléole interne ayant causé une douleur atroce très limitée, provoquée et spontanée, sans rougeur, ni gonflement, ni élévation de la température.

L'intervention, incision et curettage du foyer suppuré intraosseux, a donné une guérison complète, maintenue pendant dix-sept ans.

A propos des complications de la gastro-entérostomie. — M. Hartmann, pour répondre à M. Duval, recherche l'explication du circulus viciosus et conclut à une théorie mécanique; il pense qu'il faut en chercher les causes dans une faute de technique probable.

Il pratique la bouche anastomotique le plus près de la lésion afin d'éviter les mauvais fonctionnements de cette bouche.

M. Cunéo étudie les vomissements postopératoires dus pour lui à la compression du duodénum sur la corde mésentérique; il fait placer les malades dans le décubitus ventral et voit presque toujours après cette manœuvre cesser les accidents.

Trois cas d'inversion utérine par fibrome. — M. Hardouin (de Rennes) apporte trois cas d'inversion utérine dus à des fibromes; deux cas se sont terminés par la guérison; le troisième, inversion chez une femme de quarante ans, dû à un polype fibreux sphacélé, terminé par la mort après hystérectomie vaginale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 MARS 1926)

Augmentation de l'alcalinité de la bile et de sa teneur en Co^2 après injection de bicarbonate et consécutivement au retour du sang à l'équilibre. — MM. P. Carnot et Gruzewska. Les auteurs ont augmenté par des injections massives de bicarbonate de soude les réserves alcalines du sang, et étudié comparativement les conditions dans lesquelles s'effectue l'élimination des bicarbonates par le foie et le rein. L'excès du bicarbonate de soude dans le sang passe, en partie, dans la bile; si le taux de ce sel introduit est très fort, cette élimination dure très longtemps. On conçoit que, dans ces conditions, l'augmentation prolongée de la concentration ionique de la bile peut amener des pertubations dans le fonctionnement du foie.

D'autre part, la courbe de l'élimination des bicarbonates par la bile et par les urines ne coïncide pas avec la courbe d'hyper-

alcalinité du sang : elle la suit et est infiniment plus longue. L'analogie de ce fait avec l'hyperglycémie sanguine provoquée par l'adrénaline, qui précède la glycosurie, est frappante. Il faut admettre, vu le faible excès de la réserve alcaline du sang, une à neuf heures après l'injection d'une quantité importante de bicarbonate, que ce bicarbonate est dispersé et retenu momentanément dans les tissus et qu'il n'est repris par le sang qu'au fur et à mesure de son élimination.

A propos des tracés électriques d'insuffisance myocardique. — MM. A. Clerc et Robert Lévy insistent sur l'importance pronostique présentée par certains électrocardiogrammes atypiques, où tous les incidents s'aplatissent ou s'élargissent au point de ne constituer que de faibles oscillations autour de la ligne isoélectrique. Bien que plusieurs auteurs aient voulu expliquer les anomalies en question par un *bloc des arborisations* terminales des branches du F. de His, l'anatomie pathologique n'a pas fourni d'argument décisif et les faits s'expliquent mieux par la fatigue musculaire, opinion en faveur de laquelle plaident aussi les intéressantes expériences de Laubry, Walser et Deglaude.

Dans tous les cas sur 19 malades observés, 19 sont morts en quelques mois ou en quelques semaines et les 8 survivants, plus récemment observés, présentent encore des troubles graves d'insuffisance cardiaque progressive. Il s'agit là d'un argument en faveur de la valeur croissante que prend l'électro-pronostic en cardiologie.

L'appareil de Golgi des cellules génitales mâles d'hélix et des autres pulmonés. — MM. M. Parat et J. Painlevé montrent que les spécialistes de l'appareil de Golgi (Gatenby, Avel) ont confondu des mitochondries spécialisées avec des éléments de l'appareil et qu'en réalité celui-ci se ramène au vacuome. Il n'y a donc dans les cellules génitales comme dans les cellules somatiques que deux constituants cytoplasmiques fondamentaux : chondriome et vacuome.

L'appareil de Golgi des cellules génitales mâles du discoglosse et du cobaye. — MM. Parat et E. Gambier montrent que l'erreur commise dans l'hélix se retrouve chez les vertébrés inférieurs (discoglosse) et supérieurs (cobaye).

Double chronaxie du système optique de l'homme. Lois d'Hoorweg. — MM. Georges Bourguignon et René Dejean confirment leur premier travail sur cette question en faveur des lois d'Hoorweg qui, par leur régularité, confirment des mesures directes de chronaxie. Il y a bien deux chronaxies, l'une de $1^{\sigma}2$ à $1^{\sigma}8$ qui correspond à l'excitation de la périphérie de la rétine, et l'autre, de $2^{\sigma}2$ à $2^{\sigma}8$, qui correspond à l'excitation de la fovea; la première donne un phosphène localisé à la périphérie, la deuxième un phosphène localisé au centre.

Phosphènes locaux et phosphènes à distance. — MM. G. Bourguignon, Max Courtaud et René Dejean montrent que lorsque l'électrode est voisine de la papille le phosphène apparaît dans le secteur de l'œil diamétralement opposé à celui où est l'électrode. Au contraire, quand l'électrode est loin de la papille, le phosphène se localise sous l'électrode. Ils pensent donc exciter d'une part la papille, et d'autre part les parties terminales de l'appareil sensoriel. La chronaxie est la même pour les phosphènes locaux que pour les phosphènes à distance; sa valeur ne dépend que de la localisation centrale ou périphérique du phosphène. Les différents neurones du système optique sont donc isochrones à l'état normal. Il n'en est pas de même en pathologie, comme nous le verrons dans un prochain travail.

Soufre et pigment surrénal. — MM. Loeper, Lesure et Tonnet pensent qu'une partie du soufre du sang est fixé par la glande surrénale. Ils mettent en évidence dans le parenchyme glandulaire jusqu'à $0^{gr}19$ p. 100 de soufre total, chiffre inférieur à celui donné par le foie mais égal à celui du thyroïde et supérieur à celui du rein. Ce soufre est pour 60 p. 100 à l'état de soufre neutre. Une partie de ce soufre est dans les cellules mêmes de la glande. Une autre contribue à former le pigment. Ce pigment est soluble dans le chloroforme; il contient 0,10 p. 100 de soufre, 0,11 p. 100 de fer, 0,028 d'acide aminé et 0,35 p. 100 d'azote total. Sa richesse en azote est inférieure, sa richesse en soufre égale et sa richesse en fer supérieure à celle du tissu surrénal. C'est un pigment sulfoferro-azoté à substratum lipoïdique qui s'accroît dans l'hémolyse.

— M. Pettit, désigné par le gouvernement pour fonder une filiale de l'Institut Pasteur au Canada, résigne les fonctions de secrétaire général qu'il occupait depuis dix-sept ans et les quitte avec regret.

Après les remerciements du président M. Henneguy, à l'unanimité M. Pettit est nommé secrétaire général honoraire.

— Société de biologie de Lyon (séance du 15 mars 1926) :

Modifications produites dans la sensibilisation du cobaye à l'ovalbumine par l'administration d'extraits endocriniens des albumines. — MM. Fernand Arloing, L. Langeron et P. Mounier ont étudié l'action exercée par des extraits endocriniens désalbuminés sur les phénomènes de choc expérimentaux du cobaye à l'ovalbumine.

Trois cas sont à considérer :

1° Dans le choc anaphylactique vrai, l'hypercrinisation par l'hypophyse avant l'injection sensibilisante renforce nettement le choc sous-dural à l'ovalbumine. L'extrait de thyroïde l'atténue légèrement et celui de surrénale d'une façon manifeste. L'ovaire et le testicule sont sans action marquée.

2° Le choc anaphylactique est aggravé par l'administration de pitruitine pendant la sensibilisation. La thyroïde n'influe que légèrement, la surrénale l'atténue. L'ovaire et le testicule sont sans influence.

3° En dehors de l'anaphylaxie, les extraits endocriniens peuvent créer l'hypersensibilité sans sensibilisation du sujet à l'égard d'un choc protéique sous-dural de première injection. Dans ce cas, non seulement l'hypophyse exerce une action favorisante, mais la surrénale aggrave aussi le choc. La thyroïde et les glandes génitales sont inactives.

Ces faits permettent d'envisager l'action probable de certaines hyper ou hypoendocrinies dans les phénomènes de sensibilisation, d'anaphylaxie et de choc.

Réaction chimique (pH) des dissolutions aqueuses de quelques sels alcalins et alcalino-terreux. — MM. Chanoz et A. Chevallier ont étudié le pH d'un grand nombre de sels purs. Cette mesure montre rarement la neutralité, mais parfois l'alcalinité et fréquemment l'acidité des solutions. Dans ce dernier cas, c'est le plus souvent la présence de CO^2 qui est en cause.

Sur les modifications de la réaction et de l'azote ammoniacal dans les cultures homogènes du bacille tuberculeux humain A en milieu défini à base d'ammoniaque. — MM. P. Courmont, A. Morel et I. Bay, à l'Institut bactériologique de Lyon, poursuivant en milieu chimiquement défini leurs recherches sur les cultures homogènes de bacille tuberculeux humain, ont constaté qu'en milieu où l'azote est fourni sous la forme de sel ammoniacal et où la réaction est maintenue acide à l'origine ($pH = 6,2$), le développement du bacille s'accompagne au bout d'un mois d'une variation de la réaction ($pH = 5,7$) plus considérable qu'en milieu peptoné et d'une diminution de la teneur en ammoniaque.

Sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye après hémithyroïdectomie. — M. P. Delore a voulu vérifier si chez le cobaye l'ablation d'une moitié du corps thyroïde ralentit l'évolution de la tuberculose; quinze cobayes subirent l'hémithyroïdectomie à des dates variées précédant l'inoculation de trois mois à trois semaines. La cicatrisation étant terminée, ils furent tuberculisés ainsi que quatre animaux témoins. Neuf opérés succombèrent avant les témoins avec une tuberculose généralisée; les autres moururent dans le même laps de temps que les témoins. L'expérience est passible d'objections, mais il en est de même de toutes les expériences rapportées jusqu'ici, qu'il s'agisse de thyroïdectomie totale ou partielle ou d'irradiations de la région thyroïdienne. En réalité, l'expérimentation n'a encore rapporté aucun fait concluant sur l'influence du corps thyroïde sur la tuberculose et ne permet pas d'affirmer que l'hypothyroïdie soit un facteur de résistance à la tuberculose. Quant à la clinique, elle fournit des présomptions, mais n'a apporté elle aussi aucune donnée indiscutable.

Sur la viscosité et les propriétés optiques du sérum sanguin alcalinisé. — MM. Cluzet et Chevallier. Les modifications physiques que subissent les micelles du sérum de cheval normal, lorsqu'on augmente progressivement l'alcalinité par addition de soude, se manifestent par une augmentation très importante, suivie d'une diminution, de la viscosité et de l'absorption de la lumière; la diffusion augmente aussi d'abord, mais elle se maintient ensuite sensiblement à une valeur constante.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1926)

Greffe testiculo-thyroïdienne pour atrophie testiculaire double. — M. Dartigues. Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui présente une atrophie complète des deux testicules, survenue à l'âge de quatorze ans, et dont il est difficile de reconnaître la cause. Type eunucoïde et phénomènes hypophysaires ayant entraîné un certain degré d'acromégalie. Opothérapie orchitique préalable sans résultats. M. Dartigues fait une greffe mixte, à la fois testiculaire et thyroïdienne avec des greffons prélevés sur un cynocéphale. Malgré l'état hémophilique du malade, il a très bien guéri et déjà il présente une amélioration au point de vue fonctionnel. Cependant M. Dartigues ne présente aujourd'hui ce malade, vu et examiné préopératoirement par Léopold-Lévi, que sous le rapport chirurgical, voulant surtout montrer qu'une greffe parenchymateuse hétérogène est possible et conserve une vitalité réelle. Cet exemple montre indéniablement, comme tant d'autres cas l'ont montré à ce chirurgien, la tolérance de l'organisme pour la substance étrangère greffée suivant les principes de Voronoff.

M. Le Fur a observé un cas dans lequel une greffe a pris malgré l'hémorragie et le peu de vascularité du plan dans lequel il a agi; à ce propos, il rappelle le cas personnel d'un testicule presque séparé du cordon qui, ayant été conservé, ne se sphacéla pas. La circulation a dû se rétablir par des anastomoses périphériques du niveau de la surface cruentée des bourses.

M. Peugniez. Les deux observations de MM. Le Fur et Dartigues ne se distinguent pas seulement parce que l'une est une auto-greffe et l'autre une hétéro-greffe. M. Le Fur a placé le testicule isolé par l'opération sur une cavité créée par le bistouri, cruentée, et il est assez facile de comprendre comment s'est faite la nutrition de ce testicule entouré partout d'éléments vasculaires prêts à s'anastomoser avec les capillaires de sa propre surface.

M. Molinéry est très frappé du résultat psychique que le malade a remporté de ces deux greffes. Il y a huit mois, M. Dartigues a opéré un de ses malades âgé de treize ans, présentant une dystrophie thyroïdienne et une dystrophie testiculaire, mais en même temps tous les signes du crétinisme. Or, le père a écrit à M. Molinéry, il y a cinq jours, que les phénomènes psychiques heureux sont tels que, si leur amélioration continue, son enfant ne sera plus le malheureux infirme qu'il a été jusqu'à maintenant.

M. Léopold-Lévi. Le sujet présenté par M. Dartigues est un eunucoïde, légèrement obèse par atrophie testiculaire bilatérale, avec instabilité thyroïdienne, instabilité hypophysaire. Le résultat, au point de vue chirurgical, est très bon. L'avenir fera connaître les résultats ultérieurs au point de vue physiologique.

M. Dartigues a, dans ce cas, fait une nidation soigneuse des greffons; les greffons ont pris, malgré une hémorragie d'ordre hémophilique. Ce qui est remarquable, c'est qu'une telle substance hétérogène puisse vivre et ne pas déterminer d'infection : c'est là un fait d'une portée incalculable au point de vue biologique. Cependant, chez les femmes, l'auteur n'a pas encore osé mettre des greffons ovariens hétérogènes en pleine cavité péritonéale. Il a essayé la greffe féminine dans les grandes lèvres et sur l'utérus, sans ouvrir le péritoine, par colpotomie antérieure. Le malade présenté a des érections et son esprit et ses sens s'ouvrent déjà à la génitalité et aux choses sexuelles sans compter que son intelligence s'affermit et s'agrandit.

Accidents locaux de la médication bismuthée. — M. Galliot.

Traitement du pied bot chez l'enfant âgé et chez l'adulte. — M. André Trèves considère que l'astragale est la clef du traitement. Son ablation sous-cartilagineuse avant huit ans, complète ensuite, représente dans l'immense majorité des cas le seul sacrifice osseux nécessaire. Il y ajoute l'allongement du tendon d'Achille (mais jamais de ténotomie après deux ans) et la section de l'aponévrose plantaire. C'est seulement dans le pied bot varus équin invétéré grave de l'adulte n'ayant jamais subi de traitement que l'intervention peut être plus importante. M. Trèves commence toujours par enlever l'astragale et complète peu à peu les sections osseuses, tendineuses ou ligamentaires, mais ne pratique jamais la tarsectomie classique. Plusieurs photographies de malades traités avec d'excellents résultats sont présentés à l'appui de cette communication.

M. Peraire estime qu'il est des cas où l'ablation seule de l'astragale est insuffisante, surtout chez les adultes, quand il y a des déformations osseuses. La tarsectomie alors s'impose. C'est à cette tarsectomie que M. Peraire a eu recours bien souvent chez des malades opérés préalablement d'astragalectomie simple. Le bloc osseux se reforme comme le montrent plusieurs radiographies; d'ailleurs M. Trèves sera peut-être de cet avis; dans une de ses observations, en plus de l'astragale, il fut obligé d'enlever une partie du scaphoïde.

M. Rœderer pense que, dans un grand nombre de cas, il suffit d'opérer sur l'astragale et qu'on peut réserver la tarsectomie pour plus tard.

Le massage des vésicules séminales. — M. J. Zadok.

Du traitement par la diathermie de certaines contractures névropathiques rebelles. — M. Robert Dubois.

Nymphomanie. — M. Peugniez présente l'observation d'une malade atteinte de nymphomanie avec fugues et perversion des idées et des actes, guérie radicalement par une hystérectomie vaginale, avec extirpation des ovaires.

Le lipiodol au point de vue radiographique en urologie. — M. Le Fur.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(SÉANCE DE FÉVRIER 1926).

Syndrome parkinsonien unilatéral et arthrite de la hanche. MM. M. Roger, J. Reboul-Lachaux et Bonnal présentent une femme de cinquante-cinq ans atteinte de syndrome parkinsonien gauche à tremblement prédominant, avec arthrite chronique de la hanche du même côté. Cette répartition de l'association morbide est en faveur du rôle joué par les lésions du système nerveux dans le développement des arthropathies (Charcot et Brissaut, Sicard et Lhermitte). Par ailleurs, la constatation sur la radiographie de la hanche gauche d'anomalies du cotyle, de surélévation légère de la tête fémorale associées aux lésions de rhumatisme chronique, d'une part, l'existence d'une luxation congénitale complète de la hanche droite avec raccourcissement du membre, aspect gracile de la diaphyse fémorale et déformation en escalier de l'os coxal, d'autre part, sont en faveur du rôle, mis en lumière par Calot, des subluxation congénitales dans la pathologie de la hanche. Chez la malade présentée, deux facteurs auraient ainsi localisé l'atteinte rhumatismale de la hanche gauche : l'un osseux, congénital, subluxation légère, l'autre nerveux, acquis, lésions centrales causes du syndrome parkinsonien.

Tuberculose cutanée à foyers multiples. — MM. Paul Vigne, A. Fournier et Plantevin présentent une malade de vingt-six ans dont l'affection a débuté, il y a cinq ans par un lupus de la face. Actuellement le lupus a envahi toute la face détruisant le nez et les paupières et s'accompagne de nombreuses lésions bacillaires et gommeuses sur le cou, les bras

et les avant-bras. Cette malade, traitée par l'éther benzylcinnamique depuis six mois, s'améliore nettement.

Insertion vélamenteuse du cordon. — MM. J. R. HENRY, A. RATHELOT et BRUGEAS présentent un placenta provenant d'un accouchement en O. I. G. A, chez une primipare. Enfant né étonné. L'examen du délivré montre : une insertion vélamenteuse du cordon à 10 centimètres du placenta, une grosse veine variqueuse du volume du petit doigt silonnant les membranes de l'insertion du cordon à l'un des pôles du placenta. De ce tronc partent de grosses ramifications qui courent sur l'œuf avant d'atteindre le placenta. L'insertion du cordon est à quelques centimètres de l'orifice des membranes, ce qui explique la souffrance du fœtus par compression de ces veines au moment de l'accouchement.

Tête d'enfant hydrocéphale ayant contenu 5 450 grammes de liquide. — MM. J. R. HENRY, A. RATHELOT et BRUGEAS.

Cancer de la prostate. Radiumthérapie. Guérison actuelle. — MM. CHAUVIN, ZUCC, et PAOLI.

Autour de l'énigme de l'instinct. Réponse à une offensive contre le naturaliste J.-H. Fabre. — M. J. POUCEL. Si quelqu'un aurait dû échapper à la crise de dénigrement des grands hommes qui sévit en ce moment, il semble que ce dût être le modeste naturaliste J.-H. Fabre. Il n'en est rien. Quelques hommes de science l'attaquent comme naturaliste, écrivain, philosophe, et même comme homme. Il est impossible que dans une œuvre aussi vaste que les *souvenirs entomologiques* il n'y ait des lacunes et même des erreurs. Mais ce sont là de minimes défaillances en regard de la riche moisson de faits nouveaux apportés à la vie psychique des insectes. Les détracteurs de Fabre n'ont été heureux ni dans leurs critiques, ni dans leurs essais de théorie de l'instinct à lui opposer. Ils n'ont pu ébranler son édifice. Son œuvre demeure pour les médecins la plus belle introduction à la biologie humaine.

Myoclonie diaphragmatique périodique. — MM. H. ROGER et J. REBOUL-LACHAUX présentent un homme de trente-sept ans atteint, depuis un an, de secousses diaphragmatiques bilatérales, survenant au rythme de 35 à 50 par minute, en salves irrégulières, avec bruit de hoquet intermittent, persistant pendant le sommeil et rebelles à la thérapeutique ordinaire. Ces secousses se produisent par accès durant une dizaine de jours avec période intercalaire de durée égale. Le malade a présenté, il y a quatre ans, des phénomènes analogues qui ont duré deux mois. Chaque crise est immédiatement précédée d'une hydrorrhée nasale très abondante qui dure quelques heures. A cause de ce dernier symptôme et en l'absence de tout antécédent névraxitique comme de toute affection abdominale ou thoracique cliniquement ou radiologiquement constatable, les auteurs pensent à la nature anaphylactique des troubles déclanchés à la faveur d'une épine irritative des voies aériennes supérieures et exprimés par un mécanisme réflexe analogue à celui du hoquet.

Un cas de fibrinurie. — M. CHAUVIN. Fibrinurie massive avec coagulation des urines en gelée chez un malade qui fut néphrectomisé pour cancer du rein, type hypernéphrome.

Confusion mentale et tuberculose. — M. WAHL.

Ulcère tuberculeux de la langue. — MM. J. COMBES et P. VIGNE.

Un cas de rupture intra-péritonéale de la vessie. — MM. CHAUVIN et LAHAYVILLE. Il s'agit d'un jeune Arabe de vingt-huit ans, venu à pied à l'hôpital, trente-huit heures environ après avoir reçu des coups de pieds dans le ventre, à la suite desquels il n'a uriné qu'un peu d'urine mêlée de sang. Les signes cliniques font croire à une rupture extra-péritonéale de la vessie, diagnostic que l'intervention redresse. La lésion était un éclatement intrapéritonéal de 6 centimètres environ qui est suturé en trois plans. Une sonde à demeure est laissée en place quatorze jours et la guérison est obtenue. Les auteurs font des remarques sur le choc minime qu'a éprouvé le malade, sur la tolérance relative du péritoine vis-à-vis de

l'urine. Au point de vue opératoire, ils insistent sur les facilités que donne à la suture la transformation de la brèche, de longitudinale en transversale; par étirement bilatéral et sur l'importance d'un plan de péritonisation soigneux. Enfin ils font ressortir les heureux résultats, dans leur cas, d'une intervention qui comporte habituellement pour ce genre de lésions, opérée après trente-six heures, une léthalité de 40 p. 100 environ.

Quatre observations de grippes graves chez des nourrissons. — M. Fernand TRABUC.

PRATIQUE MÉDICALE

LE SUPPOSITOIRE EST, POUR CERTAINS MÉDICAMENTS, LE MEILLEUR MODE D'ADMINISTRATION

La voie rectale présente pour l'administration de certains médicaments une supériorité marquée sur l'absorption par la voie digestive supérieure.

La résorption médicamenteuse est, en effet, bien différente suivant que l'on utilise l'une ou l'autre. L'anatomie explique ces différences. Introduit par la bouche, le médicament, solubilisé dans l'estomac ou le grêle, se résorbe surtout au niveau de ce dernier et passe dans la circulation générale par l'intermédiaire des veinules aboutissant à la mésaraïque, puis à la veine porte et au foie. Il peut encore pénétrer par l'intermédiaire des chylifères et du système lymphatique. Dans le premier cas, le corps ainsi introduit dans l'organisme ne parviendra aux organes qu'il doit influencer qu'après passage du barrage hépatique qui le retiendra en partie, l'éliminera ou le modifiera. Dans le second cas le trajet sera plus court, les chylifères aboutissant au canal thoracique qui, se déversant dans la veine cave, lance le médicament dans la circulation générale; mais on sait que par cette voie ce sont surtout les graisses qui sont absorbées, c'est donc la voie des médicaments lipo-solubles.

Par la voie rectale, deux cas peuvent se produire. Si le corps médicamenteux est administré dans un lavement, celui-ci remontant assez haut dans le côlon sera absorbé par les mésaraïques ou par les veines hémorroïdales supérieure ou médiane; le processus sera à très peu près le même que par l'absorption buccale. Mais si le médicament est administré en *suppositoires* ou avec un *petit lavement*, les choses se passeront autrement : restant alors en contact avec la partie basse du rectum, il sera presque exclusivement résorbé au niveau de l'hémorroïdale inférieure par ses nombreux rameaux anastomotiques ; or, l'hémorroïdale inférieure *gagnant directement la circulation cave et le cœur*, l'absorption par son intermédiaire est presque équivalente à une injection intraveineuse. Une intraveineuse qui serait très lente évidemment, durant les vingt ou trente minutes pendant lesquelles se fait l'absorption; mais ce n'est point là un désavantage, bien au contraire.

Cette résorption rectale parasphinctérienne se différencie notablement de l'absorption par voie sous-cutanée ou intramusculaire, qui a lieu surtout par l'intermédiaire des lymphatiques.

La voie rectale basse est donc la plus rationnelle pour l'administration des médicaments *solubles dans l'eau*, lorsque l'action de ceux-ci doit être rapide et non modifiée par les sucs digestifs ou le passage au foie. On utilisera alors, soit le suppositoire, soit le petit lavement de 10 à 15 centimètres cubes à garder. Le suppositoire a l'avantage de la commodité de son administration. De plus, par son excipient gras, il réalise pour certains produits hydro et liposolubles la double absorption veineuse et lymphatique, la première agissant sur l'ensemble de l'économie, la seconde plus localement.

Ainsi s'expliquent les remarquables résultats calmants obtenus avec les suppositoires d'hémypnal, aussi bien dans l'accouchement que chez les opérés, notamment dans les interventions du petit bassin et chez les urinaires. Pour ces derniers ils seront utilisés avec succès, soit préventivement pour faciliter les petites interventions telles que urétroscopies, cystoscopies, etc., soit après l'opération (en particulier après la prostatectomie avec tamponnement de la loge) ou vingt ou trente minutes avant le retrait des mèches. Après les hystérectomies, colpotomies, périnéorraphies, les mêmes heureux résultats sont observés. Il convient de noter le *caractère très anodin* de cette médication calmante et analgésique, beaucoup moins nocive pour le foie et le rein qu'une injection de morphine, ce qui en fait le calmant de choix chez les hépatiques et les rénaux.

A. J.

REVUE DES THÈSES

A propos du traitement chirurgical des ulcères perforés gastro-duodénaux (1), par le docteur Pierre GAY.

Cet important travail est basé sur les observations du docteur Lapointe (hôpital Saint-Antoine) et du docteur Lagoutte (Le Creusot), soit au total 61 observations dont 45 inédites. De cette étude il tire les conclusions suivantes :

Tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue de la technique et du pronostic, il faut séparer les ulcères du canal duodéno-pylorique des ulcères perforés du corps de l'estomac et de la petite courbure, ces derniers semblant d'une gravité plus grande.

La perforation de l'ulcus duodénal nous semble plus fréquente que la perforation des ulcères gastriques.

La perforation des ulcères gastriques semble d'autant plus fréquente qu'on se rapproche davantage du pylore.

L'ulcus du duodénum perforé est en général petit, l'orifice étroit, l'induration sous-jacente en général très limitée, parfois même dans le voisinage de la perforation les tissus ont leur souplesse normale. L'ulcus perforé de l'estomac éloigné du pylore présente un orifice de perforation souvent plus large, l'induration périphérique est en général plus étendue que dans les cas d'ulcus du duodénum. Il s'agit le plus souvent d'ulcus calleux.

Cependant plus l'ulcus perforé se rapproche du pylore, plus il semble perdre ses caractéristiques gastriques pour prendre celles de l'ulcus perforé duodénal.

L'état des tissus voisins de la lésion semble être fixé par le siège de l'ulcus et non par l'âge de la lésion. La suture simple semble être l'intervention de choix dans les perforations gastro-duodénales en réalisant le traitement de la complication de l'ulcère avec le minimum de choc, le minimum de temps. Elle est donc conforme au principe classique qui doit guider dans toute intervention d'urgence.

Elle est applicable à la presque totalité des cas du fait de la forme anatomo-pathologique de l'ulcère perforé qui, sur le canal duodéno-pylorique, est en général peu induré et de petite dimension.

Elle est encore applicable dans les trois quarts des cas de perforation du corps de l'estomac et de la petite courbure grâce à la plicature large de l'estomac.

Faite suivant les règles, elle n'expose pas à la déhiscence secondaire, ni par conséquent aux abcès sous-phréniques et à la péritonite tardive, plus que toute autre intervention.

Les troubles mécaniques sont extrêmement rares quoique le rétrécissement anatomique du pylore et du duodénum du fait de la suture soit d'une extrême fréquence. La plicature se nuit en rien à la mécanique gastrique.

Les résultats précoces de la suture simple sont meilleurs que ceux de toute autre méthode. Les résultats tardifs peuvent se comparer sans désavantage avec ceux des autres méthodes.

Traitement du rachitisme (2), d'après les modalités cliniques de cette affection, par le docteur Louis JAMET.

Le traitement du rachitisme a été l'objet de modifications considérables dans ces dernières années (rayons ultraviolets, cure hélio-marine).

On trouvera dans cet intéressant travail une mise au point des indications des diverses méthodes thérapeutiques du rachitisme selon l'âge et les formes cliniques de la maladie.

M. LANCE.

(1) *Th. de Paris*, 1925, Amédée Legrand, éd.
(2) *Th. de Paris*, 1925-1926.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Rist, Ribierre, Widal, Chiray, Aviragnet, Laignel-Lavastine, Chevrier, Jeanselme, Lemaire, Weil (Emile), Sézary.

— Hôpital Boucicaut. — Le Conseil municipal de Paris, sur le rapport de M. de Fontenay au nom de la cinquième Commission, a émis l'avis qu'il y avait lieu :

« 1° D'approuver le projet relatif à l'agrandissement de la maternité de l'hôpital Boucicaut;

2° D'imputer la dépense, évaluée à 792.000 francs : *a.* pour 200.000 francs, sur la subvention départementale de 10 millions allouée pour l'extension des services hospitaliers; *b.* pour 500.000 francs, sur la subvention allouée à l'administration générale de l'Assistance publique sur l'emprunt de 900 millions; *c.* pour 92 000 francs, sur la subvention allouée à cette administration sur l'emprunt de 1.800 millions, § 2, reliquats;

3° D'imputer la dépense annuelle de fonctionnement, évaluée à 576.000 francs, sur l'ensemble des crédits du budget hospitalier, sauf en cas d'insuffisance de ceux-ci à relever la subvention municipale ordinaire. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Vannes. — Un concours pour une place de chirurgien titulaire des hospices civils de Vannes sera ouvert le 1er juillet 1926 devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Pour tous renseignements, s'adresser avant le 15 juin 1926 au secrétariat des hospices de Vannes, rue de la Loi.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. Tiffeneau, professeur de chimie (P. C. N.) à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er avril 1926, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (chaire vacante).

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — La chaire de clinique médicale à la Faculté libre de Lille (hôpital de la Charité) est déclarée vacante.

Les candidats sont priés d'adresser leurs titres au doyen de la Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours pour un emploi de chef de clinique médicale s'ouvrira à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, le lundi 28 juin 1926.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole huit jours francs avant l'ouverture du concours.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 8 avril 1926 publie (p. 4265 à 4267) un arrêté fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

CENTRE ANTICANCÉREUX DE NANTES. — M. le docteur Henri Lerat, ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine, chirurgien suppléant des hôpitaux, est nommé chirurgien du centre de lutte contre le cancer de Nantes.

COMMISSION CONSULTATIVE DE PROTHÈSE ET D'ORTHOPÉDIE. — Sont nommés membres de la commission consultative de prothèse et d'orthopédie pour l'année 1926 :

MM. les docteurs Rieffel, Clavelin, Ripert, Rœderer et Dellac.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Chapon (de Paris) et Séguinot (de Saintes).

— Les récompenses suivantes ont été attribuées par le

Conseil général de la Seine pour le service des Enfants-assistés :

Médaille d'honneur en argent. — M. le docteur Chambay (d'Alençon).

Médaille d'honneur en bronze. — MM. les docteurs Testu (d'Hesdin), Picandet (de Montmarault), Dotezac (de Saint-Jean-de-Luz), Trapenard (de Bellenaves), Lecat (de Lormes), Mangenot (de Saint-Léger-sous-Beuvray), Sébillotte (de Pouilly-sur-Loire).

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. — Un concours pour la nomination à quatre places de médecin adjoint de dispensaire et deux places de chef de laboratoire adjoint sera ouvert le lundi 17 mai 1926, à 9 h. 30, dans la salle des conférences, au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe), du samedi 24 avril au samedi 1er mai inclusivement, de 10 heures à midi, où ils pourront prendre connaissance des conditions de fonctionnement des dispensaires et des conditions et du règlement du concours.

Les médecins adjoints et chefs de laboratoire adjoints nommés auront pour fonction de remplacer, en cas de maladie, d'absence et pendant les vacances, les médecins titulaires et chefs de laboratoire des dispensaires de la Ligue. Ils toucheront les jours où ils seront de service les mêmes indemnités que les titulaires (100 francs plus les frais de déplacement).

Au cas où des postes de médecin chef ou de chef de laboratoire deviendraient vacants ou en cas de création de nouveaux postes, les médecins chefs, chefs de laboratoire, médecins adjoints et chefs de laboratoire adjoints seraient appelés dans l'ordre de leur nomination à occuper ces nouveaux postes.

Le tirage du jury aura lieu le lundi 3 mai 1926, à 11 heures, au siège de la Ligue.

NOUVELLE SOCIÉTÉ. — On annonce la fondation de la Société Laënnec, à Quimper. Cette Société, fondée par des médecins, des pharmaciens et des vétérinaires du Finistère, a une séance chaque mois ; les comptes rendus des séances sont publiés dans la *Gazette médicale de Nantes*.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. ROUSSY.) — *Cours de technique et de diagnostic anatomo-pathologiques*, par MM. Roger Leroux, chef des travaux ; Ch. Grandclaude et René Huguenin, préparateurs. — Ce cours commencera le lundi 12 avril 1926, à 14 heures, au Laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants, à la même heure.

Le cours comprend 26 séances au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics microscopiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique.

Ils seront exercés, en outre, à toutes les méthodes de fixation, inclusion et coloration nécessaires suivant les cas.

Enfin, chaque séance comportera un exposé théorique accompagné de projections microscopiques et diascopiques concernant les données générales indispensables à l'étude des préparations du jour.

Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété ; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Le droit à verser est de 250 francs.

Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— M. le professeur M. Couto, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, fera le mardi 20 avril, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, une conférence en français sur la « polystéatose viscérale ».

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. P. Lereboullet, agrégé, chargé d'un cours de clinique annexe, fera avec le concours de MM. Boulanger-Pilet et Gournay, anciens internes des hôpitaux, à 10 heures du matin, au pavillon de la diphtérie, à l'hôpital des Enfants-Malades, les lundi 19, mardi 20 et le mercredi 21 avril 1926, une série de leçons sur les questions actuelles de diphtérie.

Lundi 19. — Immunité et réceptivité à la diphtérie. — Réaction de Schick.

Mardi 20. — Etude clinique de l'angine diphtérique et spécialement de ses formes anormales. — Traitement de l'angine maligne par la sérothérapie intensive et l'opothérapie surrénale systématique.

Mercredi 21. — La prophylaxie actuelle de la diphtérie. — La vaccination par l'anatoxine de Ramon.

Le cours est gratuit.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — *Cours de perfectionnement du professeur Portmann*, du lundi 21 juin au samedi 3 juillet 1926. — Ce cours, d'une durée de quinze jours, s'adresse aux praticiens spécialistes et a pour but de les mettre au courant des nouvelles méthodes opératoires et thérapeutiques.

Il est fait par le professeur Portmann avec la collaboration des professeurs Lagrange (ophtalmologie), Petges (syphiligraphie), Rechou (électricité médicale) et des professeurs agrégés Dupérié (clinique infantile), Leuret (tuberculose), Mauriac (clinique médicale), Papin et Jeanneney (clinique chirurgicale) et de M. le docteur Moreau, chef de clinique oto-rhino-laryngologique.

Le cours comprend des séances opératoires, des examens de malades, de la médecine opératoire, des conférences sur des sujets d'actualité et des examens de laboratoire.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine.

Droit d'inscription : 250 francs.

LES VACANCES DU MÉDECIN. — La Société des Eaux d'Evian nous prie d'aviser nos lecteurs qu'elle a décidé de réserver à nouveau cette année à MM. les médecins et à leurs familles des conditions tout amicales au Splendide Hôtel d'Evian, du 1er mai au 10 juin, et à l'Ermitage d'Evian, du 15 mai au 15 juin. Mêmes conditions dans ces deux hôtels après le 15 septembre.

Tous les habitués d'Evian connaissent le confort et l'agrément, tant du Splendide établissement de tout premier ordre, que de l'Ermitage, admirablement organisé pour cures de repos, air et soleil, et l'observance de tous régimes.

Bien vouloir écrire le plus tôt possible à M. l'Administrateur délégué de la Société des Eaux d'Evian, 21, rue de Londres, Paris.

UN CURIEUX CAS DE HERNIE INGUINALE

COMPLIQUÉE D'ÉTRANGLEMENT RÉTROGRADE DE L'INTESTIN

Par E.-A. DARIAU,
Assistant du service de chirurgie de l'hospice Paul Brousse,

et A. SORTON,
Interne du service.

L'étranglement rétrograde de l'intestin est d'ordinaire réalisé par le mécanisme que voici : deux anses s'engagent dans un sac herniaire ; elles sont reliées l'une à l'autre par une troisième qui reste dans l'abdomen ; cet ensemble représente la disposition de la hernie en W. La striction exercée par l'agent d'étranglement intéresse les trois anses, aussi bien les deux anses intrasacculaires que l'anse intermédiaire intraabdominale.

C'est un cas de ce genre que nous venons de rencontrer. La rareté d'une telle disposition légitimerait sans doute cette publication, mais le cas dont il s'agit mérite d'être signalé pour d'autres raisons; c'est d'abord, la longueur exagérée, jamais observée peut-être de l'anse rétrograde; puis, la topographie vraiment déconcertante des lésions gangréneuses observées.

Un homme de soixante et onze ans entre à l'hospice Paul Brousse, dans le service du docteur Chastenet de Géry, pour des signes d'étranglement herniaire. Il porte depuis de longues années une hernie inguino-scrotale double, donnant à la région des bourses le volume d'une tête d'adulte.

Plusieurs chirurgiens ont, à différentes reprises, proposé la cure radicale; le malade a toujours refusé. La masse herniaire, depuis longtemps irréductible est devenue, dans la journée tendue et douloureuse. Depuis quarante-huit heures, il n'y a eu ni selle ni gaz, mais quelques vomissements alimentaires et bilieux.

L'interrogatoire est impossible en raison de l'affaiblissement du sujet. La palpation de la masse scrotale augmente la douleur surtout quand elle s'exerce au voisinage du collet de la hernie droite. Le ventre est légèrement ballonné; la température est à 36°8, le pouls misérable est incomptable.

L'interne de garde porte le diagnostic d'étranglement de la hernie droite et nous demande d'urgence pour opérer.

A l'ouverture du sac s'écoule un liquide citrin assez abondant. Ce sac contient :

1° Le cæcum, l'appendice et la dernière portion de l'iléon;
2° Une anse grêle.

Tous ces organes sont sains. Leur vascularisatlon n'a souffert aucunement de l'étranglement. Il semble qu'il soit indiqué de réintégrer très simplement le tout dans l'abdomen. Mais fidèle à la technique classique nous attirons en dehors pour l'examiner l'anse grêle herniée. La striction n'est pas très serrée, et sans peine nous pouvons faire descendre dans la plaie la partie de l'intestin grêle intermédiaire demeurée dans l'abdomen.

Cette portion de l'intestin nous apparaît uniformément noire, bronzée, manifestement gangrénée, en même temps que se dégage du champ opératoire une odeur infecte sphacélique. Nous sommes surpris de la longueur de cette anse toujours uniformément noire, et avant même de l'avoir complètement extériorisée, nous transformons l'incision inguinale en herniolaparotomie.

On se rend compte alors que l'anse rétrograde baigne dans un liquide louche, hématique, nauséabond.

La résection de ce segment gangréné eût été la seule thérapeutique logique. L'état du sujet ne permettait pas une exérèse aussi étendue, et nous dûmes terminer au plus vite, après avoir simplement levé l'étranglement, vidé l'abdomen de son liquide septique, arrosé les anses intestinales de sérum tiède, et drainé la cavité péritonéale.

Comme on le devine, la mort survint en quelques instants et l'autopsie montra que la portion sphacélée mesurait 2 m 58 de longueur. Les différents viscères, y compris le mésentère, ne présentaient rien d'anormal pouvant expliquer l'origine des accidents.



Cette observation est à rapprocher des faits relatés par Lauenstein, Pupovac, Max Hoffmann et Lauger. Elle ressemble surtout à l'observation que Laroyenne publiait dans ce journal en 1907 (1). Son opéré présentait une hernie anatomiquement superposable à celle de notre malade; tout était sain dans le sac herniaire, seule l'anse intermédiaire intraabdominale était altérée, à un degré moindre cependant que chez notre opéré. L'abdomen contenait aussi du liquide septique. Les deux cas ne diffèrent que par la longueur de l'anse sphacélée : deux mètres chez le malade de Laroyenne.

L'intérêt de cette publication n'est pas seulement d'ordre anatomique; il réside plutôt dans la pathogénie des lésions constatées.

On s'explique difficilement que la constriction au niveau de l'anneau ait pu produire la gangrène de l'anse rétrograde tout en laissant intactes les anses sacculaires.

Que le cæcum soit resté indemne à l'intérieur du sac alors que le grêle s'était sphacélé dans l'abdomen n'est peut-être pas un fait inexplicable. La résistance plus grande de cet organe est connue, et sa structure histologique est assez différente de celle du grêle. Mais le problème devient plus complexe si l'on veut bien se souvenir qu'il existait aussi une anse grêle à l'intérieur du sac sans altération appréciable alors que l'anse intermédiaire abdominale était atteinte irrémédiablement.

Nous devons admettre, pour expliquer cette différence d'aspect qu'un mécanisme surajouté à celui de la constriction au niveau de l'anneau, a dû agir sur l'anse abdominale seule, avec une brutalité suffisante pour en produire le sphacèle rapide.

Laroyenne, dans l'article cité plus haut, émet

(1) L. Laroyenne. Hernie compliquée d'étranglement rétrograde de l'intestin (avec 1 fig.). *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 24. p. 279.

l'hypothèse d'une torsion sur son axe de l'anse abdominale. Il souligne judicieusement qu'elle se prête bien à une telle évolution en raison de sa grande longueur et de la fixité de ses deux extrémités. Mais ce n'est là qu'une hypothèse que les circonstances n'ont pas permis de vérifier.

Nous tirerons de ces faits quelques conclusions pratiques.

Peut-être eût-il été préférable de faire d'emblée une laparotomie chez notre malade. Mais ceci, suppose le diagnostic précis des lésions. Or, ce diagnostic nous paraît impossible dans de telles circonstances. Notre opéré n'avait pas de « signes abdominaux », à peine un très léger ballonnement. Celui de Laroyenne n'en avait pas du tout; l'un et l'autre présentaient les signes cliniques d'un étranglement herniaire très banal.

Mais il apparaît une fois de plus, combien il est nécessaire de ne point laisser dans le ventre, sans l'examiner l'anse intermédiaire d'une hernie en W, et d'une façon générale tout segment d'intestin sous-jacent au collet. C'est parce qu'ils ont négligé l'observation de ce précepte pourtant classique, que certains chirurgiens ont pu assister à la mort inexplicable d'un malade pour qui l'opération trop rapidement conduite, avait fait escompter tout d'abord une guérison certaine.

En présence du sphacèle d'une anse rétrograde, la conduite du chirurgien variera suivant les cas, mais quoi qu'il fasse le pronostic demeure particulièrement grave.

Le seul traitement consisterait dans l'ablation de l'anse malade. L'état général du sujet et l'étendue des lésions interdiront le plus souvent toute tentative opératoire.

Laroyenne a renoncé comme nous à réséquer chez un opéré très fatigué une longue portion d'intestin sphacélé. Il a perdu son malade comme nous avons perdu le nôtre.

Hoffmann et Lauger, plus audacieux, ont tenté la résection malgré tout; leurs malades n'en ont pas moins succombé.

UN CAS DE FRACTURE ISOLÉE DU PETIT TROCHANTER

Par MM. E. STULZ et R. FONTAINE.

(Travail de la Clinique chirurgicale A de l'Université de Strasbourg [Directeur : Professeur R. LERICHE].)

Le 10 novembre 1925, le jeune Wun... (René), élève d'un lycée de la ville, âgé de treize ans, fut amené à la clinique chirurgicale A. Quelques minutes auparavant, au cours de la leçon de gymnastique, il avait pris un élan pour sauter et avait ressenti brusquement une douleur très vive au niveau de la partie antéro-supérieure de la cuisse droite; il tomba, ne put se relever et fut aussitôt transporté à l'hôpital.

A son arrivée, ce garçon, qui était très bien musclé et fort bien développé, se plaignait de douleurs assez vives à la racine de la cuisse; en outre, la palpation révélait un point de douleur exquise, situé à environ 5 centimètres en-dehors et en-dessous de l'épine du pubis.

L'impotence fonctionnelle du membre atteint était assez marquée; avec un peu de peine le malade arrivait pourtant à détacher le talon du plan du lit, mais seulement, tant qu'il était en decubitus dorsal; aussitôt assis, il lui était impossible de fléchir la cuisse sur le bassin; ce signe, décrit autrefois par Ludloff, était très net.

Aussi, en présence de ces deux signes : la douleur exquise dans la région qui correspond au petit trochanter, et le signe de Ludloff, étions-nous amenés à penser à la possibilité d'une fracture isolée du petit trochanter et une radiographie, faite aussitôt, confirma notre supposition (voir figure).



Il s'agissait chez notre malade nettement d'un arrachement du petit trochanter. Les jours suivants aucune ecchymose n'apparut. Le malade fut maintenu au lit sans aucune immobilisation; un mois après son accident, il marchait normalement sans la moindre gêne et sans la moindre douleur.

La fracture isolée du petit trochanter, que Galien déjà semble avoir connue, est rare, et en 1909 encore Feinem n'avait pu en réunir que 4 cas authentiques. Ce n'est qu'en 1920 que parut la première étude, qui se base sur un nombre plus considérable de cas; c'est celle de Ruhl de Francfort, qui disposait de 22 observations. En 1923, à l'occasion d'un cas personnel, Moreau et Lecouturier en réunirent 33, auxquels vinrent se joindre, l'année suivante, 5 nouveaux cas de Balensweig. Notre propre observation serait donc la 39e.

Cette fracture se rencontre aux deux époques extrêmes de la vie; c'est avant l'âge de vingt ans qu'on la voit le plus fréquemment (plus de 80 p. 100 des cas), avant que le point d'ossification du petit trochanter, qui est indépendant des autres centres d'ossification du fémur, ne se soude à cet os. Cette fusion du petit trochanter avec le reste du fémur se fait toujours tardivement, pour certains auteurs seulement vers l'âge de vingt et un, vingt-deux ans.

La fracture du petit trochanter, qui ne se rencontre guère que dans le sexe masculin, est toujours de cause indirecte; Moreau et Lecouturier distinguent les deux possibilités suivantes :

a. Fracture par contraction active du psoas-iliaque, soit pour ramener en avant le tronc entraîné en arrière, soit pour avancer un membre inférieur resté en arrière.

b. Par traction passive du psoas, le psoas formant dans ces cas une corde par l'intermédiaire de laquelle le tronc, fortement et brusquement rejeté en arrière, arrache le petit trochanter.

Au point de vue de la symptomatologie, deux signes seuls possèdent de la valeur; le point douloureux exquis correspondant au petit trochanter et le signe de Ludloff; mais ces signes sont alors tout à fait pathognomoniques et suffisent, s'ils existent, pour assurer le diagnostic.

Le diagnostic ne pourra toutefois être posé avec certitude qu'à l'aide de la radiographie, qui donne une image tout à fait caractéristique, montrant l'ascension toujours considérable du petit trochanter,

Quant au traitement, beaucoup d'auteurs, et personnellement nous avons suivi leur exemple, se sont bornés à la simple immobilisation au lit sans appareil aucun, d'autres ont fixé le membre inférieur en rotation externe, abduction et légère flexion dans les articulations de la hanche et du genou. Quel qu'ait été le procédé employé, les résultats ont toujours été excellents, de sorte que l'ostéosynthèse, dont Julliard avait envisagé la possibilité, nous paraît dans ces cas bien superflue.

BIBLIOGRAPHIE

BALENSWEIG. Traction fracture of the lesser trochanter, *Journ. of bone and joint surg.*, 1924, t. VI, p. 696-703.

FEINEM. Die isolierten Frakturen des Trochanter major und minor, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1909, t. XCIX, p. 444.

JULLIARD. Ueber Isolierte Abrissfraktur des Trochanter minor, *Arch. f. klin. Chir.*, 1904, t. LXII, p. 83.

MOREAU et LECOUTURIER. Fracture isolée du petit trochanter par arrachement, *Arch. franco-belges de chir.*, 1923, t. XXVI, p. 1121-1142.

RUHL. Ueber isolierten Abriss der Trochanter minor, *Beit. z. klin. Chir.*, 1920, t. CXVIII, p. 676.

ACTUALITÉS

LES ACCIDENTS DU BARBITURISME (VÉRONALISME)

Les progrès de la pharmacodynamie ont permis depuis quelques années de préparer par synthèse des somnifères artificiels se rangeant dans diverses séries chimiques. Après les sulfonalides, les plus connus et les plus employés ont été les hypnotiques dérivés de l'urée qui ont trouvé auprès des médecins, et plus encore auprès des malades, la faveur la plus grande. D'une acquisition aisée, à la fois efficaces et, au moins en apparence anodins, ils ont été présentés sous des noms divers désignant des produits très voisins. Le plus connu est le véronal qui a depuis longtemps déjà sa place dans l'arsenal médicamenteux des familles; les autres produits ne s'en distinguent que par la variation dans la molécule de l'acide barbiturique (ou malonylurée) de divers groupements alcooliques destinés à renforcer l'activité de la drogue ou à en atténuer des actions secondaires.

D'un emploi aisé et d'une fidélité habituelle ces médicaments sont peu toxiques en pratique mais les faits ont prouvé qu'ils sont capables de causer des accidents parfois d'une gravité extrême après un emploi immodéré; si aucun de ces produits n'est a priori dangereux, tous peuvent le devenir.

Quel que soit le produit ingéré les accidents sont cliniquement très analogues.

Il est donc préférable d'abandonner la dénomination indûment restreinte d'accidents véronaliques ou de véronalisme; nous emploierons celle *d'accidents barbituriques* et réserverons celui de *barbiturisme* aux accidents subaigus et chroniques qui diffèrent en général cliniquement et même étiologiquement des accidents aigus.

Ce sont les travaux de Tardieu (1) qui ont formé dans la littérature française l'étude la plus complète sinon la première en date des accidents du barbiturisme. De nombreux auteurs après lui, et à l'occasion de l'emploi de divers médicaments de la série uréique ont signalé des accidents analogues.

(1) Cf. TARDIEU. *Th. de Paris*, 1924. Bibliographie importante.

Etiologie des accidents. — L'étiologie la plus commune jusqu'à ces toutes dernières années se référait à l'*intoxication subaiguë ou chronique* engendrée par *l'accumulation*. Il s'agissait habituellement d'un usage trop continu et à des doses parfois croissantes de l'hypnotique, doses destinées à parer à l'accoutumance. Parfois les malades employaient pour ce faire des mélanges d'hypnotiques dont la toxicité croissait fréquemment plus vite que le pouvoir somnifère.

L'accumulation pouvait se trouver facilitée par une sensibilité individuelle ou par une déficience partielle du foie ou du rein.

Dans ces dernières années on a observé, de plus en plus souvent, des *accidents aigus*, parfois mortels reconnaissant plusieurs causes.

Tantôt et rarement une idiosyncrasie particulièrement accentuée, rendant dangereuse une dose habituellement inoffensive.

Tantôt, et sans erreur de dose, l'intoxication a succédé à l'emploi en chirurgie ou en obstétrique de certains hypnotiques uréiques pouvant remplir l'office d'anesthésiques généraux. Ici encore la susceptibilité individuelle joue son rôle.

Tantôt et *de plus en plus fréquemment* il s'agit d'un *suicide*; limitée d'abord à une certaine catégorie sociale l'intoxication volontaire par les barbituriques s'est vulgarisée, suivant dans les divers pays une progression analogue; elle semble cependant rester l'apanage des psychopathes aigus ou chroniques. La toxicomanie semble n'y avoir aucune part, en ce qui concerne tout au moins l'intoxication barbiturique pure.

Doses thérapeutiques et doses toxiques. — Bien que la dose normale varie pour le véronal entre 0gr25 et 1 gramme par vingt-quatre heures (Richaud) et en ne dépassant qu'exceptionnellement 0gr50, on a pu chez des psychopathes donner davantage. Muller a administré sans accident 2 grammes en trois heures dans des cas de délirium tremens et Behrent jusqu'à 8 grammes par jour par doses de 3gr50. C'est là une maniabilité plus apparente que réelle en dehors de cas très particuliers.

Il n'en demeure pas moins que les intoxications sont produites par des *doses singulièrement variables* d'un cas à l'autre; on a même plusieurs fois constaté que des doses énormes ont été moins dangereuses que des doses moyennes, paradoxe que Pouchet attribuait à l'inhibition par le toxique lui-même du pouvoir absorbant de la muqueuse digestive.

L'ensemble des observations montre que la dose *toxique* avec le véronal est *de 1 gramme* au moins; les accidents *mortels* ont pu survenir après ingestion de *2 grammes*; c'est au-dessus de 5 grammes que les accidents sont le plus nombreux et le plus graves. Les doses ingérées, enfin, ont dans certains cas atteint 10 et même 14 grammes.

Les doses dangereuses des autres barbituriques par rapport au véronal sont proportionnées à leurs taux relatifs de toxicité; y interviennent cependant leurs coefficients de solubilité et la qualité des groupements alcooliques et des éléments alcalins adjoints au noyau barbiturique.

On ne peut donc tabler sur la dose de toxique ingérée pour établir un pronostic ferme qui dépend bien davantage de l'état des fonctions hépatique et rénale.

Etude clinique. — Les accidents barbituriques peuvent être groupés selon un double schéma com-

prenant d'ailleurs en commun certains éléments.

Les accidents aigus, habituellement les plus graves, sont caractérisés par le coma plus ou moins profond et qui s'accompagne d'autres symptômes dont certains peuvent ne se déceler que lorsque le syndrome entre en régression.

Les accidents subaigus ou chroniques sont faits de symptômes isolés ou diversement groupés simulant diverses affections du système nerveux et susceptibles d'induire en erreur lorsqu'on ne recherche pas systématiquement les commémoratifs ou les signes d'intoxication.

Barbiturisme aigu. — Les prodromes sont *très brefs*, les accidents graves pouvant débuter *une demi-heure* après l'ingestion du toxique. Le malade présente de l'agitation avec parfois absences et fugues, des vertiges avec titubation ébrieuse et des nausées. Exceptionnellement apparaissent des vomissements où l'on peut caractériser cliniquement le produit ingéré.

La *période d'état* est caractérisée par le *coma* plus ou moins profond mais dont l'*apparition toujours extrêmement rapide* peut être un élément aidant au diagnostic.

Si le coma est léger, le malade est immobile et sans connaissance, mais des excitations assez intenses le tirent assez de sa torpeur pour lui arracher quelques paroles balbutiées ou des mouvements de réaction.

Si, au contraire, le coma est profond des excitations même violentes sont sans résultats. La respiration est lente, profonde, parfois stertoreuse. Le pouls est régulier, un peu fréquent, souvent affaibli. Il existe de l'inertie pharyngée et *constamment des troubles sphinctériens*. La mydriase est habituelle, les réflexes pupillaires faibles ou nuls, les réflexes cornéens absents. Souvent légère élévation thermique. Le visage est tantôt pâle, tantôt congestionné, le malade est couvert de sueurs profuses. Au début et au décours du coma on peut enfin observer des *convulsions*, cloniques ou toniques, tétaniformes ou épileptiformes.

Dans les cas très graves, enfin, existent des soubresauts tendineux, de la carphologie. Le pouls devient fréquent, petit, à peine perceptible, par défaillance cardiaque. La respiration profonde, lente, stertoreuse peut prendre le rythme de Cheyne-Stokes; le myosis est fréquent et dénote la gravité de l'intoxication.

Le reste du tableau clinique est assez effacé dans les formes graves; la plupart des signes n'apparaissent qu'au décours du coma et sont les mêmes que dans les formes moyennes et bénignes.

On peut cependant observer des *troubles urinaires*.

La *recherche chimique du toxique* est toujours *positive* dans l'urine.

L'évolution est en général favorable si la dose ingérée n'est pas trop considérable; le réveil se faisant lentement, le tableau clinique s'enrichit des signes qui caractérisent les autres formes.

Si la mort survient on voit au contraire s'installer une paralysie progressive des muscles respiratoires et la mort survient par *défaillance cardiaque*. La durée d'évolution varie de quelques heures à six jours, la mort survenant le plus habituellement avant le troisième jour.

Elle peut être hâtée par des *complications*, parfois *cardio-vasculaires* ou rénales (néphrite hémorragique dans un cas de Mac Lean), *le plus souvent pulmonaires* : congestion hypostatique avec fièvre, œdème infectieux, parfois syndrome pneumonique avec température aboutissant à l'asphyxie.

Barbiturisme subaigu et chronique. — Son allure polymorphe est due à la variété des associations symptomatiques.

Le coma y revêt en général la forme de *coma vigil* : léthargie diurne calme alternant avec un délire nocturne ataxo-adynamique, confusionnel ou à forme d'onirisme hallucinatoire ; l'aspect rappelle souvent celui d'un délire alcoolique. Lorsque apparaissent chez un habitué des somnifères de la confusion mentale associée à l'oligurie c'est l'indication impérieuse de la cessation immédiate et définitive de la médication devant la défaillance du foie et du rein.

Les *signes urinaires* très importants varient et sont parfois opposés : *oligurie*, *anurie* même le plus souvent, tous signes d'intoxication latente, polyurie parfois, *albuminurie* avec ou sans cylindres, glycosurie.

Dans des cas graves, mais beaucoup plus rarement qu'avec les sulfonalides, on rencontre même de l'hématoporphyrinurie.

Les signes urinaires de défaillance hépatique sont d'importance majeure : *présence de sels et de pigments biliaires.*

Le taux de l'urée sanguine est habituellement exagéré.

La recherche du toxique dans l'urine est toujours positive.

D'autres signes sont moins constants.

Les signes nerveux sont souvent frustes. Stewart, Mac Naughton ont vu des hémiplégies toxiques d'apparition rapide, cessant quand disparaît l'agent toxique. Plus souvent on ne trouve que de la *dysarthrie*, avec crispation spéciale des commissures labiales et rappelant les accidents de la paralysie générale : ou bien c'est seulement de l'*obnubilation intellectuelle*, du *chancellement*, de l'*incertitude dans les gestes*, une accentuation des tics anciens, parfois des *troubles de la mémoire* que l'abstinence du médicament suffit à faire disparaître.

On rencontre aussi des *signes oculaires* : *diplopie*, *polyopie*, *sans dyschromatopsie*, par ophtalmoplégie externe nucléaire, parfois associée à un léger ptosis bilatéral. *Nystagmus* qui succède souvent au coma. Les pupilles sont habituellement *en myosis* dans les formes légères. Les troubles visuels s'associent parfois à des troubles auditifs. A l'examen il y a souvent *dissociation des associations fonctionnelles réflexes* qui rappelle celle que produit le sommeil normal.

L'intoxication peut enfin donner lieu à des *éruptions cutanées*; le plus souvent *érythème polymorphe*, de siège variable mais souvent symétrique, d'autres fois éruptions morbilliforme, scarlatiniforme, bulleuse, urticarienne. Ces exanthèmes n'apparaissent en général que pour des doses inférieures à 2gr50 ; ils s'accompagnent souvent d'urobilinurie et sont *toujours prurigineux*. Ils sont suivis d'une desquamation prolongée.

L'évolution est ici en général bénigne et brève; il suffit de supprimer le somnifère pour faire rapidement disparaître tous les symptômes. Il n'y a jamais de séquelles durables; on peut cependant, pendant plusieurs semaines après la guérison, observer des asthénies diverses (neuropsychique,

génitale, musculaire), de la courbature douloureuse, de la fatigue oculaire à l'accommodation.

Formes étiologiques. — Il y a peu de différences tenant à la nature du produit ingéré.

Avec l'acide diallylbarbiturique (dial) la dépression serait plus profonde dès le début de l'intoxication, ainsi que le tremblement; pendant le coma, les troubles vaso-moteurs périphériques seraient plus intenses; il n'y aurait pas de troubles rénaux.

Dans la forme subaiguë, l'euphorie, les troubles de la parole, l'incoordination motrice et l'apparition de petits ictus faciliteraient la confusion avec la paralysie générale.

Dans les intoxications par le somnifène on retrouve le même tableau de paralysie générale (Flandin). Le réveil serait fréquemment caractérisé par une agitation prolongée (Chevassu).

Diagnostic. — Il n'est aisé que lorsque les commémoratifs sont connus.

Dans les formes aiguës c'est celui de tous les comas en particulier celui de l'*encéphalite épidémique* et des comas toxiques de tous ordres : coma diabétique, alcoolique aussi parfois, mais surtout *coma urémique* auquel l'apparente la nature même du composé toxique, *coma des hypnotiques* non uréiques enfin (chloralidés, sulfonalidés),

Dans les formes subaiguës c'est parfois avec les psychoses alcooliques et surtout avec la *paralysie générale* au début que se pose le problème.

Dans tous les cas, les recherches toxicologiques seront d'un précieux appoint pour la confirmation du diagnostic; le toxique ingéré se retrouve, en effet, constamment dans le *sang, le liquide céphalo-rachidien et l'urine.* Parmi les procédés préconisés le plus employé pour sa fidélité et sa relative simplicité est la *réaction de Fabre* qui repose sur la formation de composés dixanthylés par la mise en présence d'un barbiturique et du xanthydrol.

Pronostic. — Il est difficile à établir en fonction de la dose ingérée (innocuité *relative* des doses les plus fortes), de l'état des pupilles, de la durée du coma, de l'allure des troubles mentaux.

Plus importants sont : la *profondeur du coma, l'aspect clinique des troubles respiratoires, l'apparition de complications, surtout pulmonaires, d'hématuries, d'hématoporphyrinurie.*

Le pronostic dépend surtout étroitement de l'*état antérieur du foie.*

Traitement. — Il s'adresse surtout aux formes aiguës. Si l'on peut intervenir moins de soixante heures après le début des accidents on pourra entraver l'absorption du toxique par un *lavage d'estomac.*

Dans tous les cas on devra au plus tôt procéder à une *saignée de 500 à 600 centimètres cubes* et pendant toute la durée du coma administrer *strychnine, caféine* et tous tonicardiaques.

Sonder la vessie, donner des diurétiques; alimenter le malade par sonde œsophagienne ou rectale, le maintenir en position demi-assise.

Les formes *subaiguës et chroniques* relèvent de mesures plutôt *prophylactiques*, en dehors de la *suppression du médicament* qui va de soi :

Examen rigoureux du foie avant l'emploi de barbituriques; faibles doses; médicaments les plus solubles et les moins toxiques auxquels on associera des substances atténuant leur toxicité sans diminuer leur activité.

Cimbal emploie la formule suivante où phénacétine et phosphate de codéine sont des correctifs et où l'ipéca provoque le vomissement pour tout dépassement de la dose prescrite :

Véronal	0g30
Phénacétine	0g20
Phosphate de codéine	0g025
Poudre d'ipéca	0g10 à 0g15

pour un paquet à prendre dans une grande tasse d'infusion chaude, une heure avant le coucher.

Mais la principale mesure prophylactique contre les suicides serait une *réglementation* de la vente du véronal et de ses succédanés. Cette mesure, déjà en application dans divers pays, serait la plus efficace pour empêcher des accidents qui ne peuvent que discréditer une catégorie de médicaments précieux à divers égards. R. LEVENT.

SOCIETÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 MARS 1926)

Sensibilisation locale aux protéines non spécifiques provoquée par la tuberculine chez les tuberculeux. — M. DE POTTER a recherché l'action de substances non spécifiques telles que bouillon non peptoné, bouillon peptoné glycériné, eau peptonée et extrait de fléole sur des anciennes réactions tuberculiniques (cuti et intradermo-réactions). Celles-ci créent une zone locale d'hypersensibilité susceptible d'entrer en réaction avec ces substances non spécifiques. Toutefois, ces cuti-réactions homéotopiques diffèrent des cuti-réactions homéotopiques tuberculiniques par leur moindre intensité, leur apparition plus précoce et leur plus courte durée.

Intradermo-réactions simultanées à la tuberculine et à diverses substances non spécifiques chez les sujets tuberculeux. — M. DE POTTER a effectué des intradermo-réactions avec la tuberculine, le bouillon non peptoné, le bouillon peptoné glycériné, l'eau peptonée et les extraits de fléole. Il a constaté que le bouillon peptoné glycériné ou le bouillon non peptoné injecté en même temps que la tuberculine chez le même sujet déterminent fréquemment chez les tuberculeux des réactions comparables aux réactions tuberculiniques. Il croit pouvoir en conclure que l'hypersensibilité des tuberculeux s'étend à ces substances protéiques non spécifiques et que le principe actif de la tuberculine n'intervient pas seul dans l'apparition des réactions locales tuberculiniques.

MM. Marcel LABBÉ, P.-L. VIOLLE et AZERAD ont étudié **l'action de la rétropituitrine sur la diurèse chez l'homme normal.**

Ils ont d'abord soumis leurs sujets à l'épreuve de la diurèse fractionnée décrite par Violle. Tous les malades ont répondu normalement à cette épreuve. Le lendemain ils reprenaient la même expérience en injectant auparavant 1 centimètre cube de rétrohypophyse Choay. Ils ont constaté une inhibition nette de la diurèse, inhibition passagère variant entre huit et onze heures environ.

MM. Marcel LABBÉ, P.-L. VIOLLE et AZERAD ont étudié **l'action de la rétropitruitine sur la diurèse de l'homme en état de sommeil.**

On sait que J. Smith et Mc Closky ont expliqué que les résultats divergents obtenus par les premiers auteurs dans leurs recherches sur l'action de l'extrait d'hypophyse, tenaient à la différence d'état des animaux en expérience : état de narcose (polyurie), état de veille (oligurie).

Des recherches entreprises par les auteurs il ressort que chez l'homme normal le sommeil physiologique semble inhiber l'action oligurique de la rétropituitrine.

Localisation du salicylate de soude dans les tissus. — MM. P. CARNOT et R. COQUOIN. L'étude de la localisation du salicylate de soude dans les tissus, et en particulier dans les tissus articulaires et péri-articulaires, a été reprise par les auteurs qui ont utilisé comme moyen d'identification la fluorescence provoquée par les rayons ultraviolets. A l'aide d'écrans de gélatine imprégnée d'argent réduit et en s'entourant de précautions spéciales, ils ont pu fixer photographiquement la répartition du médicament dans l'organe même. Un contrôle chimique est venu confirmer ces données et les auteurs ont pu constater une accumulation véritable dans les tendons, les aponévroses et les cartilages des articulations. Ce fait est particulièrement intéressant pour le thérapeute, étant donnée la grande activité de ce médicament dans le rhumatisme articulaire aigu.

La sédimentation sanguine au cours de la lèpre. — MM. GILBERT, TZANCK et CABANIS montrent que la sédimentation sanguine est manifestement accélérée au cours de la lèpre.

Si l'on considère comme inférieur à 3 l'indice normal de sédimentation, dans les formes chroniques, stationnaires, on obtient des chiffres voisins de 6; dans les formes rapides ce chiffre est considérablement plus élevé, il atteint les indices de 11, 12, 16 et 20.

Ces faits sont à rapprocher des observations de Salomon et Valtis concernant la tuberculose.

Azoturie basale et rapport azoturique. Azotémie basale. MM. Ch. RICHET fils et MONCEAUX étudient le rapport azoturique des chiens soumis à un régime sans matières protéiques. Il est de 75, inférieur au régime azoturique des chiens alimentés normalement.

Ils insistent surtout sur l'azotémie basale c'est-à-dire l'azotémie des chiens mis à ce régime. Cette azotémie est de 20 centigrammes en moyenne, alors que chez les chiens mis au jeûne absolu, elle est de 60 centigrammes et que chez ceux qui sont alimentés normalement elle est de 80, 90 centigrammes au plus.

Eaux minérales et oxydases. — MM. A. MOUGEOT et V. AUBERTOT. Si l'on prend diverses eaux comme milieu, et si l'on compare la vitesse d'oxydation diastasique de l'adrénaline, de la phénolphtaléine réduite, du gaïacol à la vitesse d'oxydation spontanée du pyrogallol et de l'hydroquinone dans ces mêmes eaux, on constate une action zymosthénique des bicarbonatées, alors que les sulfatées calciques sont inactives ou empêchantes. Cette action paraît dépendre des électrolytes et non de la concentration en ions H.

Un nouvel élément agissant curativement dans la syphilis expérimentale : le tellure. — MM. LEVADITI et NICOLAU, en collaboration avec M. Galloway et Mlle Manin, ont étudié l'action curative de dérivés telluriques dans la syphilis expérimentale du lapin et dans la spirochétose spontanée provoquée par le spirochæta cuniculi. L'association du tellure avec le bismuth dans certains minerais (tetradymite ou bornine) les ont conduits à entreprendre ces recherches.

Les dérivés telluriques solubles tels le tellurite de sodium et l'acide tellurique, sont très toxiques pour le lapin. Véritable poison du sang, ils déterminent des hémorragies et de l'hématurie. Administrés sous forme d'élément, le tellure est sensiblement moins nocif. *In vitro*, le tellurite de sodium se montre doué de propriétés hémolytiques, trypanocides et spirillicides. *In vivo*, le tellure provoque une destruction rapide des spirochètes et la cicatrisation des lésions. Toutefois, son action est plus accusée à l'égard du tréponème pâle, que vis-à-vis du spirochæta cuniculi. A ce point de vue, le tellure se trouve inférieur au bismuth, du moins sous la forme étudiée par les auteurs. Le tellure doit être compris parmi les éléments agissant curativement dans la syphilis expérimentale, soit l'arsenic, le vanadium, le mercure, l'or, le platine et le bismuth.

Réhabilitation des quatre groupes sanguins. — M. FALGAIROLLE montre que tous les faits invoqués contre les groupes sanguins peuvent rentrer dans le cadre des lois de ces groupes en éliminant les deux causes d'erreur qui entachent la réaction d'isoagglutination, base de la conception des groupes : 1° la faiblesse de sensibilité de l'isoagglutination des éléments en jeu dans la réaction (hématies et sérum ou plasma); 2° la pseudo isoagglutination (phénomène identifiable à la sédimentation des hématies dont il n'est que le degré le plus élevé d'accélération.

La conception des groupes s'étayent donc sur une base sérologique solide et justifie les applications qu'on en a faites pour la transfusion. La meilleure épreuve d'isoagglutination directe serait d'après l'auteur celle de Jeanselme et celle de P.-E. Weill.

— Société de biologie de Marseille (séance du 23 mars 1926) :

Sur la genèse du caillot central du corps jaune chez la femme. — ROMIEU montre que, contrairement à la théorie classique, la source principale de l'hémorragie centrale du corps jaune chez la femme n'est pas la déchirure des vaisseaux de la thèque lors de la déhiscence du follicule mais la rupture spontanée de capillaires fragiles et volumineux contenus dans l'épaisseur de la membrane lutéinique pendant son développement. L'hémorragie serait donc postérieure de plusieurs heures ou même de plusieurs jours à la déhiscence du follicule.

Les lésions histologiques du kala-azar infantile. — MM. Paul GIRAUD et Marcel CAUDIÈRE s'appuyant sur l'étude histologique de six cas de kala-azar infantile autochtone, les auteurs montrent que cette affection réalise un type de lésions très particulier, essentiellement caractérisé par l'atteinte du système réticulo-endothélial, lésions qui prédominent au niveau du foie et de la rate.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 MARS 1926)

Réaction homicide et trépanation. — M. A. MARIE présente un mutilé du cerveau par balle transfixiante frontale. Il avait tué sa maîtresse avant de tenter son suicide. L'amnésie totale de l'acte entraîna un non-lieu. Atteint d'épilepsie secondaire, il a, en crise, tenté le même geste homicide sur sa seconde maîtresse. Présenté après le premier homicide, ce malade revient devant la Société de médecine de Paris pour la deuxième tentative homicide qui relève de l'épilepsie. L'enregistrement des pulsations cérébrales varie selon les opérations intellectuelles provoquées,

Greffe testiculaire globale chez un mutilé génital de guerre avec guérison de l'impuissance. — M. DARTIGUES. Il s'agit d'un homme blessé à dix-neuf ans par un éclat d'obus qui a emporté les deux testicules. A la suite de cette mutilation génitale, non achèvement du développement viril de l'ensemble du corps, impuissance complète et neurasthénie. M. Dartigues a fait une greffe d'un testicule entier de cynocéphale dans les bourses vides de ce jeune homme. Cinq mois après, retour de la puissance, amélioration physique, disparition de la neurasthénie et amélioration du métabolisme basal de 10 p. 100.

M. MOLINÉRY demande à M. Dartigues dans quelle proportion la greffe a amélioré le psychisme de l'opéré. L'élément suggestion doit-il être éliminé? Le plasma fait-il mieux que la circulation artérielle, vivre le greffon?

M. DARTIGUES. Les nombreux cas opérés montrent qu'il y a amélioration du psychisme par le fait de l'hormone déversé par les greffons inclus : la neurasthénie génitale de ce malade est complètement guérie actuellement. Quant aux greffons, ils vivent par coalescence et par capillarisation obtenue par la scarification; cependant l'imbibition par le plasma est indéniable, mais elle ne suffit pas à elle seule; elle ajoute à l'intercapillarisation obtenue.

Les testicules qu'on a appelés « moraux », c'est-à-dire des testicules de substance brute en ivoire ou celluloïd n'ont jamais amené d'amélioration dans le psychisme.

M. LÉOPOLD-LÉVI. Les glandes endocrines ont une action sur le psychisme : la thyroïde est la glande de la rapidité, la surrénale de l'intensité, le testicule du virilisme cérébral.

Des accidents mécaniques au cours des applications de rayons ultra-violets avec la lampe Quartz-Hg. — M. Paul Meyer.

Les angines de poitrine. — M. Guelpa. Les angines de poitrine sont des expressions symptomatiques variées des dilatations du cœur ou de l'aorte, déterminées par l'intoxication alcalino-calcaire de l'organisme. Elles disparaissent par la cure de désintoxication; comme cela résulte à l'évidence des observations communiquées, confirmées mathématiquement par les tracés correspondants.

M. Marcel Natier. Toute dilatation même très volumineuse de l'aorte avec dilatation et hypertrophie correspondante du cœur, peut naitre, se développer et persister fort longtemps sans troubles apparents et tout à fait à l'insu du sujet atteint. Ainsi s'expliquent beaucoup de morts subites chez des individus paraissant en excellente santé. Donc, songer toujours à la possibilité de semblables altérations, les rechercher, le cas échéant, et en préciser l'importance.

Syndrome entéro-pulmonaire. — M. Mélamet.

(Séance du 27 mars 1926)

A propos des injections d'adrénaline. — M. Léopold-Lévi. Les injections d'adrénaline, aussi bien dans l'asthme qu'en dehors de l'asthme, doivent être utilisées avec mesure, précaution, et sous la surveillance du médecin. Il y a lieu de tenir compte du tempérament du sujet, de l'état du rein, du cœur, de la tension artérielle, de la durée du traitement. Bien appliquées, les injections d'adrénaline dans l'asthme produisent des effets en général très favorables, parfois remarquables.

A propos de la communication de M. Meyer sur les accidents mécaniques au cours des applications d'ultraviolets. — M. Cambies signale, à côté de la rupture du brûleur de mercure, un deuxième accident, la rupture du filtre en verre de Wood que certains fabricants livrent avec leurs appareils pour filtrer les rayons ultraviolets et éviter l'érythème des premières applications. Ce filtre en verre se rompt assez souvent en forme d'étoile dont les branches correspondent à l'écartement des électrodes du brûleur. Ce filtre, en tombant, risque de blesser gravement la surface du corps. Nous déconseillons l'emploi de ce verre inutile et nous engageons à munir tous les appareils d'ultraviolet d'un rhéostat placé sur le secteur principal et de commencer les séances en diminuant à l'aide de ce rhéostat le voltage du courant, par exemple, d'utiliser 100 volts ou 200 volts pour les appareils fonctionnant à 110 ou 220 volts. Par ce moyen, on peut éviter également la rupture des brûleurs.

Présentation de malades traités par la cryothérapie. — M. Vignat présente des angiomes, des nœvi, des chéloïdes guéris par la cryothérapie. Les cicatrices sont presque invisibles. Cette méthode est simple et sans danger, par là supérieure aux rayons X et au radium. Elle constitue le meilleur traitement de la couperose. Les attouchements à la pointe fine du cryocautère font disparaître les veinules au bout de deux ou trois séances sans provoquer de douleur et sans laisser de trace.

La pommade au chaulmoogra lipolé dans le traitement des tuberculoses cutanées. — M. Ch. Fouquet expose les bons résultats qu'il a obtenus en employant la pommade au chaulmoogra lipolé dans le traitement des tuberculoses cutanées et en particulier du lupus. Dans cette pommade, l'huile de chaulmoogra est associée à l'acide élaïérinique du lipol. Dépourvue de causticité, cette préparation peut être appliquée sur les muqueuses aussi bien que sur la peau. Elle cicatrise rapidement les lupus ulcérés. Son emploi se fait, soit en applications directes, soit en applications après scarifications ou curettage des lésions.

Comment il faut faire téter le nourrisson pour supprimer les dangers de la manière habituelle. — M. Pierre Robin démontre, au cours de sa présentation de nourrissons, qu'à la fréquence de certaines altérations de la santé chez ceux-ci correspond toujours une déformation des mâchoires. Il est donc nécessaire de faire téter physiologiquement, c'est-à-dire le thorax droit, le cou tendu, le menton propulsé en avant à chaque succion pour voir les déformations se corriger, se rétablir la respiration nasale, disparaître le ronflement, se guérir l'aérophagie, les régurgitations et la constipation en même temps que la croissance et la santé redeviennent normales.

Les endométriomes. (*Projections*). — M. Maurice Letulle. Les endométriomes qu'il vaudrait mieux dénommer « dysembryomes de l'utérus » se présentent dans deux conditions fort différentes : tantôt il s'agit d'une malformation de la muqueuse utérine développée dans l'intérieur de l'organe : ce sont les « adénomyomes » des auteurs. Or, dans ces observations, on ne trouve ni « adénome » ni « myomes ». Tantôt la malfaçon est plus complète : un fragment de l'endomètre, muni d'ordinaire de son revêtement épithélial spécial avec sa couche de tissu « cytogène » (c'est-à-dire de son chorion caractéristique) et doublé ou non d'un tissu musculaire lisse adjoint, s'est logé en un point quelconque de la cavité péritonéale. C'est une tumeur spécifique, une sorte d' « utérus aberrant ». Cet organe anormal est exposé à toutes complications qui menacent la matrice, métrite chronique, et même, quoique très rarement, métamorphose cancéreuse.

Cancers du rectum traités par la radiothérapie pénétrante. — M. Joly rapporte deux cas de cancers du rectum traités par les rayons X de très courte longueur d'onde, avec des résultats tels que deux ans après le début du traitement ces deux malades présentaient l'aspect d'une guérison clinique complète : disparition de tous les symptômes locaux, état général excellent. Il fait suivre ces observations de considérations cliniques, histologiques et techniques conditionnant l'obtention de semblables résultats.

Rhumatisme vertébral. — M. Roederer présente l'observation d'une femme de cinquante ans atteinte de rhumatisme vertébral avec écrasement de vertèbres dans la région lombaire, diminution des disques et phénomènes analogues dans la région dorsale supérieure qui n'est pas douloureuse. La radio de profil montre des formations exubérantes en museau de tanche.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(Séance du 19 février 1926)

Néoplasme du sein. — M. Maurice Bloch présente une malade âgée de soixante-treize ans atteinte d'un néoplasme du sein. Il l'a traitée alternativement par des néolipases et des néoadénases. L'induration locale a disparu mais la chaine ganglionaire persiste encore très diminuée de volume. L'auteur conclut que les ferments cancéreux sont utilisables en thérapeutique et sont susceptibles d'apporter des ressources précieuses au traitement de la dégénérescence graisseuse des organes qui est la cause de mort la plus fréquente.

Contre le doctorat en chirurgie dentaire. — M. Boissier en une communication très vivante s'est élevé contre le doctorat en chirurgie dentaire dont les dentistes ont demandé la création. Il a montré par des exemples cliniques pris dans sa clientèle hospitalière — une cirrhose de Laënnec décelée par une stomatorrhagie, un tétanos splanchnique pris pour un accident de dent de sagesse et un épithélioma de la langue au début — le rôle du stomatologiste. Ce dernier pour jouer utilement son rôle de protection sociale doit posséder une éducation médicale parfaite.

La Société a voté ensuite à l'unanimité le vœu suivant qu'elle transmettra au ministre de l'Instruction publique.

La Société médicale des praticiens :

« Considérant que le titre de docteur est en France dans toutes les branches de l'Enseignement le titre universitaire le plus élevé;

Que le corps médical a toujours unanimement lutté pour obtenir d'abord et maintenir ensuite l'unité du doctorat en médecine;

Que le titre de docteur en chirurgie dentaire ne pourrait

que créer une confusion préjudiciable au public et au corps médical et favoriser encore l'exercice illégal;

Proteste contre la création d'un diplôme de docteur en chirurgie dentaire et de tout diplôme de même ordre;

Affirme que seul le diplôme de docteur en médecine permet d'exercer l'art médical sans exceptions ni restrictions, en un mot dans son amplitude la plus large. »

Phimosis. — M. Lévy-Weissmann rapporte l'observation d'un enfant de quinze mois atteint de phimosis étroit compliqué de balanite et de convulsions qui fut guéri complètement par l'opération. A ce propos l'auteur s'appuie sur la similitude qui existe au point de vue physiopathologique entre la sténose préputiale et les rétrécissements de l'urètre pour établir que les accidents inflammatoires ou nerveux compliquant le phimosis proviennent de l'un des trois facteurs suivants : stagnation d'urine sous préputiale, distension vésicale ou mise en tension de l'appareil urinaire supérieur, conséquences directes de l'obstacle mécanique à la miction.

PRATIQUE MÉDICALE

LA PEUR DU BROMURE (1)

Par le docteur J. Peyrus.

Pourquoi a-t-on peur du bromure? Parce qu'il est mal porté d'aborber ce médicament que le public croit destiné aux névrosés et aussi parce qu'on craint l'action dépressive du bromure de potassium et les accidents de bromisme : dans la revue générale très documentée qu'il consacre à la médication bromurée, M. Peyrus insiste tout particulièrement sur tout l'intérêt qu'il y a, et pour le malade, et pour le médecin, à choisir un bromure de sodium excessivement pur, tel celui qui constitue la base du sédobrol Roche. Le bromure de sodium en effet est infiniment moins déprimant que le bromure de potassium et, incorporé à un extrait de bouillon végétal concentré achloruré comme le sédobrol, il agit d'une manière beaucoup plus efficace dans tous les cas si nombreux où un symptôme nerveux indique la nécessité d'une médication calmante, dont le malade ignore exactement le principe et qui peut lui être représenté comme une sorte de valériane plus active, sans odeur désagréable et sans mauvais goût. M. Peyrus indique également la possibilité de donner le bromure sous cette forme aux enfants sans aucun inconvénient, et il démontre qu'ainsi administré, le sédobrol agit très efficacement, notamment dans les dyspepsies dues à l'hypéresthésie du plexus solaire, dans les multiples affections cardio-vasculaires, dans la lithiase biliaire, dans toutes les toux spasmodiques, dans les névroses diverses, bref dans tous les cas où il existe un symptôme nerveux imposant une médication sédative et calmante; moins toxique que le bromure de potassium moins dépressif que le bromure d'ammonium, et pouvant être donné sous la forme de sédobrol, en solution très étendue et très chaude, favorable à l'absorption gastrique, le bromure de sodium devient ainsi le médicament calmant d'utilisation pour ainsi dire journalière et il est toujours parfaitement supporté.

(1) *Sud médical et chirurgical*, 1925, p. 3791.

LIVRES NOUVEAUX

L'Enfer de l'histoire (1), par le docteur Cabanès.

Les volumes de Cabanès se suivent avec une rapidité qui tient du prodige. Après les *Cinq sens*, voici l'*Enfer de l'histoire*, ouvrage dans lequel l'auteur nous fait pénétrer dans la

(1) Un volume. — Prix : 12 fr. — Paris, Albin Michel.

géhenne « où les réprouvés des deux sexes expient leurs péchés ».

Il n'y a pas que des réprouvés dans l'*Enfer de l'histoire*, il y a aussi des calomniés, il y a encore des victimes; c'est ainsi que nous rencontrons dans le même volume Lucrèce Borgia, Marie Stuart, Mazarin, Louise de la Vallière, Foucquet, le Régent, Louis XV, Marie Leczinska, la du Barry, Danton, Fouquier-Tinville, Philippe-Egalité, etc.

Dans cette étude très remarquable, qui complète si bien l'œuvre historique de notre confrère : *Le Cabinet secret de l'histoire, Les Indiscrétions de l'histoire*, *Marat inconnu*, *Poisons et sortilèges*, *La Névrose révolutionnaire*, pour n'en citer que quelques-uns, Cabanès s'attache à reprendre la plupart des imputations dont furent l'objet tant d'hommes ou de femmes célèbres. Il le fait en historien désintéressé sans cependant cesser d'être l'exquis chroniqueur qui sait rendre attachants les sujets les plus sévères.

Des documents nouveaux, des illustrations nombreuses rendent la lecture de ce beau volume particulièrement intéressante. F. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS

La poliomyélite antérieure aiguë est une maladie infectieuse du système nerveux due à la fixation élective d'un *virus filtrant* sur les *cornes antérieures* de la moelle.

Cliniquement, elle s'extériorise par des phénomènes infectieux fébriles auxquels succèdent des paralysies *flasques*, et se présente sous deux grandes formes :

1. L'une **sporadique**, connue de longue date : c'est la classique *paralysie infantile*.
2. L'autre **épidémique**, polymorphe et un peu variable. C'est la *maladie de Heine-Medin* qui déborde souvent les cornes antérieures de la moelle.

Il n'est pas jusqu'aux acquisitions *thérapeutiques* nouvelles (sérum spécifique, nouvelles méthodes électrothérapiques) qui ne donnent à cette question un regain d'intérêt.

SYMPTOMATOLOGIE

Type de description. — Nous étudierons d'abord la paralysie spinale *infantile sporadique* classique.

Elle survient dans la règle au cours de la *première enfance* et surtout de *un à deux ans*, et serait plus fréquente pendant la saison estivo-automnale.

1° **Incubation**. — Elle est silencieuse et apyrétique, et par conséquent difficile à préciser (de deux à huit ou dix jours en moyenne).

2° **Invasion**. — Elle s'annonce de façon bruyante, comme le début d'une maladie infectieuse aiguë : c'est la *période préparalytique*, plus ou moins fébrile, plus ou moins longue.

a. **Forme fébrile, la plus habituelle**. — L'enfant, agité, inquiet ou abattu, est pris de fièvre à 38,5 ou 39 et même 40 degrés, en même temps que de céphalée, vomissements et parfois délire et convulsions.

Il existe presque toujours de la rhinopharyngite et de l'*angine* qui, pour certains auteurs, pourraient être le point de départ de l'affection.

Cette phase est de courte durée : deux à quatre jours, rarement une semaine, et quand on veut lever l'enfant on le trouve paralysé. Parfois, c'est après une reprise des phénomènes fébriles que se développe la paralysie.

A ces signes d'aspect banal peuvent s'en ajouter d'autres qui doivent toujours éveiller l'attention. Ce sont :

b. **Les douleurs**. — Douleurs profondes dans la continuité des membres, prédominantes aux régions qui seront plus tard atteintes par la paralysie. Elles s'accompagnent souvent d'*hyperesthésie cutanée* et de rachialgie.

c. **Les signes méningés** sont plus caractéristiques et plus fréquents : céphalée, vomissements, raideur de la nuque font partie du cortège symptomatique habituel de la forme commune.

Mais il faut insister sur ce fait que la *ponction lombaire* ramènerait dès cette phase un liquide clair, hypertendu et riche en *lymphocytes*. Cette formule qui évoque celle de la méningite tuberculeuse est en discordance avec les signes cliniques qui évoqueraient plutôt la cérébrospinale.

d. **Paralysie d'emblée**. — Rarement, sans prodromes, la paralysie s'installe.

C'est la classique paralysie du matin de West : le malade se réveille paralysé.

Durée de cette période. — Elle est, on le voit, *très variable* : en moyenne deux à quatre jours, elle peut aller de quelques heures à huit jours.

3° **Période de paralysie**. — La paralysie s'installe *insidieusement, rapidement* et de *façon brusque*. Lorsqu'on la constate elle est *complète* ayant atteint déjà tous les membres et toutes les régions qu'elle doit atteindre.

Il est plus rare qu'elle s'installe *progressivement*, en deux ou trois jours.

a. **Troubles moteurs**. — C'est une paralysie *flasque*, *uniquement motrice* (puisqu'elle résulte d'une lésion du neurone périphérique).

Localisation très variable.
Tantôt *forme paraplégique*.
Tantôt *forme monoplégique*.
Parfois paralysie d'un seul groupe musculaire.

Plus rarement :

Forme *hémiplégique* (croisée, plus rarement banale).
Quadriplégie.

Dans certains cas, la quadriplégie peut s'accompagner de paralysies des muscles du tronc, du cou, de la nuque. Le malade est complètement ballant, la tête vascillant sur les épaules; il ne peut se tenir assis.

Il y a *hypotonie* et mollesse musculaires.

b. **Troubles réflexes**. — Les réflexes *tendineux* sont *abolis* dans le territoire atteint ainsi que les réflexes cutanés.

Il n'y a *pas de signe de Babinski*.

c. **Troubles vaso-moteurs** fréquents : cyanose et refroidissement des extrémités.

d. **Atrophie musculaire** rapide et précoce avec *troubles des réactions électriques*, et ceux-ci sont du *plus haut intérêt pronostique*.

L'excitabilité *faradique*, abolie dans les nerfs, n'est que diminuée dans les muscles, au moins dans les premiers jours.

L'excitabilité *galvanique*, rapidement abolie dans les nerfs est rapidement augmentée dans les muscles; mais plus tard elle peut diminuer et évoluer vers une réaction de dégénérescence complète. L'*électrodiagnostic* permet à cette période de prévoir les limites de la paralysie définitive.

e. **Pas de troubles sensitifs**.
Pas de troubles sphinctériens.

En résumé, paralysie *flasque* et *purement motrice*.

4° **Période de régression**. — Après quelques jours ou quelques semaines, on assiste à la régression des paralysies.

a. Parfois : régression **complète** en quelques jours. Elle est rare.

b. Dans la règle : régression **considérable** qui se poursuit pendant plusieurs mois, pouvant même se continuer pendant des années, dépassant les prévisions les plus optimistes.

Les muscles qui recouvrent le plus rapidement leur motilité sont ceux dont les *réactions électriques* étaient le moins troublées. Mais il faut savoir que la réaction de dégénérescence avec inversion de la formule polaire n'est pas toujours irrémédiable, et que là où elle existe on pourra voir rétrocéder et même disparaître les paralysies.

Au contraire, l'*atrophie* repide et profonde d'un muscle ou d'un groupe musculaire est un signe de fâcheux augure.

Les *réflexes tendineux* restent longtemps abolis après le retour de la motilité. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 31. — SAMEDI 17 AVRIL 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 17 AVRIL 1926. — N° 31.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS. — Un concours pour trois places d'interne titulaire s'ouvrira le lundi 28 juin 1926, à 2 h. 1/2.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — CHIRURGIE GÉNÉRALE. — Jury : président, M. le professeur Pierre Duval; membres, MM. les professeurs Chavannaz (Bordeaux), Potel (Lille), Leriche (Strasbourg), Michel (Nancy); suppléants, MM. Estor (Montpellier), Texier (Lyon).

Candidats : *Paris.* — MM. Brocq, Duboucher, Gatellier, de Gaudart d'Allaines, Leveuf, Moggi, Moulonguet, Quénu et Richard.

Alger. — M. Ferrari.

Bordeaux. — MM. Bardon, Charbonnel, Charrier, Chenut et Loubat.

Grenoble. — M. Bonniot.

Lille. — M. Swynghedauw.

Lyon. — MM. Creyssel, Guilleminet, Michon, Perrin, Pollosson, Ricard, Richer, Rochet, de Rougemont et Wertheimer.

Montpellier. — MM. Aimes, Roux et Mourgue.

Nancy. — M. Heully.

Toulouse. — MM. Bernardberg, Boularan, Lefebvre.

Strasbourg. — MM. Weiss et Ferry.

INSTITUT PASTEUR DE TUNIS. — M. le docteur Etienne Burnet, sous-directeur de l'Institut Pasteur, vient de se voir attribuer, pour l'ensemble de ses admirables travaux sur la fièvre méditerranéenne le prix médical de Tunis d'une valeur de 5.000 francs. Ce prix avait été fondé l'an dernier par le Grand Conseil de Tunis.

Un arrêté qui date de quelques jours à peine vient de nommer M. Burnet, *directeur adjoint* de l'Institut Pasteur de Tunis.

Qu'il veuille bien recevoir l'expression de nos bien vives félicitations pour cette double distinction.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 8 avril 1926 publie une loi modifiant l'article 24 de la loi du 7 avril 1903, relative à l'application à la Ville de Paris et au département de la Seine de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique :

« ART. 24. — Le préfet de la Seine et le préfet de police sont assistés, chacun dans la limite de ses attributions sanitaires et sous sa présidence, par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, dont la composition est fixée comme il suit :

Le préfet de la Seine et le préfet de police, présidents;

Deux vice-présidents, pris en dehors des membres de droit, nommés annuellement sur la présentation du Conseil d'hygiène, et deux secrétaires administratifs;

Dix-neuf membres à raison de leurs fonctions : le doyen, le professeur d'hygiène et le professeur de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris, le doyen de la Faculté de pharmacie de Paris, le président du Comité technique de santé du gouvernement militaire de Paris, le secrétaire général de la préfecture de la Seine, l'inspecteur général des services techniques d'hygiène de la Ville de Paris, le directeur de l'hygiène, du travail et de la prévoyance sociales, le directeur des

affaires départementales, le directeur administratif des services municipaux d'architecture, le directeur des travaux de Paris, l'ingénieur en chef du service des eaux et de l'assainissement, l'ingénieur en chef des ponts et chaussées chargé du service ordinaire du département, le secrétaire général de la préfecture de police, l'ingénieur en chef des mines chargé du service des appareils à vapeur de la Seine, le chef de la deuxième division de la préfecture de police, l'architecte en chef de la préfecture de police, le chef du service sanitaire vétérinaire de la Seine, le chef du bureau de l'hygiène de la préfecture de police, l'inspecteur divisionnaire du travail ;

Vingt-quatre membres titulaires, nommés par le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, sur la présentation du Conseil d'hygiène ;

Trois membres du Conseil général de la Seine et trois membres du Conseil municipal de Paris, élus par leurs collègues ;

Six membres choisis par le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, soit parmi les représentants de la Seine dans les différentes assemblées électives, soit parmi les personnes qualifiées par leur compétence ;

Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine remplira les attributions données aux conseils départementaux d'hygiène par la présente loi ;

Les commissions d'hygiène des arrondissements de Paris continueront à exercer leurs fonctions, sous l'autorité et dans les limites des attributions conférées par la présente loi au préfet de police ;

Les conseils ou commissions d'hygiène dans le département de la Seine, en dehors de Paris, exercent les pouvoirs donnés aux commissions sanitaires de circonscription par la présente loi, sous l'autorité soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant qu'elles ont à traiter d'affaires ressortissant à l'une ou à l'autre de leurs administrations ;

Les maires des communes autres que Paris exercent les attributions sanitaires sous l'autorité, soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant les distinctions faites dans les deux articles précédents ;

Le préfet de police continuera à appliquer, dans les communes du département de la Seine autres que Paris, les attributions de police sanitaire dont il est actuellement investi. »

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le médecin aide-major de 1re classe Monot.

Médaille d'argent. — MM. les médecins-majors de 2e classe Maignou et Gillain.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Professeur : M. NOBÉCOURT.) — Enseignement complémentaire : *Cours de perfectionnement sur la tuberculose infantile.* — Sous les auspices de M. Nobécourt, professeur de clinique médicale des Enfants, le docteur P.-F. Armand-Delille fera, du lundi 19 avril au samedi 8 mai 1926, dans le service d'enfants de l'hôpital Hérold, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile, et en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Leçon chaque matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Hérold (place du Danube), suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire. De plus, le docteur Laquerrière, chef du service radiologique, fera une leçon sur le diagnostic radiologique de la tuberculose infantile, et le docteur Pierre-Louis Marie, chef de laboratoire, fera deux leçons sur le diagnostic cytologique, bactériologique et sérologique de la tuberculose de l'enfant.

Prix de l'inscription : 100 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— TRAVAUX PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de M. B. CUNÉO, professeur. — *Chirurgie spéciale de la tête, du cou et du thorax.* — Cours de M. le docteur L. Aurousseau, prosecteur. Ouverture le mercredi 28 avril 1926, à 14 heures.

Les cours auront lieu tous les jours, sauf le dimanche.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ces cours est limité ; seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de seize inscriptions.

Le droit à verser est de 250 francs pour ce cours.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 15 à 17 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. — COURS DE PERFECTIONNEMENT, du 27 avril au 3 juin 1926. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les docteurs Zimmern, Santon, Dupuy-Dutemps, Hautant, Velter, Prélat, Cousin, Liébault, Casteran, Ostwalt, Veil et Gautrand, commencera le mardi 27 avril 1926, un cours de technique ophtalmologique (technique opératoire, technique de la lampe à fente, radiologie et radiographie oculaires, ophtalmoscopie et ophtalmométrie cliniques, neurologie oculaire, rapports de certains syndromes ophtalmologiques avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale.

Les leçons, au nombre de 40, auront lieu tous les jours, à 4 heures de l'après-midi, à l'amphitéâtre Dupuytren, à l'hôtel-Dieu, sauf pour les leçons de médecine opératoire qui se feront à l'école pratique de la Faculté de Médecine. Enfin, quelques leçons seront faites le matin à 11 heures.

Un diplôme sera délivré à la fin du cours.

Les droits à percevoir sont fixés à 250 francs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 19 AU 24 AVRIL 1926)

THESES

Lundi 19 avril. — Jury : MM. Ménétrier, président ; Legueu, Gosset et Couvelaire. — M. LUMIÈRE (F.). Applications de l'insuline en chirurgie. — M. QUEINNEC. Nécessité de surveiller les femmes pendant la gestation. — M. MOUTON (Ch.). Etude sur les accidents gravido-cardiaques. — M. BERNARD (R.). Traitement des cancers maxillaires inférieurs. — M. VEZOUX. L'hérédité musicale.

Mardi 20 avril. — Jury : MM. Bernard, président ; Jeanselme, Bezançon et Aubertin. — M. AUPÉRIN (Ch.). Etude sur l'endocardite lente. — M. BOUISSET (André). Etude sur les hydrocarbures et les corps gras dans la thérapeutique externe des dermatoses. — M. FARRET (J.). Etude de la hernie du médiastin au cours du pneumothorax thérapeutique.

RENSEIGNEMENTS

EXCELLENT POSTE A PRENDRE A LA SUITE DE DÉCÈS, à Casablanca. — S'adresser à la veuve du docteur Lumbroso, à Casablanca (Maroc).

REVUE GÉNÉRALE

LES

TUMEURS DU TESTICULE CHEZ L'ENFANT [1]

Par A. DEROCQUE et R. JULIEN.

Etude clinique. — Tantôt la tumeur du testicule est constatée dès la naissance, tantôt un traumatisme paraît avoir provoqué son apparition et on croit pendant quelques jours à une contusion de la glande. Plus souvent encore le néoplasme se développe, comme chez l'adulte, d'une façon tout à fait insidieuse, et c'est fortuitement qu'on remarque la différence du volume entre les deux testicules.

Lorsqu'on est appelé à examiner l'enfant, le testicule présente déjà une augmentation très notable de son volume (œuf de poule); la moitié du scrotum est distendu par la masse sous-jacente, la peau est lisse et ce n'est qu'exceptionnellement que les veines sous-cutanées sont anormalement développées.

La palpation montre une tumeur dont la forme et la consistance sont des plus variables. Le plus souvent la masse est ovoïde, régulière lisse, d'une consistance uniforme, soit pseudo-fluctuante, soit élastique, soit dure comme du cartilage. D'autres fois la tumeur est irrégulière, bosselée; sa consistance est alors le plus souvent inégale, avec ici des zones très dures, et là des zones ramollies, pâteuses ou presque fluctuantes.

La palpation ne semble éveiller aucune douleur, autant qu'on puisse en juger lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, et sauf à une période très avancée l'enfant ne paraît pas souffrir spontanément. Seul le malade de Macewen (2) présenta pendant plus de six mois des douleurs très vives au niveau d'un tératome testiculaire.

Le pôle supérieur de la tumeur est nettement limité du côté de l'anneau inguinal.

La manœuvre classique du pincement de l'épididyme, qui est la clé du diagnostic des tumeurs testiculaires de l'adulte, ne paraît pas avoir ici la même valeur. Le résultat de cette recherche est donné dans huit observations. Quatre fois on a trouvé que l'épididyme était cliniquement distinct [Kirmisson, Philipp, Howard Marsh, Lannelongue (3)]; ajoutons d'ailleurs que seul Howard Marsh vérifia à l'opération l'état de cet organe et n'en retrouva aucune trace; il était complètement envahi par la tumeur. Dans les quatre autres cas il fut impossible de distinguer cliniquement l'épididyme [Reder (4), Guersant, Arcy Power, Mouchet et Derocque]; ici encore l'examen clinique avait induit une fois en erreur, car l'examen de la pièce enlevée par Arcy Power montrait un épididyme très étiré mais non envahi.

Nous pouvons donc conclure que le *pincement de l'épididyme est une manœuvre délicate, et qui n'a pas chez l'enfant l'intérêt qu'elle présente chez l'adulte pour le diagnostic des tumeurs du testicule.*

Le pincement de la vaginale n'a été recherché qu'une seule fois et a été négatif. Notons que cette séreuse peut contenir un peu de liquide ce qui peut gêner l'examen de la tumeur et nécessiter une ponction. Cette *hydrocèle* réactionnelle est notée dans six observations.

L'état du *cordon spermatique* est noté dans onze cas : cinq fois il était épaissi et infiltré. [Hardouin et Potel, Arcy Power, Chaffey (1), Silcock (2), Sakaguchi (3)].

La palpation du scrotum montre dans la règle une peau absolument souple et indemne de toute infiltration. Seul Philipp, dans un de ses cas, trouva la peau des bourses adhérente à la partie inférieure de la tumeur.

On complétera l'examen par une palpation attentive des régions inguinales et de l'abdomen, exploration qui peut déceler déjà des *masses ganglionnaires* volumineuses.

Enfin le toucher rectal, qui n'a jamais été pratiqué, doit en principe révéler l'intégrité de la prostate et des vésicules séminales.

Evolution. Pronostic. — L'évolution est extrêmement variable suivant la nature de la tumeur.

Les tératomes ne paraissent subir aucune modification de volume ni de consistance, restent une maladie locale, n'altèrent en rien l'état général, et, si on n'opère pas, le sujet arrive à l'âge adulte sans avoir été incommodé autrement que par le volume de ses bourses.

Tout au plus peuvent apparaître des phénomènes inflammatoires locaux, aboutissant à la formation d'un abcès et l'élimination spontanée d'une partie du contenu. Cet accident peut être un mode de guérison si on s'en rapporte à l'observation de Prochaska (4); mais il peut aussi laisser persister une fistule nécessitant une intervention pour compléter l'exérèse de la tumeur [André (5)].

Il existe néanmoins une observation où un tératome testiculaire cliniquement congénital, extirpé à moins d'un mois, manifesta une malignité extrême [Lovett et Councilmann]. A l'âge de cinq mois apparut en effet une volumineuse tumeur du pariétal droit, qui, malgré une tentative d'exérèse, mena rapidement l'enfant à la cachexie et à la mort.

Cette évolution maligne, exceptionnelle dans les tératomes, paraît au contraire être une règle à peu près absolue dans les *tumeurs mixtes*.

Tantôt ces tumeurs manifestent dès leur apparition des symptômes de malignité extrême : développement rapide, envahissement ganglionnaire, métastases, viscérales et mort en quelques mois.

Tantôt ce n'est qu'après quelques années de bénignité apparente qu'elles présentent brusquement, parfois à l'occasion d'un traumatisme, les caractères de tumeur maligne. Les ganglions lombaires et iliaques envahis forment de volumineuses masses abdominales compriment les troncs nerveux, occasionnant ainsi des douleurs extrêmement violentes. Les ganglions inguinaux eux-mêmes peuvent être envahis. L'état général périclite avec une rapidité impressionnante : fièvre, vomissements, accidents pulmonaires, parfois fractures spontanées, tous symptômes qui traduisent une généralisation de la néoplasie, et l'enfant meurt en quelques semaines dans la cachexie.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 29, p. 461.
(2) MACEWEN. *Glasgow med. Journ.*, 1878, p. 433.
(3) LANNELONGUE. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880.
(4) REDER. Cité par VERNEUIL. *Arch. gén. de méd.*, 1855.

(1) CHAFFEY. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1885, p. 302.
(2) SILCOCK. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1885, p. 301.
(3) SAKAGUCHI. Cité par WIMMER. *Th. de Munich*, 1916.
(4) PROCHASKA. Cité par VERNEUIL. Loc. cit.
(5) ANDRÉ. Cité par VERNEUIL. Loc. cit.

A cette période ultime, la tumeur pourrait, d'après Hutinel, franchir l'albuginée, ulcérer le scrotum, et faire issue sous forme de végétations déchiquetées. C'est là une description qui paraît s'inspirer des faits observés chez l'adulte; en réalité aucune observation ne la mentionne chez l'enfant. Chez celui-ci la tumeur mixte dégénérée semble donner des métastases mortelles avec une rapidité telle que la tumeur n'a pas le temps de se propager aux enveloppes des bourses.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic des tumeurs du testicule de l'enfant présente, comme chez l'adulte, des difficultés parfois insurmontables, et dans plusieurs observations ce n'est qu'à l'intervention, et même après orchidotomie exploratrice qu'on a été définitivement fixé sur la véritable nature de l'affection.

1. **Contusion testiculaire.** — Le diagnostic se pose quelquefois avec la contusion testiculaire, en raison du traumatisme qui est si souvent invoqué à tort ou à raison au début de l'histoire clinique des tumeurs testiculaires. Mais c'est là une question qu'on ne peut se poser que pendant quelques jours. Très rapidement en effet, en cas de contusion la douleur disparaît, la tuméfaction de testicule et épididyme rétrocède.

2. **Hernie inguinale.** — La confusion avec une hernie inguinale est beaucoup moins fréquente, mais quand on constate combien on voit souvent des hydrocèles vainement comprimées par des bandages, on conçoit que cette erreur puisse être commise.

Un examen un peu approfondi doit faire éviter cette erreur, car la hernie inguinale chroniquement irréductible et adhérente n'existe pas chez l'enfant.

Tout à fait exceptionnellement l'erreur est pourtant permise, c'est lorsqu'il y a coexistence d'une hernie inguinale et d'une hernie testiculaire du même côté, tel le cas de Wimmer, où le médecin avait constaté la hernie et méconnu le néoplasme.

3. **Hydrocèle.** — L'hydrocèle infantile est le plus souvent d'un diagnostic aisé, car le liquide ne distend que modérément les bourses, et constitue une tumeur généralement assez flasque, en tous cas nettement fluctuante, ne laissant aucun doute sur la nature liquide du contenu.

Il est pourtant parfois des cas où l'hydrocèle abondante distend la vaginale, ne donne qu'une fluctuation obscure, et c'est alors que le diagnostic peut être hésitant. C'est d'ailleurs une erreur classique que beaucoup d'auteurs avouent avoir commise, et c'est presque toujours pour hydrocèle que le petit malade est envoyé à l'hôpital.

Nous verrons combien sont inconstants les résultats du pincement de la vaginale et du pincement de l'épididyme. Nous verrons également les inconvénients qu'il y aurait à ponctionner par erreur un cancer. D'autre part opérer sans diagnostic ferme serait une faute puisque l'hydrocèle infantile, disparaissant souvent spontanément, doit en principe être respectée chez les tout petits. Mais un symptôme est capital, qui est caractéristique de l'hydrocèle, c'est la *translucidité*, à condition de la rechercher correctement.

Le diagnostic se complique lorsque l'hydrocèle est symptomatique d'une tumeur sous-jacente, et que son abondance gêne l'exploration de la glande [Geinitz (1), Broca et Manson (2), Nové-Josserand (3), Kirmisson, Sabrazès, Sakaguchi].

3. **Pachyvaginalité.** — La pachyvaginalité est, chez l'enfant comme chez l'adulte, une des affections les plus difficiles à distinguer des tumeurs du testicule.

Que l'hématocèle soit, comme il est classique de le dire, piriforme et lisse, ou qu'elle soit irrégulière, bosselée, ici d'une dureté ligneuse et là dépressible, elle revêt toujours un aspect que peut réaliser une tumeur testiculaire, et, comme elle, elle peut augmenter rapidement de volume à l'occasion d'un traumatisme.

Les grands éléments sur lesquels reposent le diagnostic sont essentiellement d'après les classiques :

Le pincement de la vaginale,
Le pincement de la tête de l'épididyme,
La ponction.

Le pincement de la vaginale donne des résultats bien difficiles à apprécier. On sait que parfois on croit l'avoir perçu alors qu'en réalité on n'a pincé que la fibreuse ou le crémaster. Chez l'enfant une seule observation signale la recherche de ce symptôme, et elle était négative.

Nous avons vu que le pincement de l'épididyme ne paraît pas avoir chez l'enfant la valeur qu'on doit lui accorder chez l'adulte. D'une part l'épididyme étiré d'un jeune enfant est difficile à percevoir, et d'autre part cet organe est envahi très précocement.

Reste donc la ponction. On sait combien cette méthode est condamnable, car à la fois infidèle et dangereuse. Infidèle car elle est parfois blanche dans une véritable pachyvaginalité alors qu'elle peut donner du sang lorsque l'aiguille pénètre dans une zone hémorragique d'un cancer. Dangereuse car elle peut provoquer des hémorragies inquiétantes en ouvrant des vaisseaux intranéoplasiques, ou entraîner des inoculations secondaires.

En réalité il faut surtout se rappeler que la pachyvaginalité est, chez l'enfant, encore beaucoup plus rare que les tumeurs. La plupart des classiques ne citent que l'observation de Bryant (4) chez un petit garçon de deux ans, et Reclus (5) n'est parvenu à en recueillir que cinq cas avant douze ans.

C'est donc une curiosité anatomo-clinique à l'idée de laquelle on ne devra guère s'arrêter en présence d'une tumeur des bourses chez un enfant.

4. **Tuberculose.** — La tuberculose génitale n'est pas exceptionnelle chez l'enfant, et se rencontre surtout pendant les premières années de la vie. C'est dans la forme d'orchi-épididymite chronique qu'elle pose un diagnostic délicat avec les tumeurs du testicule.

On peut même dire que l'examen local isolé est des plus décevants : ici également on trouve une tuméfaction verticale atteignant souvent le volume d'un œuf. Régulière et lisse au début, elle devient dans la suite bosselée et noueuse, présentant des plaques indurées et des zones ramollies. Contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte, *c'est en général le testicule qui est intéressé*, ou plus souvent tes-

(1) Geinitz. *Maladies du testicule*, in *Handbuch* de Pitha et Billroth.
(2) Broca et Manson. *Bull. de la Soc. anat.*, 1893.
(3) Nové-Josserand. Cité par Chevassu.
(4) Bryant. *Clinical Surgery*, Londres 1866.
(5) Reclus. Art. hématocèle, in *Dictionnaire de Dechambre*.

ticule et épididyme sont englobés dans un magma qui empêche de les distinguer.

Bref l'examen des bourses révèle des symptômes qu'on pourrait aussi bien attribuer au cancer qu'à la tuberculose.

L'examen du cordon et le toucher rectal peuvent lever les doutes lorsqu'ils décèlent des irrégularités et bosselures du canal déférent, des noyaux tuberculeux durs ou ramollis de la prostate, ou une tuméfaction des vésicules séminales; mais *cet envahissement est bien moins fréquent et beaucoup plus restreint que dans la tuberculose de l'adulte.*

En réalité c'est surtout leur évolution qui différencie les deux maladies. « A la marche rapidement progressive du cancer, la bacillose oppose une évolution plus torpide; ses poussées aiguës s'apaisent; elle évolue vers la résorption on devient fluctuante, adhérente à la peau, et finit par créer une fistule d'où s'écoule le liquide séro-purulent et grumeleux des collections bacillaires » (Hutinel).

Aucun auteur ne dit avoir employé la cuti- ou l'intradermo-réaction pour éclairer le diagnostic. C'est pourtant une méthode qui doit pouvoir rendre de grands services, puisqu'il s'agit presque toujours d'enfants très jeunes et qu'elle a ainsi toute sa valeur.

5. **Syphilis.** — La syphilis héréditaire du testicule se voit surtout chez le nourrisson avec maximum dans les six premiers mois. Elle est exceptionnelle au bout de plusieurs années. C'est donc au même âge que cancer, tuberculose et syphilis testiculaire frappent l'enfance, ce qui rend le diagnostic encore plus ardu.

Le principal élément du diagnostic est la bilatéralité habituelle de la syphilis; c'est en effet uniquement tout au début qu'on peut voir l'unilatéralité des lésions.

La tuméfaction est habituellement peu accentuée, il est exceptionnel qu'elle provoque une distension des bourses. Il est même rare que l'organe soit doublé de volume; ses dimensions sont en général augmentées d'un tiers. Le testicule reste lisse et n'est pas déformé, il a surtout une fermeté insolite, parfois même une dureté qui l'a fait comparer à une bille.

Dans quelques cas, l'induration ne s'étend pas à toute la glande et n'apparaît que dans quelques zones disséminées.

Une hydrocèle peu abondante accompagne fréquemment les lésions comme elle le fait pour la tuberculose ou le cancer.

L'ensemble de ces symptômes, joint à une évolution torpide et lente et aux autres signes de syphilis héréditaire, permet en général ds différencier facilement cette maladie de celle qui nous occupe.

6. **Kystes congénitaux du scrotum.** — Signalons enfin comme erreur de diagnostic possible, les kystes dermoïdes ou mucoïdes du scrotum. Les anciens auteurs prétendaient qu'il était à peu près impossible de les distinguer des tératomes testiculaires. En réalité les difficultés qu'ils éprouvaient provenaient de ce que, à la suite du mémoire de Verneuil, on a longtemps confondu ces deux variétés de tumeurs. En règle générale le diagnostic s'impose suffisamment par le siège exactement médian des kystes du scrotum. Ce n'est qu'à première vue qu'une telle tumeur peut en imposer pour un tératome testiculaire, lorsqu'elle a acquis un gros volume (œuf de poule), et qu'on a quelque peine à retrouver le testicule sus-jacent.

Diagnostic de la nature de la tumeur. — Il y aurait un gros intérêt, en présence d'une tumeur du testicule chez un enfant, à pouvoir en diagnostiquer cliniquement la nature. L'évolution ultérieure et l'urgence de l'intervention diffèrent en effet selon la variété du néoplasme.

Le tératome, tumeur bénigne, ne dégénère presque jamais; la tumeur mixte au contraire présente à peu près constamment une malignité telle que l'intervention est presque toujours trop tardive.

Peut-on cliniquement différencier le tératome de la tumeur mixte? On a dit que la consistance inégale, cartilagineuse par endroits, pâteuse en d'autres, était le caractère principal du tératome. C'est exact en général, mais il ne faut pas oublier qu'une tumeur mixte, parsemée de cavités kystiques ou pseudo-kystiques contenant du liquide gélatineux, du sang ou un épithélium nécrosé, peut donner exactement la même impression.

Il est également classique de dire qu'une tumeur congénitale est dans la règle un tératome. Cette manière de voir nous paraît inexacte, puisque sur 20 tumeurs congénitales nous avons trouvé seulement 12 tératomes certains, et 8 tumeurs qui, tumeurs mixtes ou non, se sont montrées malignes.

Il est donc presque impossible de distinguer cliniquement les deux variétés de tumeurs. On devra craindre la tumeur mixte lorsqu'on sera en présence d'une tumeur régulière, lisse et de consistance uniforme, mais les seuls signes de certitude sont ceux qui traduisent déjà la dégénérescence et le début de généralisation de la tumeur : modification rapide du volume ou de la consistance, infiltration du cordon, envahissement ganglionnaire — bref, toutes manifestations qui rendent des plus problématiques les résultats d'une intervention.

La seule conclusion raisonnable est donc qu'une tumeur du testicule *même congénitale* doit être opérée, et *opérée d'une façon très précoce.*

Traitement. — En dehors des cas nettement désespérés qui ont été abandonnés à leur évolution fatale, toutes les tumeurs testiculaires de l'enfant ont été traitées jusqu'ici par l'intervention chirurgicale.

Quelques chirurgiens ont pu énucléer la tumeur en conservant la glande, dans des cas éminemment favorables de tératomes nettement encapsulés et pouvant être extirpés sans qu'il en résulte des délabrements notables pour le testicule [Cornil et Berger, Picqué, E. Chevassu (1)].

Mais dans la grande majorité des cas on est conduit à pratiquer une castration, qu'on peut faire soit dans la portion scrotale du cordon, soit plutôt à l'anneau inguinal interne. Tous les chirurgiens paraissent avoir reculé devant la castration élargie suivant la technique de Grégoire et Chevassu, opération bien mutilante, bien choquante, et qui risque malgré tout d'être incomplète.

Quels sont les résultats de la castration? — Les effets de cette intervention doivent être étudiés pour chaque variété de tumeur. Malheureusement beaucoup d'observations sont incomplètes et restent muettes sur les résultats éloignés.

(1) E. Chevassu. Cité par M. Chevassu.

Le seul cas indiscutable de séminome a subi la castration, mais on ignore ce qu'il en advint.

Pour les tératomes, 6 malades seulement sur 22 ont été suivis après l'opération. L'un d'eux fit quatre mois après une métastase cranienne qui entraîna rapidement la mort. Mais dans tous les autres cas les résultats ont été très satisfaisants.

Il n'en est pas de même pour les tumeurs mixtes pour lesquelles on trouve une mortalité considérable et à brève échéance. Sur 13 malades suivis après l'opération, 10 sont mort en moins d'un an, la plupart en six à huit mois. Les trois autres ont été revus en bon état respectivement sept mois, un an et cinq ans après [Durand et Paviot (1)].

De plus pour les cas douteux, qui étaient probablement des tumeurs mixtes dégénérées, on trouve 2 morts dans les jours suivant l'opération, et 22 morts de métastases en moins d'un an. Deux enfants seulement ont été revus en bonne santé [White (2), Schön (3)], et cela simplement au bout de cinq et six mois, délais insuffisants pour parler de guérison.

En présence de ces résultats vraiment désastreux, on est amené à envisager les indicationsde la *radiothérapie* comme traitement des tumeurs malignes du testicule chez l'enfant ou de leurs métastases.

Cette méthode n'a été employée qu'une seule fois (Volkmann), d'ailleurs sans résultat, mais il est juste de remarquer qu'il s'agissait d'un cas spécialement défavorable, puisque l'enfant avait subi successivement deux interventions (castration, puis tentative d'extirpation de métastase iliaque), et qu'il s'agissait d'une forme anatomique particulièrement maligne, un chorio-épithéliome. On ne peut donc pas se baser sur ce qui a été fait jusqu'ici chez l'enfant pour se faire une idée sur les bienfaits ou les méfaits de cette méthode thérapeutique.

Chez l'adulte par contre la radiothérapie a été largement employée dans les néoplasmes d'origine testiculaire, et tous les auteurs sont à peu près d'accord pour considérer le séminome comme une tumeur extraordinairement radiosensible, et la tumeur mixte comme extrêmement radiorésistante.

Cette notion est indiscutable en ce qui concerne l'embryome banal, tumeur bénigne à tissus multiples dont la différenciation est poussée très loin (muscles, cartilage, os). Mais pour la tumeur mixte dégénérée de l'enfant cette manière de voir n'est pas sans appel.

Nous avons vu en effet que ces tumeurs mixtes sont le plus souvent des tumeurs très peu différenciées où les éléments épithéliaux constituent à eux seuls presque toute la tumeur. De plus c'est aux dépens de ces cellules épithéliales que se produit la cancérisation, et leur prolifération étouffe alors les autres tissus. Bref on est véritablement en présence d'un épithélioma sur lequel les rayonnements de courte longueur d'onde doivent agir d'une façon élective.

Davoigneau (4) a d'ailleurs récemment montré qu'on avait eu jusqu'ici le tort de traiter tous les néoplasmes testiculaires par des méthodes radiothérapiques uniformes, sans remarquer que la dose léthale pour le séminome est une dose excitante pour l'embryome dégénéré. Il conseille de traiter ces tumeurs ou leurs métastases par des doses beaucoup plus importantes, 6 à 8.000 R., en un court espace de temps (se baser sur l'index karyokinétique), en utilisant un rayonnement très homogène et de très courtes longueurs d'onde. Il sera nécessaire de compléter le traitement par plusieurs séries d'irradiations que l'on pratiquera même si aucun signe clinique ne décèle de nouvelles métastases.

Puisque la castration seule est presque toujours insuffisante dans les tumeurs mixtes dégénérées de l'enfant, on peut donc se demander s'il ne serait pas bon de la compléter systématiquement par des séances de radiothérapie préventive sur les ganglions lombaires. On peut objecter à cela que la radiothérapie préventive pratiquée en d'autres régions a parfois paru provoquer ou accélérer les métastases, que la radiothérapie sur la région lombaire expose a des lésions des surrénales ou des racines postérieures de la moelle, mais nous croyons que l'impuissance manifeste de la castration simple autorise vraiment une tentative dans ce sens.

(1) DURAND et PAVIOT. Cités par CHEVASSU. *Th. de Paris.*
(2) WHITE. *Journ. of path. and bact.*, 1910.
(3) SCHÖN. *Th. de Leipzig*, 1903.
(4) DAVOIGNEAU. *Th. de Paris*, 1924.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 MARS 1926)

Élection. — M. Emile FORGUE (de Montpellier) est élu correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Depage, décédé.

La torpeur hivernale obligatoire et ses manifestations diverses chez nos moustiques indigènes. — MM. E. ROUBAUD et J. COLAS-BELCOUR. Les phénomènes d'hibernation sont habituellement considérés ches les moustiques comme des phénomènes banaux d'engourdissement liés à l'inclémence de la température.

Les recherches des auteurs montrent qu'en réalité le froid n'est que rarement l'agent d'une phase de repos forcé dans la vie des moustiques; non seulement son action n'est le plus souvent pas nécessaire pour engendrer la torpeur, mais il est au contraire l'agent obligatoire d'une reprise normale des énergies. La suspension d'activité qui survient en hiver chez ces insectes rentre presque toujours dans le cadre complexe de ces phénomènes d'inertie biologique spontanée (asthénobiose) nécessitant la réactivation par le froid (athermobiose) tels qu'ils ont été précédemment définis par M. Roubaud,

I. Coloration simple et rapide du tréponème de la syphilis dans les frottis; II. Chromophilie comparée des spirochètes. — M. J. SABRAZÈS. Le tréponème de la syphilis se colore facilement surtout à chaud par la fuchsine phéniquée de Ziehl, après fixation par la chaleur.

En utilisant comparativement les colorations par la solution aqueuse de bleu de métylène à 1 p. 500,; le bleu de toluidine phéniqué à 1 p. 100 et le Ziehl dilué au 1/3, on peut distinguer les spirochètes les uns des autres :

Le tréponème de la syphilis ne se laisse colorer que par le Ziehl à chaud;

Le spirochète ichtéro-hémorragique se colore très faiblement par les bleus, bien par le Ziehl à froid.

Les autres spirochètes (fièvre récurrente, bronchite sanglante de Castellani, angine de Vincent, etc.), sont très avides des bleus et du Ziehl.

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1926)

Remarques relatives à l'application de la gymnastique oculaire au traitement de la myopie et de l'amblyopie. — Note de M. J. ROGER D'ANSAN, présentée par M. D'ARSONVAL.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1926)

La fonction uréo-sécrétoire chez les hypertendus. — MM. RICHARD et J. ROESCH ont étudié cette fonction chez un millier d'hypertendus à l'aide de la détermination de la constante d'Ambard. Les nouveaux chiffres qu'ils ont obtenus ne modifient pas leurs premières conclusions : de ces nouveaux chiffres ils concluent :

1° Dans 24 p. 100 des cas d'hypertension, la constante est normale. Elle l'est même dans 14 p. 100 des cas où le maximum est supérieur à 25.

2° Dans l'ensemble on constate une évolution parallèle des chiffres de la tension et de la constante; ce rapport est loin d'être absolu et ne saurait être invoqué en faveur de la théorie rénale, sans qu'il y ait là un argument absolu contre cette théorie.

3° Le dosage de l'urée sanguine employé seul est insuffisant pour donner une idée exacte du fonctionnement rénal.

Pour la prospérité de nos stations thermales. — M. FLEURY, après avoir insisté sur la richesse de nos eaux thermales et sur leur efficacité thérapeutique, rappelle que pour les Romains l'eau seule était tout et suffisait à attirer la clientèle. M. Fleury regrette que cet exemple n'ait pas été suivi en France et qu'on ait cru devoir ajouter à l'eau diverses distractions qui ne peuvent que nuire à la cure.

Cette opinion a soulevé d'assez énergiques protestatations de la part de MM. DURAND-FARDEL et GLEY, vice-président, qui ont soutenu que loin de nuire à la cure, des distractions bien comprises pour rendre plus agréable le séjour aux eaux, ne peuvent que favoriser le repos qu'on vient y chercher en même temps que leur action thérapeutique.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 MARS 1926)

Facteur oxydant et nutrition des tuberculeux. — M. R. LECOQ, à l'occasion de la communication récente de MM. Pissavy à Monceaux, fixe quelques points de priorité insuffisamment mis en lumière.

L'idée d'un ralentissement de la nutrition des tuberculeux remonte bien au delà des travaux de R. Monceaux; elle fut défendue en particulier par Bouchard et Carton. Il appartient à R. Monceaux d'avoir donné la preuve de ces phénomènes et d'en avoir précisé le processus par les investigations du laboratoire.

Frappé de l'analogie qui existe entre la diminution des oxydations internes tant chez les tuberculeux que dans l'avitaminose B. R. Lecoq, en 1924, recommande l'emploi des vitamines B (aujourd'hui B : D) comme modificateurs de la nutrition des tuberculeux. Il entreprit de démontrer leur action, avec Monceaux, et utilisa à cet effet le germe de blé et la levure. Le germe de blé se montra peu actif; les extraits de levure donnèrent au contraire des résultats satisfaisants. Quoique ces faits n'aient pas été publiés, il y a lieu d'en retenir l'antériorité.

Le facteur oxydant nécessaire aux tuberculeux semble de nature vitaminique connue; il n'apparaît donc pas comme très utile d'encombrer la littérature d'une nouvelle désignation.

Le choix de la levure paraît avoir une grande importance.

Les applications thérapeutiques de l'acide acétylcrésotinique-ortho. — MM. G. CARRIÈRE et E. GÉRARD, professeurs à la Faculté de médecine de Lille, ont étudié l'acide acétylorthocrésotinique, homologue supérieur de l'acide acétylacétique ou aspirine. Après en avoir donné la composition et la fabrication les auteurs exposent les avantages thérapeutiques de ce produit (appelé par eux diapirine).

Emploi. — Traitement des douleurs et de l'insomnie douloureuse chez des malades chroniques tels que rhumatisants et bacillaires, les névralgies (migraines, douleurs pelviennes et dysménorrhée, névralgie du trijumeau).

Doses. — En cachets dosés à 0g50, de 0g50 à 2 grammes en vingt-quatre heures, faible toxicité (6 à 8 grammes peuvent être admis sans intoxication.

Etre prudent cependant chez les malades atteints de néphrites (comme pour le salicylate).

La médication sérum-collargol associés dans le traitement de l'anasarque du cheval. — M. J. COCU signale l'avantage de ne pas se contenter du seul sérum de Marmoreck contre cette redoutable affection et apporte d'intéressantes communications sur les bienfaits des injections endoveineuses formées de 20 centimètres cubes de collargol à 1 p. 100.

Remarques sur l'action diurétique de la quinidine. — M. Raoul LABBÉ nous fait connaître qu'en plus de son pouvoir régulateur sur le rythme cardiaque la quinidine semble posséder l'action diurétique.

L'auteur relate quatre observations où quelques comprimés de sulfate de quinidine prescrit à la dose de deux par jour déterminèrent rapidement (un à sept jours) de la polyurie avec ténesme; la cessation du médicament l'arrêta immédiatement. Il s'agissait de vieillards et l'auteur espère que d'autres observations corroboreront ses observations donnant à ce médicament précieux des indications nouvelles.

M. M. LAEMMER fait remarquer que, soignant des paludéens, il a souvent constaté à la suite d'ingestion de quinine une diurèse plus abondante que d'ordinaire, mais peut-être ne s'agit-il que d'une diurèse par irritation de l'épithélium rénal ou d'une diurèse factice secondaire à la crise, sans relation avec la quinine.

M. DESESQUELLE insiste pour que la quinidine soit utilisée par exemple dans des cas de néphrites chroniques afin de constater si réellement il existe une action diurétique véritable.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 15 MARS 1926)

Considérations sur la denture des néanderthaliens. — M. Henri MARTIN montre l'importance des dents, de l'articulé dentaire et du maxillaire inférieur pour reconstituer l'architecture des crânes préhistoriques. La façon dont les dents s'articulent entre elles, d'une part et le condyle du maxillaire inférieur, d'autre part sont de précieux points de repère pour orienter l'assemblage des pièces craniennes plus ou moins éparses dans la couche géologique.

L'auteur présente un maxillaire inférieur moustérien sur lequel on peut voir cinq orifices servant d'issue au nerf mentonnier. La troisième grosse molaire a six cuspides, la deuxième cinq, alors qu'actuellement ces molaires n'en comportent que quatre. La troisième grosse molaire est de ce fait plus volumineuse que la seconde, elle-même plus grosse que la première.

Les dents sont absolument indemnes de carie, mais sont fortement abrasées. Cette usure siège surtout au niveau de la face triturante dont les cuspides disparaissent et au niveau des faces proximales. On note également des stries verticales sur les molaires.

La dent réagit contre cette usure par formation de dentine secondaire. Cependant les cas de mortifications pulpaires étaient fréquents; on peut en juger par les traces d'arthrite et les lésions alvéolaires que présentent les pièces maxillaires de cette époque.

Note sur la classification décimale. — M. PUIG.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(SÉANCE DE MARS 1926).

Rhumatisme chronique à forme hypérostosique datant de l'adolescence. — MM. H. ROGER et DREVON présentent des radiographies montrant, en particulier au niveau des deux hanches, des hypertrophies osseuses considérables triplant le volume de la tête fémorale, à contours assez réguliers et arrondis, constituées par des masses d'inégales densité, pa-

raissant creusées de cavités séparées par des cloisons osseuses; au niveau des épaules, ostéophytes plus denses plutôt paraarticulaires; déformations rachidiennes surtout lombaires et aplatissement triangulaire du bassin.

La lumière ultra-violette de Wood avec ses applications en hygiène, en ophtalmologie et en dermatologie. — M. Paul Vigne montre expérimentalement sous l'écran de Wood, les remarquables propriétés de ces radiations qui permettent par des fluorescences diverses de distinguer certains corps. L'auteur montre aussi sur quelques malades leur intérêt diagnostique en ophtalmologie et en dermatologie.

Syndrome de Little avec développement anormalement précoce des caractères sexuels. — MM. H. Roger, J. Monges et J. Reboul-Lachaux présentent un jeune homme de quinze ans atteint de paraplégie spasmodique du type Little avec contracture et athétose des membres supérieurs, remarquable par la précocité d'apparition et l'intensité des caractères sexuels : organes génitaux volumineux avec hyperfonctionnement pathologique, voix grave, barbe forte qui doit être rasée régulièrement plusieurs fois par semaine depuis deux ans, pilosité très marquée dans la région sternale et sur la ligne ombilico-xyphoïdienne, abondance et longueur anormale des poils des aisselles, du pubis et des membres inférieurs. L'âge du malade a été vérifié à l'état civil. Par ailleurs, il n'y a pas d'arriération mentale, mais des troubles du caractère qui sont très marqués.

Poliomyélite antérieure aiguë infantile traitée par le sérum de Pettit et la radiothérapie. — MM. G. Aymès et E. Roustan. Bébé de dix-sept mois ayant présenté une poliomyélite avec, au cours d'un épisode aigu fébrile de six jours ayant débuté le 14 octobre 1925, une parésie du membre inférieur droit et une paralysie du membre inférieur gauche. Au huitième jour injection intra-fessière de 10 centimètres cubes de sérum de Pettit; répétition de cette même dose, sous-cutanée, pendant trois jours. Rétrocession rapide des phénomènes paralytiques. Marche au bout d'un mois. Dix jours après la dernière injection, radiothérapie dorso-lombaire (cinq séances), Il ne persiste à la marche qu'un léger valgus d'ensemble du membre. Tout en tenant compte de la tendance régressive spontanée des paralysies infantiles, les auteurs pensent que la sérothérapie (avec des doses fort éloignées de celles préconisées par Pettit du fait de la pénurie de sérum) a exercé une action favorable, complétée par celle des rayons X.

Septicémie charbonneuse méconnue à forme d'hémorragie méningée. — MM. Rouslacroix et Félix Trabuc. Une femme de trente ans est admise dans la soirée à l'hôpital pour un syndrome méningé, suraigu, fébrile, accompagné de délire et de convulsions. La ponction lombaire donne issue à un liquide fortement hémorragique. On constate en outre au niveau du cou une lésion inflammatoire attribuée par les parents à la pénétration d'une écharde de bois, lésion sans caractères particuliers, d'aspect phlegmoneux au début. Mort dans la nuit. L'autopsie montre une infiltration hémorragique de l'endocarde et de l'aorte, une congestion hémorragique diffuse des méninges et des dégénérescences massives des parenchymes glandulaires. La bactéridie charbonneuse fourmille dans tous les organes. Observation curieuse par le masque médical revêtu par l'infection, la porte d'entrée cutanée n'attirant pas particulièrement l'attention et ne ressemblant ni à la pustule maligne, ni à l'œdème malin.

Cote bifide et cote supplémentaire. — MM. Liautard, J. Clément et Lavit rapportent les observations de deux malades dont l'une présente une tumeur du sein gauche, donnée par une côte bifide et l'autre une tumeur de la région sus-claviculaire gauche de la grosseur d'une mandarine donnée par une côte supplémentaire de la VII[e] vertèbre cervicale.

La valeur de la réaction de Wassermann pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis. — M. P. Giraud. En présence des divergences de vue des pédiâtres les plus sérieux au sujet de la fréquence de l'hérédo-syphilis il serait utile d'avoir un moyen précis de diagnostiquer cette infection. Malheureusement la réaction de Bordet-Wassermann donne souvent chez l'enfant des résultats décevants.

Chez le nourrisson : une réaction positive faite suivant une technique rigoureuse impose le diagnostic de syphilis; mais une réaction douteuse ou négative ne devra jamais être retenue, car on l'a vue coïncider avec des accidents cutanéo-muqueux ou viscéraux nettement évolutifs.

Chez le grand enfant : l'hérédo-syphilis a vieilli et le nombre des réactions négatives est encore plus grand; et cependant de tels malades ne doivent pas être considérés comme guéris ainsi que le prouve l'apparition ultérieure fréquente d'accidents syphilitiques parfois sérieux. Ici le traitement d'épreuve bien conduit donne souvent de meilleurs résultats que la réaction de Wassermann.

Deux cas de péritonites tuberculeuses guéries par le traitement chirurgical. — M. J. Arnould présente deux adultes rapidement guéries, l'une de péritonite à forme ascitique, l'autre de périmétrite postérieure, par la laparotomie combinée à l'héliothérapie directe. En raison de ses résultats excellents et très rapides, le traitement chirurgical est indiqué lorsque, par leur situation sociale, les malades ne peuvent pas faire les frais d'une longue cure héliothérapique et qu'ils ont besoin d'être rapidement mis à même de gagner leur vie.

Réfection du fourreau de la verge par autoplastie scrotale. — MM. Chauvin et Lahayville. Le malade, à la suite d'un phlegmon des bourses avec sphacèle secondaire de l'enveloppe de la verge, garde son urètre pénien et ses corps caverneux complètement dénudés. Le gland est intact. Dans un premier temps les auteurs, après avoir libéré la plaie circulaire qui entoure la base de l'organe, tunellisent le scrotum de façon à faire ressortir le gland à une longueur convenable par une incision inférieure. Des points aux crins suturent la demi-circonférence supérieure du lambeau scrotal et de la plaie cutanée de la base. Il en est fait de même au niveau de l'émergence du gland. Le résultat obtenu est bon. Dans un deuxième temps les auteurs se proposent de libérer le lambeau de chaque côté de la verge et par suture des bords de reconstituer le fourreau.

Volumineux papillome dégénéré de la vessie. — MM. Chauvin et Lahayville présentent une tumeur dont la frondaison recouvrait, à l'opération presque toute la muqueuse vésicale. Après bain de formol, elle donne encore une masse presque du volume des deux poings réunis. Le malade avait pourtant subi plusieurs séances de diathermie et une application de 0^gr^10 de radium pendant sept jours par les voies naturelles. Des hématuries profuses trois mois après nécessitent la cystostomie au cours de laquelle la pièce est enlevée. Les auteurs pensent que dans les tumeurs vésicales d'un certain volume, la pose du radium doit être faite par cystostomie et après extirpation aussi complète que possible de la lésion. Cette technique est celle qui permet le mieux de voir le mal, et surtout, après déblayage, de déposer le sel radifère à sa racine même.

Un cas de cancer de la langue traité par l'association curiethérapie-chirurgie. — M. J. Arnould. Il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire. Le malade a subi la ligature de la carotide externe et l'ablation des ganglions carotidiens, sous-maxillaires et sous-mentaux. 60 milligrammes de bromure de radium en aiguilles ont été maintenus dans la tumeur pendant trois jours. Le résultat immédiat est excellent.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1926)

Polypeptidémie dans les maladies infectieuses fébriles et le cancer. — M. Puech. Si les maladies infectieuses bénignes ne modifient guère la polypeptidémie, il n'en est pas de même de celles qui s'accompagnent d'une fièvre élevée un peu prolongée. Les résultats obtenus dans cinq cas de fièvre typhoïde de gravité moyenne sont absolument concordants à ce point de vue. Dans les infections très graves et prolongées la polypeptidémie augmente dans de fortes proportions. Au cours de la faillite générale de l'organisme qui précède la mort, cette

augmentation était, dans les cas observés, particulièrement marquée.

Dans le cancer l'hyperpolypeptidémie, loin d'être constante, ne s'observe guère qu'en cas de généralisation et de cachexie; elle est le témoin de l'autolyse et de la désagrégation des albumines néoplasiques.

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1926)

Fibrome sous-séreux à long pédicule. (*Présentation de pièces*). — MM. DE ROUVILLE, MADON et VILLA.

Ostéomyélite de l'aile iliaque. Psoïtis. Luxation pathologique de la hanche. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et LAUX.

Le traitement non sanglant des fractures articulaires supérieures du tibia. — M. GUIBAL.

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1926)

Parkinsonisme postencéphalitique avec palilalie et syndrome adiposo-génital. — MM. GIRAUD et GUIBAL. Trois ans après un épisode aigu (fièvre, diplopie, état méningé) d'une durée de deux mois s'installe insidieusement un état parkinsonien caractérisé par :

1° Un facies et une attitude caractéristiques ;

2° De la catatonie généralisée ; la perte des mouvements associés ; une adiadococinésie unilatérale.

3° Un tremblement intermittent des doigts; des secousses fibrillaires intermittentes de l'hémiface droite.

4° Des troubles de la vue : diplopie et strabisme intermittents.

5° Des troubles de la parole : spasme temporaire au cours de l'articulation de certaines phrases; palilalie très accusée intermittente ; voix monotone.

6° Une obésité progressive et déjà importante.

7° De l'impuissance génitale complète, sans régression morphologique.

Le liquide céphalo-rachidien est normal; il n'y a pas de stase papillaire. L'aspect radiologique de la selle turcique est normal.

Labilité des protéines et teneur en polypeptides des épanchements de la plèvre et du péritoine et dans le liquide céphalo-rachidien. — M. PUECH. Dans les liquides d'ascite cirrhotique ou cancéreuse la labilité des protéines est très peu marquée (du type sanguin normal); dans les pleurésies elle l'exagère au cas d'épanchement à polynucléaires, d'épanchement lymphocytaire ancien.

L'indice des polypeptides est très bas dans les épanchements cirrhotiques (à 0,015); dans les exsudats inflammatoires il est plus élevé : entre 0,04 et 0,07; il est plus fort dans les pleurésies à polynucléaires, celles qui évoluent vers la purulence.

Dans le liquide céphalo-rachidien, il est impossible de doser les polypeptides. L'étude des réactions des polypeptides dans les filtrats de désalbumination trichloracétiques montre des réponses anormales dans le cas d'hémorragies ou de réactions méningées diverses.

Conception chimique de la désalbumination acide. — M. P. CRISTOL montre comment à l'aide des connaissances actuelles sur la chimie des protéines se comprend facilement l'action désalbuminante de certains acides. Les acides qui possèdent la propriété de précipiter les protéines agissent de deux manières : 1° en abaissant le pH de la solution au-dessous du point iso-électrique; 2° en faisant des sels insolubles. La première condition est nécessaire mais non suffisante puisque certains acides tels que l'acide orthophosphorique ne sont pas des désalbuminants, il est de toute nécessité au contraire que les combinaisons formées, acétate, trichloracétate, notaphosphate de protéines, soient insolubles.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DES 24 FÉVRIER ET 10 MARS 1926)

Présentation d'un cas de lèpre. — M. BERTRAND présente un sujet espagnol au facies léonin caractéristique, porteur de nombreux tubercules lépreux et d'un vaste placard dyschromique. Le diagnostic a été confirmé par une biopsie. L'auteur fait à cette occasion un intéressant tableau de la lèpre à Toulouse à travers les âges.

Sclérose latérale amyotrophique à évolution lente. — MM. Jean TAPIE et ANDRIEU présentent une malade chez laquelle sont progressivement apparus : une atrophie des deux éminences thénar, quelques signes pyramidaux et de légers troubles bulbaires, sans aucun trouble sensitif. L'affection a débuté depuis plus de quatre ans; l'évolution est extrêmement lente. Il n'existe aucune modification chimique ou cytologique du liquide céphalo-rachidien. Mais la réaction de Wassermann est positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. On peut se demander si, conformément à l'hypothèse défendue par M. Léri, la syphilis ne serait pas à l'origine de prétendues « formes lentes de la maladie de Charcot ».

Angine de Ludwig à forme anatomique anormale; intervention; guérison. — MM. VIÉLA et ESTIENNY.

Lithiase rénale et morphine. — MM. MARTIN et CAFFORT, à propos d'un cas de mort survenu chez un lithiasique en crise, quelques heures après l'injection d'un demi-centigramme de morphine, insistent sur les dangers de l'opium et de ses dérivés dans tous les cas où l'on soupçonne des lésions du parenchyme rénal.

Tumeur kystique du cervelet. — MM. MOREL, BOUNHOURE, ANDRIEU et CHARRIÉ présentent une volumineuse tumeur gliomateuse de l'hémisphère cérébelleux gauche qu'ils ont trouvée à l'autopsie d'un homme de vingt-cinq ans. Ce malade avait présenté depuis deux ans de violentes céphalées avec opisthotonos de la région céphalique et quelques troubles cérébelleux sans stase papillaire et sans modifications du liquide céphalo-rachidien.

Nouveau cas de lipiodiagnostic artériel. — M. P. MÉRIEL, dans un cas de gangrène sénile du cinquième orteil, a constaté un arrêt du lipiodol à la partie inférieure de l'artère fémorale. Ce dernier concordait avec les données de l'oscillométrie.

PRATIQUE MÉDICALE

DE LA TOUX DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE. SES COMPLICATIONS. ESSAI DE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE (1).

Par le docteur Joseph FABRE.

Le complexe pantopon, papavérine, éther sulfurique d'atropine, plus connu sous le nom de spasmalgine, est utilisé dans tous les cas si nombreux de spasmes de la gorge, du tube digestif, de l'appareil génital, dans les coliques hépatiques et néphrétiques (Rütimeyer), dans la dysménorrhée (Caro, dans tous les cas de déséquilibre neuro-végétatif (Mergui). Se basant sur ces faits cliniques et d'autre part sur l'emploi par Popper de la papavérine contre la toux coqueluchoïde. M. Fabre a songé à utiliser ce médicament en général contre la toux des tuberculeux et en particulier contre la toux émétisante, à la dose de deux comprimés par jour. Il en a obtenu d'excellents résultats. La spasmalgine, que l'on peut d'ailleurs employer également sous forme d'injections sous-cutanées, diminue le tonus de la fibre musculaire lisse et l'excitabilité réflexe des centres bulbaires, en particulier des noyaux du vague, surtout quand il y a hypervagotonie : au début de la maladie, elle donne de très bons effets; à la période cavitaire, elle diminue la violence et l'intensité de la toux; elle

(1) *Th. de Bordeaux*, 11 déc. 1925.

fait disparaître presque complètement les quintes et les sueurs nocturnes; jointe à l'allonal, elle permet au malade de prendre un repos qui lui est nécessaire. Justement M. Chausset, dans sa thèse de Lyon, a eu l'occasion de constater combien l'allonal ou isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine était utile dans le traitement symptomatique des tuberculeux et c'est ce même médicament que tout récemment, dans la *Gazette des hôpitaux*, MM. Villaret, Justin-Bezançon et Fauvert ont conseillé dans l'insomnie des tuberculeux : ce sont là des notions de pratique courante qu'il importe de retenir, car la toux des bacillaires est plus souvent combinée aux sueurs profuses et à l'insomnie et il est particulièrement intéressant d'avoir à sa disposition deux médicaments efficaces et, pour ainsi dire « atoxiques », aux doses thérapeutiques, ainsi que le constate M. Fabre pour la spalmagine; même constatation a été faite pour l'allonal dans les travaux de MM. Mounot, Chausset, Estival, Pouchet, Redonnet. etc.

Dans la toux émétisante, la spasmalgine administrée quelques minutes avant le repas, fait disparaître la quinte post-prandiale et du même coup le vomissement. Cette amélioration semble persister un certain temps : aussi M. Fabre conseille-t-il le traitement discontinu, cinq à dix jours de traitement, cinq à dix jours de repos, qui lui a toujours donné satisfaction, sans qu'il ait pu observer de phénomènes d'accoutumance et il cite notamment un cas de tuberculose pulmonaire, à évolution très lente, vraisemblablement fibrousé, ayant présenté au cours de son évolution, à deux reprises, un syndrome de toux émétisante. Ce syndrome, après quinze jours de traitement à la spasmalgine, a été chaque fois complètement modifié dans son évolution, les vomissements se sont arrêtés au début de la médication, permettant une alimentation normale, et n'ont pas repris à la suspension du médicament qui a semblé exercer ici une espèce d'effet de discipline particulièrement heureux.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

La question des honoraires est toujours délicate pour ceux qui exercent une profession libérale, particulièrement pour le médecin; car dès qu'une contestation s'élève entre lui et la personne qu'il a soignée au sujet des visites faites, la preuve est difficile à administrer du nombre de ces visites. Et cela est d'autant plus vrai que le carnet du médecin ne peut servir de preuve légale, en raison de cette règle juridique qu'on ne peut pas se créer de titre à soi-même. Le tribunal civil de la Seine (7e Chambre) a rendu à cet égard, le 26 janvier 1926, un jugement qui contient des appréciations assez curieuses qu'il est utile de faire connaître à nos lecteurs.

Ce jugement est ainsi conçu :

« Attendu que c'est seulement entre commerçants que les livres font foi. Que les carnets de médecins ne leur créent pas de titre contre leurs clients :

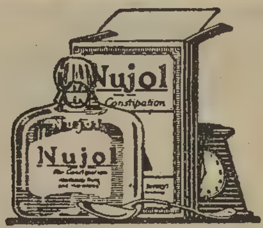
Sur les honoraires de 1922 :

Attendu que X... (docteur) n'apporte d'autre preuve de ses visites que l'aveu indivisible de Z... (client) qui déclare les avoir payés;

Sur les honoraires de 1923 :

Attendu que Z... ne reconnaît que 51 visites. Que X... n'apporte pas de preuve juridique des 67 visites dont il réclame le prix, sans en avoir au préalable fourni le détail complet à Z... auquel il ne l'a communiqué qu'après l'assignation;

Attendu que la lettre à enregistrer du 21 juin 1923 invoquée par X... répondant à une lettre recommandée de ce dernier en date du 10 juin faisant déjà ressortir le conflit entre les deux


Nujol
Constipation
Nujol

parties, constitue non une acceptation de sa note, mais une protestation polie contre son montant :

Attendu au surplus qu'il appert des explications non contredites de Z... que X... avait été chargé par lui de diriger l'alimentation de sa petite fille en bas âge. Que c'est seulement pendant quelques jours qu'il la soignée pour une diphtérie dont la période aiguë a duré du 5 au 8 février.

Que, dès le 11, elle était hors de danger, puisqu'il appert de la note même de X... dont le dévouement professionnel n'a jamais été mis en doute, qu'il s'est abstenu ce jour-là de lui rendre visite.

Attendu qu'il appert de la note même de X... qu'au cours de la convalescence les visites ont été bi-quotidiennes du 12 au 24 février, quotidiennes jusqu'au 1er mars et ensuite espacées tous les deux jours environ pendant tout le mois de mars jusqu'au départ pour Berck de sa jeune cliente;

Attendu que X... ne prétend pas que des complications aient nécessité ces visites qui ne sauraient être appréciées à la même valeur que si elles avaient été peu espacées. Que le médecin à la discrétion duquel se remet le client doit prendre les intérêts de ce dernier dont il est à ce point de vue le gérant d'affaires et qu'il a lui-même avantage à se laisser un peu désirer s'il veut rehausser la valeur matérielle de ses soins;

Que si X... n'a fait que 51 visites les 1.500 fr. qu'il a reçus représentent environ les 30 fr. par visite auxquels il prétend et dans lesquelles les soins accessoires doivent être compris. Que s'il en a fait 67 ils lui donnent encore un honoraire de plus de 20 fr. qui tient un compte suffisant en 1923, étant donné leur nombre, du service rendu par un médecin sans titres scientifiques spéciaux à un jeune ménage.

Par ces motifs :

Déboute X... de sa demande. »

Le Tribunal se réserve, comme nous l'avons déjà dit antérieurement, un droit d'appréciation sur les honoraires demandés par le médecin ou le chirurgien. C'est peut-être excessif de considérer le médecin comme le gérant d'affaires de son client : le médecin est un homme de l'art qui vient quand on l'appelle et indique, lorsque sa visite est terminée, s'il reviendra ou non le lendemain ou le surlendemain. L'assimilation de l'exercice médical à une gestion d'affaires paraît difficile à admettre, si l'on se reporte aux articles 1372 et suivants du Code civil. L'article 1372 dispose : « lorsque volontairement on gère la chose d'autrui, soit que le propriétaire connaisse la gestion, soit qu'il l'ignore, celui qui gère contracte l'engagement tacite de continuer la gestion qu'il a commencée et de l'achever jusqu'à ce que le propriétaire soit en état d'y pourvoir lui-même; il doit se charger également de toutes les dépendances de cette même affaire. Il se soumet à toutes les obligations qui résulteraient d'un mandat exprès que lui aurait donné le propriétaire. »

La caractéristique juridique de la gestion d'affaires est que le gérant accomplisse des actes ayant trait directement au *patrimoine* du maître, et impliquant effectivement et matériellement son immixtion dans les affaires de ce dernier. La profession médicale n'a aucune ressemblance avec la gestion d'affaires.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

La pratique des sanatoriums d'après les vingt premières années d'exercice des sanatoriums de Bligny (1), par L. GUINARD.

Cet ouvrage réunit les documents se rapportant à l'histoire et à la création des sanatoriums de Bligny, ainsi que les renseignements pratiques que l'on peut tirer des résultats médicaux et économiques obtenus dans les conditions où ils ont été et sont installés, construits, organisés, administrés et dirigés.

Les fondateurs et bienfaiteurs de cette œuvre n'ayant reculé devant aucun sacrifice, cette grande organisation peut servir de modèle à ceux qui s'intéressent aux sanatoriums et cherchent à se renseigner sur les services qu'ils rendent et les moyens de les mettre en valeur : médecins, hygiénistes, phtisiologues, architectes, bienfaiteurs, administrateurs, etc.

Non seulement le docteur Guinard, dont le nom est inséparable de celui de Bligny, indique les conditions hygiéniques et techniques de construction, d'organisation et de fonctionnement, mais il entre dans les détails de l'organisation médicale et administrative des sanatoriums.

Un index final réunit les documents bibliographiques pouvant intéresser tous ceux que préoccupent la prophylaxie, la clinique et le traitement de la tuberculose.

L. G.

(1) Un volume de 448 pages avec 31 illustrations dans le texte et 32 planches hors texte. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

Traité théorique et pratique de psychanalyse (1), par le docteur Ernest JONES, co-directeur de « l'International Journal of medical-psycho-analyses », président de la Société psychanalytique de Londres, ancien professeur de psychiatrie à l'Université de Toronto (Canada). Traduit de l'anglais par le docteur S. Jankélévitch.

M. le professeur Jones, disciple orthodoxe de Freud, psychanalyste de la première heure, appliquant lui-même depuis de nombreuses années la méthode psychanalytique, s'est attaché à exposer dans ce *Traité théorique et pratique de psychanalyse*, en faisant abstraction de toute discussion dogmatique, l'état actuel de la psychanalyse, ce qui, en cette branche nouvelle et déjà si féconde de nos connaissances, peut être considéré comme définitivement acquis, tant au point de vue des prémices théoriques que des applications pratiques. Mettant à profit sa vaste érudition, citant à chaque instant des faits empruntés à son expérience personnelle, déjà suffisamment longue, M. Jones a réussi à écrire un livre d'une lecture facile et agréable.

Les médecins trouveront dans le *Traité théorique et pratique de psychanalyse* de M. Jones un résumé aussi complet que clair et intelligible de la vaste littérature que cette nouvelle orientation de la psychologie a suscitée depuis plus de vingt ans et des données qui semblent se dégager définitivement des recherches innombrables et des discussions souvent passionnées qu'elle a suscitées.

L. G.

Les Maladies de l'ovulation (2), par Paul DALCHÉ, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.

Le docteur Dalché s'efforce d'aborder un sujet, bien rarement traité dans son ensemble, si même il l'a jamais été. Il ne se borne pas à considérer l'ovulation dans la ponte ovarique, mais il l'étend au travail évolutif qui part de la cellule originelle et accompagne l'ovocyte et le follicule jusqu'à la ponte de l'ovule; si de la sorte les maladies de l'ovulation prennent de l'ampleur, elles sont bien difficiles à étudier.

L'étude clinique et le traitement de ces maladies de l'ovulation envisagées d'une façon générale conduisent à les étudier dans certains états particuliers, tels que l'infécondité et l'aménorrhée.

Enfin, l'auteur, après avoir envisagé assez longuement les rapports des dysménorrhées dites essentielles avec les maladies de l'ovulation et exposé ce qu'il entend par dysménorrhée anaphylactique, arrive à l'ovarite menstruelle qu'il propose d'appeler ovarite ovigène (comme on dit pneumonie pleurogène), ovarite par ovulation défectueuse.

Cette ovarite ovigène comporte de nombreuses variétés. Celle que nous apprécions le mieux est l'hémorragie folliculaire récidivante, tantôt d'origine anaphylactique, de nature arthritique, tantôt se rapprochant de l'hyperémie ovarienne de Lawson Tait, etc. Les complications en sont nombreuses, quelques-unes graves; la chlorose ménorragique de Trousseau est une des plus intéressantes.

Dans ces divers chapitres, le traitement tient une place importante.

L. G.

(1) In-8 de la Bibliothèque scientifique. — Prix : 50 fr. — Paris, Payot.
(2) In-8 de 176 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

IIIe COURS DE VACANCES sur la Tuberculose et le Climat d'altitude

Les conférences seront faites en français et en allemand. — Droit d'inscription : 10 francs. — MM. les participants recevront un bon logement avec pension complète aux prix très modérés de 12, 10 et 8 francs.

Pour tous renseignements complémentaires au sujet du programme des travaux, prière de s'adresser à la *Commission du Cours de vacances* DAVOS (Suisse). — Dernière limite pour s'annoncer : 1er août 1926.

N° 32. — MERCREDI 21 AVRIL 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 21 AVRIL 1926. — N° 32.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LE CONGRÈS DE ROME. — Le VIIe Congrès international de chirurgie s'est ouvert le 7 avril, au Palais du Capitole, sous la présidence de M. Benito Mussolini, chef du gouvernement italien, assisté de M. Cremosini, gouverneur de Rome, de M. Fedele, ministre de l'Instruction publique. Le professeur Giordano (de Venise), président du Congrès, était en outre entouré de MM. Willems, président du Comité international; Mayer, secrétaire général; des délégués de chaque pays. M. Hartmann représentant la France; M. Roberts, l'Angleterre; M. Brinsmade, les Etats-Unis; M. de Quervain, la Suisse, etc.

Dans l'assistance on remarquait MM. Jean-Louis Faure, Alglave, Auvray, Bazy, Deniker, Fredet, Mathieu, Monod, Robineau, Sorrel (de Paris), Bégouin, Rocher (de Bordeaux), Cotte, Patel (de Lyon), Leriche, Simon (de Strasbourg), Michel (de Nancy), etc.

C'est à l'issue de cette séance solennelle que s'est produit l'attentat dont le « Duce » faillit être victime. Il venait de prononcer le très beau discours que nous publions plus loin.

D'autres allocutions furent prononcées par le gouverneur Cremonesi, par M. Willems, président du Comité international, qui prononça l'éloge des membres disparus, parmi lesquels Depage et Mac Ewen, Auguste Broca, Richelot, Edouard Schwartz, Maunoury, Jalaguier, Potherat, Villa, Sencert, Hallopeau, Vidal (de Bapaume). M. Mayer, secrétaire général, annonça la réadmission prochaine des chirurgiens des Empires centraux à la Société internationale de chirurgie. Le professeur Giordano termina en rappelant les noms des grands promoteurs de la chirurgie italienne.

Discours prononcé par S. E. Benito Mussolini.

« Je souhaite la bienvenue, au nom du gouvernement italien, aux maîtres les plus illustres de cet art du fer chirurgical dans lequel la science médicale a su trouver, à travers les siècles, une de ses plus grandes et de ses plus glorieuses conquêtes. Le mot qui désigne votre art, messieurs, ne le définit point et surtout il n'en dit ni la signification idéale ni la haute valeur humaine. Par ses racines grecques le mot « chirurgie », en effet, n'a qu'une très modeste signification. Il peut se traduire ainsi : « travail de la main ». Mais les plus éclatantes vertus de l'intelligence et les énergies les plus profondes de la volonté et du caractère doivent conduire et soutenir cette main au cours de son travail au profit d'une science par laquelle, avec des victoires de plus en plus retentissantes, vos petites lames précises arrachent au mal, qui n'est plus invincible, la vie des hommes si souvent et si terriblement menacée. Née en de très lointaines origines, c'est sur la terre italienne que votre science, messieurs, est devenue telle et que, soustraite à l'ignorance de ses profanateurs, elle peut devenir loi et discipline par la volonté et le génie des savants groupés dans cette Ecole de Salerne qui devait plus tard engendrer pendant la Renaissance les quatre grands maîtres glorieux que vous reconnaissez encore aujourd'hui comme les révélateurs et les fondateurs très vénérés de vos doctrines scientifiques; je fais allusion à André Vesalio et à Wurtzins, à Paracelso et à Ambroise Paré. Il est certes bien inutile de vous rappeler que ce dernier, chirurgien de François II, de Charles IX et de Henri III, au cours des grandes guerres de cette époque accompagnait les armées sur les champs de bataille. Et lorsque, se baissant sur les guerriers mortellement atteints, il rendait la vie sur le point de s'en aller pour toujours, et cela surtout par la ligature des artères remplaçant les anciennes méthodes de la cautérisation des membres amputés, lorsqu'il tirait ainsi de la mort imminente et certaine le prodige d'une vie nouvelle, Ambroise Paré, dans son admirable modestie et levant les yeux au ciel, disait toujours, très humblement : « Je le pançai, Dieu le guarist. » Non. Il n'avait pas seulement pansé et soigné ces mourants. Il les guérissait. Et là où la mort tuait, l'homme arrivait à créer la vie de nouveau.

Les sept livres de l'un des plus illustres ouvrages de l'histoire de l'art chirurgical ont ce titre : *De corporis humani fabrica*. Vous êtes en effet, vous, les maîtres de l'anatomie,

vous êtes ceux qui « fabriquent » pour la seconde fois le corps humain. Par vos poignets solides, avec vos mains savantes, vos cœurs stoïques et vos cerveaux lucides, vous avez peu à peu arraché aux embûches de la maladie la plupart des régions les plus mystérieuses du corps humain.

Comme soldat de la grande guerre, j'ai moi-même longuement expérimenté sur mon corps votre merveilleuse habileté et votre science incomparable, et avec moi des millions et des millions de blessés.

Je salue en vous, messieurs, les sauveurs prodigieux des vies innombrables, les héros victorieux des ambulances. Mais si les soldats ont leur repos, puisque même les guerres les plus terribles aboutissent à la paix, votre combat héroïque contre la mort n'a jamais de trêve. Jusqu'au dernier jour de votre existence vous luttez sans cesse pour essayer de sauver les grands blessés de la vie qui sont encore plus nombreux que les blessés qui tombent sur les champs de bataille. Si tous les hommes dignes de ce nom deviennent des soldats au moment du sacrifice exigé par la patrie, vous êtes, vous, ô maîtres de la chirurgie, les soldats magnifiques et infatigables d'une bataille ininterrompue contre la mort.

Je suis vraiment heureux de vous voir réunis ici en nombre si imposant, hôtes de Rome, et je vous prie d'agréer, messieurs, avec mes salutations les plus cordiales, les sentiments de ma bien vive admiration et de ma plus profonde sympathie. »

Après la séance du Capitole, tandis que le cortège officiel reconduisait le président du Conseil italien, une vieille femme tirait à bout portant un coup de revolver sur celui-ci. Blessé au visage, ce dernier faisait preuve d'un incomparable sang-froid et, tandis que les chirurgiens s'empressaient, M. Mussolini s'écriait : « Bagatelle ! » méprisant sa plaie saignante et ne pensant qu'à ses devoirs de chef. Sur le parvis de la place du Capitole quelques plaques de sang restaient sur le pavé et aussitôt des Romains enthousiastes y trempaient leur mouchoir pour conserver des reliques du « Duce ». Toute la journée Rome devait retentir des manifestations de dévouement au fascisme en même temps que toute la ville frémissait en signe d'allégresse et que les murs se couvraient d'affiches célébrant les mérites du chef préservé de la mort pour la plus grande gloire de l'Italie.

L'Assemblée générale a mis à l'ordre du jour du Congrès de 1929 les trois questions suivantes :

1° Causes et mécanisme de l'embolie;
2° Résultats des résections pour ulcus gastro-duodénal;
3° Traitement de la maladie de Basedow.

Deux autres questions doivent être désignées en outre par une Commission spéciale.

Le vote de l'Assemblée a fixé le siège du VIIIe Congrès à Varsovie. Par d'unanimes acclamations, le Congrès a désigné comme président M. Henri Hartmann, délégué de la France. Ce sera donc un chirurgien français qui présidera, en Pologne, le premier Congrès où seront admis les chirurgiens des Empires centraux.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Maurel, Guilly, Coustaing, qui acceptent; Bouvet, Chompret, de Massary, Auvray, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Première épreuve.* — Première séance : MM. Creyssel, 12; Richard, 13; Quénu, 19; Michon, 12; Heuilly, 16; Ricard, 17.

Deuxième séance : MM. Boularan, 13; Richer, 15; Mourgue, 16; Wertheimer, 19; Dubouchet, 15, Roux, 16.

Troisième séance : MM. Aimes, 16; Weiss, 18; Guilleminet, 16; Bonniot, 19; Ferry et de Rougemont, 14.

PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE. — Jury : MM. Morel, président; Labat, Perrin, Schwartz.

Epreuve pratique. — Séance du 13 avril. — MM. Hazard, 18,5; Dorlencourt, 16.

Exposé de titres. — Séance du 14 avril. — MM. Hazard, 18; Dorlencourt, 17.

Leçon orale. — Séance du 16 avril. — M. Hazard : « Composés arsenicaux organiques aromatiques » ; note : 17.

M. Dorlencourt : « Le camphre » ; note : 18.

Total des points : MM. Hazard, 53,5 ; Dorlencourt, 51.

Sont proposés : MM. Hazard et Dorlencourt.

PHYSIQUE MÉDICALE. — Jury : MM. Weiss, président; Pech, Dufour, Rechou.

Epreuve pratique. — Séance du 13 avril. — MM. Dognon et Malassez, 18; Chevalier et Fabre, 17; Cottenot, 16; Kofman et Lambolez, 13.

Exposé de titres. — Séance du 14 avril. — MM. Dognon, 19; Chevalier, Fabre et Malassez, 15; Cottenot, 8.

Leçon orale. — Séance du 15 avril. — M. Dognon : « La chaleur animale (de Lavoisier à nos jours) » ; note : 16.

M. Chevallier : « Contraction et travail musculaire » ; note : 16.

Séance du 16 avril. — M. Malassez : « Diagnostic des amétropies par les méthodes objectives et leurs avantages (ne détailler que les méthodes ophtalmoscopiques et skiascopiques) » ; note : 12.

M. Fabre : « L'œil réduit » ; note : 17.

Total des points : MM. Dognon, 53; Chevallier, 48; Malassez, 45; Fabre, 49.

PHYSIOLOGIE. — Jury : MM. Roger, président; Doyon, Hédon, Delaunay.

Epreuve pratique. — Séance du 13 avril. — MM. Hermann, 19; Santenoise, 18,5; Bouisset, Fabre et Petiteau, 18; Chailley-Bert, 17,5; Legrand et Delas, 17.

Exposé de titres. — Séance du 14 avril. — MM. Legrand et Santenoise, 18; Petiteau et Fabre, 17,5 ; Bouisset et Chailley-Bert, 17; Hermann, 16,5; Delas, 16.

Leçon orale. — Séance du 15 avril. — M. Santenoise : « Métabolisme des graisses » ; note : 17,5.

M. Bouisset : « L'inhibition » ; note : 16.

M. Legrand : « Action des sécrétions internes sur la croissance » ; note : 18.

Séance du 16 avril. — M. Hermann : « Localisations cérébrales. Evolution des doctrines de Gall à nos jours » ; note : 17.

M. Petiteau : « Conductibilité de l'excitation dans le myocarde » ; note : 16.

M. Chailley-Bert : « Action sur le sang des agents coagulants et anticoagulants » ; note : 17,5.

M. Delas : « La lymphe » ; note : 16.

M. Fabre : « Importance fonctionnelle des substances minérales » ; note : 19.

Total des points : MM. Fabre, 54,5; Santenoise, 54; Legrand, 53; Hermann, 52,5; Chailley-Bert, 52; Petiteau, 51,5; Bouisset, 51; Delas, 49.

CHIMIE MÉDICALE. — Jury : MM. Hugounenq, président; Denigès, Polonowski, Labbé.

Epreuve pratique. — Séance du 13 avril. — MM. Sannié, 18; Wunschendorff, 16; Grigaut et Cristol, 13.

Exposé de titres. — Séance du 14 avril. — MM. Sannié, 18; Wunschendorff, 13.

Leçon orale. — Séance du 15 avril. — M. Sannié : « Les notions d'acidité et d'alcalinité en biochimie » ; note : 19.

Séance du 16 avril. — M. Wunschendorff : « Les conceptions actuelles sur la nature des diastases et le mécanisme de leurs actions » ; note : 16.

Total des points : MM. Sannié, 55; Wunschendorff, 45.

Sont proposés : MM. Sannié et Wunschendorff.

(*Voir la suite des* INFORMATIONS *p.* 517.)

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RADIOLOGIE EN 1925

PAR

Louis DELHERM et P. THOYER-ROZAT,

CHEF CHEF ADJOINT

DU LABORATOIRE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

I. RADIODIAGNOSTIC

OS. ARTICULATIONS

Aspects radiographiques du cancer vertébral. (Sicard, Coste, Belot et Gastaud. *Journ. de radiol.*, août 1925.) — La symptomatologie radiologique du cancer vertébral, mieux étudiée depuis quelques années mais insuffisamment décrite jusqu'à présent, permet, dans la majorité des cas, de porter un diagnostic précis, et en particulier de différencier le cancer vertébral du mal de Pott avec lequel on le confondait fréquemment autrefois.

L'examen radiologique du rachis a même permis d'affirmer l'existence d'un néoplasme de la prostate, pourtant cliniquement méconnu, en décelant des lésions vertébrales secondaires.

D'une manière générale, du reste, le cancer vertébral secondaire, métastatique, est beaucoup plus fréquent que le primitif; les néoplasmes les plus ostéophiles à cet égard sont l'épithélioma du sein chez la femme, le cancer de la prostate chez l'homme et le cancer thyroïdien. Les autres localisations primitives ne donnent plus souvent lieu aux métastases vertébrales qu'à la phase de généralisation.

Description radiologique. — Alors que le *mal de Pott*, étant essentiellement une ostéo-arthrite, se manifeste d'abord par le pincement du disque intervertébral, la *métastase rachidienne néoplasique* est une lésion uniquement osseuse qui se manifeste le plus souvent au centre de la vertèbre et aboutit à l'effondrement du corps vertébral en respectant les disques intervertébraux; l'aspect radiologique optimum est donné dans ce cas par les clichés pris de profil. C'est le type ostéoporotique ou ostéoclastique.

Le type ostéoplastique, avec aspect pommelé, ouaté, pagétoïde, est plus rare; il est souvent l'apanage des métastases prostatiques qui frappent d'ailleurs fréquemment aussi le reste du squelette, mais il peut se rencontrer sans lésion prostatique originelle, telle la curieuse vertèbre d'ivoire rencontrée chez des femmes atteintes de néoplasme du sein.

On observe, enfin, également chez des porteurs de cancer viscéral, des métaplasies osseuses plus banales, non cancéreuses, mais dominées cependant par l'existence du néoplasme primitif et se rapprochant des ostéomalacies; leur étude demande à être encore approfondie.

Le *cancer vertébral primitif*, beaucoup plus rare, est, soit du type sarcome, soit du type myélome; peut-être faut-il aussi ranger dans les lésions primitives les manifestations vertébrales de la lymphogranulomatose maligne de Hodgkin.

Cf. — Le cancer vertébral. (Coste. *Th. de Paris*, 1925.)

Le cancer secondaire du rachis. (H. Roger. *Marseille méd.*, 15 fév. 1925.)

Diagnostic radiographique des tumeurs des os. (R. Lipschitz. *Th. de Paris*, 1925.)

Altérations osseuses daus la granulomatose maligne. (Belot et Nahan. *Soc. de radiol.*, mars 1925.)

Vertèbre opaque cancéreuse. (Sicard, Haguenau et Coste. *Revue neurol.*, fév. 1925.)

Métastases osseuses de cancers du sein. (Belot et Lepennetier. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Grenoble, juillet 1925.)

Le diagnostic radiologique dans l'ostéite fibreuse et dans les tumeurs du système osseux. (S. Hansen [de Copenhague]. *Acta radiol.*, mars 1925.)

Contribution à l'étude anatomo-radiologique de la Ve lombaire chez l'adulte. (G. Lévy-Lebhar. *Th. de Paris*, 1925.) — Nombreuses sont les circonstances où l'on a recours à l'exploration radiographique de la Ve lombaire, mais nombreux aussi sont les différents aspects qu'elle présente sur les clichés, tant en raison de la variabilité anatomique réelle que des incidences variées de ses projections radiographiques.

Il est donc indispensable d'obtenir par une technique correcte une projection perpendiculaire de cette vertèbre ayant pour résultat une image bien dégagée de celle du sacrum et avec un corps cubique à bords nettement tracés, analogue à celui des antres vertèbres lombaires. On peut également radiographier la Ve lombaire de profil pour connaître le degré de son inclinaison sur le sacrum.

Cf. — A propos de la scoliose par asymétrie de la Ve vertèbre lombaire. (Judet. *Presse méd.*, 8 avril 1925.)

Lombalisation de la Ire vertèbre sacrée et glissement vertébral (spondylolysthèses). (A. Léri. *Presse méd.*, 23 déc. 1925.)

Radiculite lombo-sacrée et sacralisation. (Speder [de Casablanca]. *Maroc méd.*, avril 1925.)

Contribution clinique et radiologique à l'étude de la sacralisation de la Ve lombaire. (Casolo [de Milan]. *Radiologia med.*, juin 1925.)

Radiographie de la colonne dorsale en position oblique- (Badolle (de Lyon). *Lyon méd.*, fév. 1925.) — La radiographie de face de la colonne dorsale étant souvent insuffisante pour dépister un mal de Pott au début et la radiographie de profil étant, au moins pour la colonne dorsale supérieure, impossible à réaliser en raison de la projection des épaules, l'auteur a recours à la radiographie oblique qu'il exécute de préférence debout. L'incidence la plus favorable est l'oblique postérieure gauche avec film perpendiculaire au rayon normal de préférence au film placé contre le dos du sujet (et par conséquent oblique par rapport au rayon normal). L'angle d'incidence qui a paru le plus favorable à l'auteur est aux environs de 65 degrés; en deçà l'ouverture de l'espace clair est insuffisante, au delà l'image perd beaucoup de sa netteté.

APPAREIL CIRCULATOIRE

Le diagnostic précoce de la dilatation du cœur par la radioscopie. (E. Bordet. *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, juillet 1925.) — La seule constatation, à l'écran d'une amplitude exagérée des battements cardiaques sur un sujet au repos doit, en dehors même de toute augmentation de volume du cœur, retenir l'attention et être regardée comme suspecte de pré-dilatation.

Mais si à cette exagération dans l'amplitude des battements s'ajoute une augmentation des diamètres, c'est alors la certitude d'une dilatation pathologique au début. Même modéré, l'allongement du ventricule gauche est l'indice certain d'une altération des parois.

L'examen radioscopique permet donc non seulement de diagnostiquer une dilatation cardiaque précoce, mais encore

C. R., 18.000, Seine.

de la prévoir et par suite d'établir une thérapeutique préventive.

Cf. — L'insuffisance ventriculaire gauche. (LAUBRY, ROUTIER et OURY. *Presse méd.*, 4 avril 1925.)

Les images radioscopiques du cœur et de l'aorte dans l'hypertension. (E. BORDET. *Pratique méd. franç.*, janv. 1925.) — Dans l'hypertension pure, on observe trois degrés d'augmentation de volume du ventricule gauche.

Dans le premier, les modifications sont légères : le contour gauche est amplifié, la pointe s'abaisse et s'arrondit; la corde ventriculaire s'allonge mais la flèche ne se modifie pas encore.

Dans le second, en même temps que les diamètres s'allongent, la convexité du profil s'accentue, le contour gauche s'arrondit et la flèche augmente.

Au troisième degré, enfin, on constate des augmentations considérables de l'aire gauche : les diamètres du ventricule sont extrêmement exagérés et le profil gauche prend un développement hémisphérique énorme.

L'auteur signale également l'importance du blocage des culs-de-sac costo-diaphragmatiques souvent signe avant-coureur de décompensation cardiaque.

APPAREIL PULMONAIRE

Etude radiologique des cavernes pulmonaires. (Ch. LEFOURNIER. *Th.* Le Mans, 1925.) — Les recherches anatomo-radiologiques faites par l'auteur lui ont permis de déterminer exactement à quelles lésions correspondent les différents aspects radiologiques observés sur le vivant à l'écran ou sur le film radiographique.

La bulle de Bouchard traduit l'existence d'une grande caverne unique : l'aspect en nid d'abeille répond à une caverne cloisonnée; la mie de pain est l'image de petites cavernes multiples en cohésion.

La localisation anatomique des cavernes repose sur les principes généraux de repérage utilisés couramment en radiologie; mais elle est grandement facilitée par l'injection de lipiodol.

L'auteur, enfin, après avoir étudié les fausses cavernes (superposition ou entrecroisement d'ombres, contours squelettiques circulaires, etc.) termine par un chapitre intitulé auscultation et radiologie, et à ce sujet conclut :

La radiologie ne peut remplacer l'investigation clinique du thorax. La clinique ne peut pas se passer de la radiologie qui décèle les cavernes muettes, masquées, camouflées, qui révèle des cavernes situées dans des zones inaccessibles et qui précise, enfin, siège, forme et dimensions des cavernes auscultables. Le syndrome cavitaire radiologique, traduction fidèle de l'état cavitaire anatomique, est donc nécessaire pour suppléer — parfois compléter — et préciser toujours le syndrome cavitaire clinique.

Cf. — Ce que la clinique peut demander aux injections intratrachéales de lipiodol dans le radiodiagnostic des affections de l'appareil respiratoire. (E. SERGENT et P. COTTENOT. *Presse méd.*, 18 avril 1925.)

Examen radiologique des poumons après injection de lipiodol dans les bronches. (S. KEISJER [de Suède]. *Acta radiol.*, janv. 1925.)

A propos de l'aspect spéluncaire. (DELHERM et FARCY. *Soc. d'électr. et de radiol.*, janv. 1925.)

Le lipiodol dans l'arbre bronchique. (BIANCHINI [de Rome]. *Arch. d. radiol.*, mai-juin 1925.)

Les pleurésies purulentes enkystées de l'enfance. (DUHEM et SEGUIN. *Journ. de radiol.*, juin 1925.) — Facile dans les pleurésies purulentes de la grande cavité, le diagnostic, même radiologique, devient beaucoup plus délicat lorsqu'il s'agit de pleurésies enkystées.

Pleurésies interlobaires. — L'épanchement dans la scissure horizontale donne une image en bande transversale barrant l'hémithorax et dont la largeur varie avec l'incidence de l'ampoule : c'est le type classique des épanchements interlobaires dont l'aspect est bien connu.

Mais l'épanchement de la grande scissure oblique peut donner lieu à des erreurs d'interprétation en raison de l'étendue de l'opacité observée à l'écran et qui rappelle l'infiltration lobaire, la pneumonie caséeuse, la congestion pulmonaire; la tonalité de l'opacité observée, la netteté de ses contours généralement arrondis sont en faveur de la pleurésie enkystée et la ponction exploratrice guidée par le radiologiste conduira souvent au diagnostic; par contre, le diagnostic avec l'abcès du poumon est pratiquement impossible, mais la conduite à tenir étant la même dans les deux cas l'erreur est sans importance.

Pleurésies pariétales. — La pariétale externe est la plus fréquente et la plus facile à diagnostiquer à l'écran. La pleurésie médiastine, diaphragmatique à son extrémité inférieure, donne l'image de deux triangles opposés par leur sommet qui est au hile, le triangle sus-hilaire étant généralement moins étendu que le sous-hilaire.

Les pleurésies enkystées du sommet ne peuvent être que soupçonnées par l'examen radiologique et demandent la confirmation de la ponction exploratrice.

Cf. — Les pleurésies médiastines. (DUHEM et SEGUIN. *Soc. de radiol.*, mars 1925.)

Les difficultés du diagnostic de certaines pleurésies enkystées. (PAILLARD. *Centre méd.*, janv. 1925.)

Aspect radiologique de la pleurésie purulente chez l'enfant. (John R. CARTY et Ch. LIEBMANN [de Boston]. *Amer. Journ. of Rœntgen. and ther.*, sept. 1925.)

TUBE DIGESTIF

La visibilité de la vésicule biliaire aux Rayons X. (TUFFIER et NEMOURS-AUGUSTE. *Presse méd.*, 18 mars 1925.) — Bien que les progrès de la technique radiologique aient permis depuis quelques années d'élever le pourcentage des diagnostics positifs corrects dans l'examen de la vésicule (calculs visibles, vésicule perceptible) il n'en reste pas moins vrai que l'examen direct de la vésicule est insuffisant dans nombre de cas encore. Aussi la méthode de Graham et Cole permettant de rendre la vésicule opaque et visible aux rayons X par injection intraveineuse ou par ingestion de substances appropriées, a-t-elle connu dès son apparition, une faveur tout à fait justifiée.

Les composés employés étaient primitivement les sels de sodium de la tétrachlorophénolphtaléine en injection intraveineuse. Pour éviter quelques incidents d'ailleurs légers et pour permettre l'emploi plus large de cette intéressante méthode d'exploration de la vésicule on a de plus en plus recours à l'administration « per os » de la phénolphtaléine, tétra-iodée préparée en pilules kératinisées. Quelle que soit la méthode employée (injection ou ingestion) le malade doit rester à jeun pendant les 9 à 10 heures qui suivent l'administration du sel : c'est à partir de ce moment que la vésicule devient visible à l'écran par la présence dans la bile de ce sel opaque aux rayons. Les radiographies sont prises de trois en trois heures à partir de ce moment et montrent chez l'individu normal l'image piriforme de la vésicule injectée.

Les résultats de cette exploration sont les suivants :

1° *La vésicule ne s'injecte pas et reste invisible* : la non perméabilité des canaux biliaires doit être mise en cause (calculs, bouchon muqueux, sténose).

2° *La vésicule est visible* : on a, par conséquent, la notion de sa forme, de son volume, de ses contours, de sa situation, de ses rapports avec les organes voisins (duodénum en particulier). La présence de calculs dans la vésicule elle-même ne gêne pas son remplissage mais donne lieu à des inégalités de teinte ; ils se voient généralement en clair sur l'opacité vésiculaire.

Les renseignements à tirer de cet examen sont donc de la plus haute importance et cette méthode encore à ses débuts présente un très vif intérêt et est appelée à rendre incontestablement de très grands services en pathologie vésiculaire.

Cf. — Valeur diagnostique de l'examen radiographique de la vésicule biliaire après injection intraveineuse de phénolphtaléine tétra-iodée. (W. C. BARKER (de Philadelphie). *Medical Journ. and Record*, oct. 1925).

La Cholécystographie. (GOSSET et LOEWY. *Presse méd.*, 5 sept. 1925.)

L'examen radiologique de la vésicule biliaire par la méthode

de Graham et Cole : cholécystographie. (LEDOUX-LEBARD. *Paris méd.*, 16 mars 1925).

La cholécystographie : étude expérimentale et clinique. (GRAHAM, COLE et COPHER. *Journ. of. amer. med Assoc.*, janv. 1925.)

Visibilité radiologique de la vésicule biliaire après administration «per os» de bromures alcalins. (SABATINI et MILANI [de Rome]. *Presse méd.*, 29 août 1925.)

La cholécystographie. (NEMOURS-AUGUSTE. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Grenoble. Juillet 1925.)

Cholécystographie. (NEMOURS-AUGUSTE. *Soc. de radiol.*, mai 1925.)

Cholécystographie : méthode de Graham, Cole et Copher. (SHERWOOD MOORE [de Saint-Louis]. *Amer Journ. Rœntg. a. Rad. Ther.*, août 1925).

La cholécystographie à l'aide de l'emploi « per os » de sels opaques solubles. (CARL, S. OAKMANN. *Amer. Journ. of Rœntg. a. Rad. Ther.*, août 1925.)

Les images radiographiques de la vésicule et leur signification clinique : PRIBRAM, (GRUNENBERG et Otto STRAUSS. *Deut. med. Woch.*, 28 août 1925.)

Cholécystographie : apparition et disparition de l'ombre vésiculaire. (GLOVER et COPHER. *Journ. of. Amer. med Assoc.*, mai 1925.)

Le radio-diagnostic des affections organiques du gros intestin. (LEDOUX-LEBARD. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, de Grenoble Juillet 1926.) — L'exploration radiologique du côlon peut se faire par deux méthodes qui ont leurs indications respectives mais généralement se complètent : on aura donc presque toujours intérêt à les employer toutes deux : ce sont le repas opaque et le lavement opaque : elles renseignent à la fois sur la morphologie du gros intestin (anomalies de forme, de situation, de calibre), sur sa mobilité (recherche des adhérences), sur son fonctionnement (étude du transit intestinal et des divers types de constipation).

Dans cette communication l'auteur ne traite que des modifications imprimées à l'image radiologique des contours d'un segment quelconque du côlon, déformations temporaires ou permanentes, extrinsèques ou intrinsèques. Il passe en revue les images segmentaires, passagères (spasmes) ou permanentes (sténoses), les images lacunaires (d'origine généralement néoplasique), les images diverticulaires.

Mais, conclut l'auteur, il convient d'être extrêmement prudent dans l'interprétation des images observées et de ne jamais oublier la relativité des données fournies par l'examen radiologique, données qui n'acquièrent toute leur valeur que par leur comparaison avec les résultats des autres modes d'observation clinique.

Cf. — L'examen radiologique au cours des affections organiques du côlon : la méthode du lavement opaque. (S. GILBERT SCOTT [de Londres]. *Brit. med. journ.*, janv. 1925.)

Aspects lacunaires de la région iléo-cæcale dans les péricolites d'origine appendiculaire : (GUÉNAUX et VASSELLE. *Soc. d'électro. et de radiol.*, mars 1925.)

L'importance des positions vicieuses congénitales dans la pathologie du gros intestin. (G. BIANCHI. *La Radiologia med.*, juillet 1925.)

Les affections douloureuses du côlon. (LAMBERTO, PIERGROSSI. *Arch. di radiol.*, mars-avril 1925.)

Contribution à l'étude radiologique des tumeurs du côlon. (MARINO LAPENNA. *Arch. di radiol.*, mars-avril 1925.)

Les sténoses fonctionnelles du duodénum. (E. TERRIS *Th. de Paris*, 1925). — En regard des sténoses organiques par ulcus, cancers ou malformations duodénales congénitales, l'auteur place les sténoses fonctionnelles par compression au niveau du pédicule mésentérique par périduodénites localisées, par réactions péritonéales de voisinage et par obstruction du transit duodénal.

Les principales causes des sténoses fonctionnelles seront donc :

Le pédicule mésentérique et sa branche l'artère colica media;

La périduodénite plus rare, soit totale, soit surtout partielle et d'origine souvent très éloignée du duodénum lui-même, la coudure duodéno-jéjunale et en particulier le rôle du muscle de Treitz.

Le tableau clinique de ces sténoses est généralement le même dans tous les cas :

Migraine, petits signes digestifs de débuts (nausées, pyrosis, constipation) puis amaigrissements et asthénie, avec un syndrome tantôt gastrique, tantôt biliaire, tantôt intestinal.

Il s'ajoute enfin à ces signes généraux les signes particuliers de la lésion initiale souvent éloignée qui provoque cette sténose.

Dans cette étude extrêmement complète l'auteur consacre un long chapitre à l'examen radiologique : il y insiste au point de vue radioscopique sur l'importance de l'antipéristaltisme duodénal dont la constatation doit toujours faire suspecter une modification mais pas nécessairement toujours une sténose, sur le trajet du duodénum.

Suffisante pour confirmer le diagnostic dans les cas de compression ou de bride mésentérique, la radioscopie demande à être complétée par la radiographie et de préférence par la radiographie en série toutes les fois qu'il s'agira de sténose par périduodénite soit qu'elle porte sur le bulbe seul ou sur les deux premières portions du duodénum à la fois.

Cf. — Recherches sur l'exploration radiologique du duodénum par le tube d'Einhorn. (CHABROL, LAPEYRE et LAURAIN. *Soc. de radiol*, fév. 1925.)

Les deux variétés de périduonénite essentielle sténosante : la périduodénite congénitale, la périduodénite acquise inflammatoire. (F. DUVAL et J.-Ch. ROUX. *Arch. des maladies de l'app. dig.*, nov., 1925.)

Périduodénite et appendicite. (A. BASSET. *Arch. des maladies de l'app. dig.*, nov. 1925.)

Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodénum (F. DUVAL, J.-Ch. ROUX et H. BÉCLÈRE, 1 vol., Masson 1925.)

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Exploration radiologique de l'utérus et des trompes à l'aide du lipiodol. (GRÉGOIRE, DARBOIS, Cl. BÉCLÈRE. *Soc. de radiol.*, déc. 1925.) — C'est une nouvelle et très heureuse application de la méthode du lipiodo-diagnostic de Sicard et Forestier.

Ici le lipiodol est injecté chaud pour obtenir une plus grande fluidité et par conséquent une pénétration plus facile.

Après injection de 10 à 20 centimètres cubes la cavité utérine normale apparaît sous forme d'une image triangulaire continuée à ses extrémités par le mince ruban plus ou moins flexueux des trompes : quand les trompes sont perméables le lipiodol vient ensuite tomber goutte à goutte dans la cavité péritonéale.

Cette méthode d'exploration donne des documents précieux pour :

1. Le diagnostic des tumeurs pelviennes en localisant la tumeur soit à l'utérus soit en dehors de lui ou même en dehors de l'appareil utéro-salpingien;

2. Le diagnostic des métrorragies en démontrant l'existence et en précisant les caractères et la situation d'une tumeur intra-utérine;

3. L'étude de la perméabilité tubaire.

Cf. — Sur la visibilité de l'utérus et des annexes. (Carlos HEUSER. *Soc. de radiol.*, mai 1925.)

La radiologie utéro-annexielle. (GRÉGOIRE. *Soc. de chir.*, 18 nov. 1925.)

Le radiodiagnostic des affections utéro-annexielles et en particulier des fibromes (L. FERRÉ. *Journ. de radiol.*, oct. 1925.)

Les divers procédés de cystographie. (DARIAUX, NÉGRO et BLANC. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Grenoble, juillet 1925.) — Les recherches que les auteurs poursuivent depuis plusieurs années les ont amenés à ne pas se contenter, dans l'exploration radiologique de la vessie, de la seule radiographie de face : celle-ci ne renseigne en effet que très imparfaitement sur la forme, la direction et surtout sur les diverticules postérieurs ou antérieurs possibles de la vessie. Ils utilisent donc quatre procédés :

La cystographie antéro-postérieure orthogonale;
La cystographie antéro-postérieure axiale;
La cystographie oblique;
La cystographie rigoureusement latérale.


RÉVULSIF BOUDIN
RÉVULSIF LIQUIDE
à Base d'Essences de Crucifères
ENERGIQUE
RAPIDE
PROPRE
REMPLACE :
Teinture d'Iode, Cataplasmes Sinapisés,
Ouates Thermiques, Pointes de Feu,
Papier à la Moutarde, Etc..
S'APPLIQUE AU PINCEAU
N'ABIME PAS LA PEAU
Échantillons : Laboratoires BOUDIN, 6, Rue du Moulin. à VINCENNES (Seine)
Après chaque application reboucher avec soin.
RÉVULSIF BOUDIN
RÉVULSIF LIQUIDE
PRÉPARÉ PAR
F. BOUDIN
6, Rue du Moulin
VINCENNES (Seine)


ORTHO-GASTRINE
Sulfate (sesqui phosphate) Bi-carbonate Citrate de Soude
INSUFFISANCE SECRETOIRE
GASTRITE - ENTÉRITE
Adultes 2 paq. par jour
Enfants ½ à 1 paq. par jour
SELS PURS ET ANHYDRES
GARANTIS CODEX
CONDITION ABSOLUMENT
INDISPENSABLE D'EFFICACITÉ
Chaque Dose donne un verre
à Bordeaux de Solution
LIMPIDE FACILE À BOIRE, MÊME POUR LES ENFANTS
Lab. A. Le Blond. 51, Rue Gay-Lussac. PARIS 5e
CURE ALCALINE SODIQUE
ORTHO-GASTRINE
Préparé par A. LE BLOND Pharmacien de 1re Classe
51, Rue Gay-Lussac, 51, PARIS (Ve)
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN
PRIX: 7fr 50
FORMULE
RATIONNELLE
Ortho-Gastrine
51, Rue Gay-Lussac
PARIS

Ces deux dernières positions difficiles à réaliser en raison de la projection du bassin et des articulations coxo-fémorales ont cependant été obtenues par les auteurs avec une technique spécialement étudiée et leur ont donné des résultats extrêmement intéressants pour l'urologiste. A noter que les auteurs emploient pour l'injection de la vessie le collargol moins irritant pour la muqueuse vésicale que le bromure de sodium

Cf. — La cystographie latérale. (DARIAUX, NÉGRO et BLANC. *Soc. de radiol.*, mars 1925.)

La cysto-radiographie. (PAPIN. *Journ. méd. franç.*, déc. 1925.)

Les diverticules vésicaux en clinique et en radiologie. (BIANCHINI [de Rome]. *Arch. di radiol.*, mars 1925.)

II. RADIOTHÉRAPIE

Technique et avantages du traitement des métropathies hémorragiques et des fibromes par la méthode de deux grands champs opposés. (NADAUD [de Colmar]. *Journ. de radiol.*. fév. 1925.) — Cette méthode, d'ailleurs utilisée déjà par beaucoup de radiologistes, simplifie la technique habituelle du traitement des fibromes par les petits champs d'irradiation. Elle a pour avantage d'englober plus sûrement et de frapper plus efficacement les ovaires dont le repérage est difficile et souvent illusoire quand on utilise un petit champ : de plus le taux de transmission et l'action en profondeur sont augmentés. Enfin utilisée avec une installation de radiothérapie pénétrante, cette technique diminue beaucoup le nombre des séances et la longueur du traitement, — surtout s'il s'agit de sujets obèses ou porteurs de gros fibromes — tout en donnant aux malades le maximum de garantie de guérison.

Cf. — Ce que le praticien doit savoir sur la radiothérapie des fibromes utérins. (DECLAIRFAYT [de Spa]. *La Médecine internat.*, oct. 1925.)

Généralités sur la radiothérapie pénétrante. (PIERQUIN. *Journ. méd. franç.*, fév. 1925.)

Les modifications des fibro-myomes utérins irradiés. (MARTELLI et SPINELLI [Naples]. *L'Actinotherapia*, janv. 1925.)

Le traitement de la paralysie infantile par la radiothérapie seule ou associée à la diathermie. (H. BORDIER [de Lyon]. *Arch. de méd. des enf.*, sept 1925.) — La nouvelle méthode utilisée par Bordier dans le traitement de la paralysie infantile comporte à la fois la radiothérapie et la diathermie.

La radiothérapie qui nous occupera seule ici a pour but d'agir sur les lésions inflammatoires qui ont touché les cellules motrices de la moelle, en provoquant peu à peu leur réparation.

Il y a intérêt à agir précocement sans attendre l'installation des paralysies définitives, les lésions fraîches étant plus sensibles à l'action du traitement.

Pour les membres supérieurs l'irradiation doit porter sur une région comprise entre la IIIe et la VIe vertèbres cervicales.

Pour les membres inférieurs c'est entre la XIe dorsale et la Ire lombaire.

Il est indispensable de plus d'orienter convenablement le faisceau des rayons X en inclinant l'ampoule de façon à ce que le rayon normal vienne frapper perpendiculairement les lames vertébrales : c'est dans ces conditions que les cellules lésées recevront le maximum d'irradiation.

L'auteur fait généralement une série mensuelle de trois séances d'irradiation correspondant à un peu plus de 3 H à la peau et un peu moins de 1 H au niveau de la moelle. Il renouvelle cette série de trois séances pendant deux ou trois mois.

La première série est faite généralement de quinze à trente jours après la période fébrile.

D'après l'auteur les résultats sont constants et supérieurs à ceux obtenus avec les autres méthodes.

Cf. — Le traitement de la paralysie infantile par la radiothérapie seule ou associée à la diathermie. (H. BORDIER. *Presse méd.*, 17 juin 1925.)

La radiothérapie médullaire dans la paralysie infantile, (H. BORDIER. *Paris méd.*, 25 avril 1925.)

Radiothérapie de la polyomyélite. (PHILIPI et GALLAND. *Journ. améric. méd. ass.*, juin 1925.)

Le traitement radio-électrique actuel de la paralysie infantile. (MALLEIN-GÉRIN. *Prat. méd. franç.*, août 1925.)

Les différentes méthodes physiothérapiques employées dans le traitement de la paralysie spinale de l'enfance. (P. DUHEM. *Soc. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1925.)

Les résultats du traitement roentgenthérapique de la maladie de Basedow. (SOLOMON. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Grenoble, juillet 1925.) — Les recherches récentes sur le métabolisme basal chez les basedowiens et ses modifications sous l'action du traitement roentgenthérapique donnent la démonstration physiologique de l'action puissante de la roentgenthérapie dans le traitement des syndromes basedowiens.

Cependant avant l'ère radiothérapique, l'électrothérapie constituait une méthode thérapeutique ayant à son actif un certain nombre de guérisons et d'améliorations importantes : cette méthode a d'ailleurs gardé plusieurs partisans.

L'auteur toutefois donne sa préférence à la radiothérapie et estime, d'après les cas qu'il a observés et traités, que cette méthode donne, avec une bonne technique, un pourcentage de guérisons plus élevé qu'avec les autres méthodes.

Le traitement doit être conduit de la manière suivante :

Une dose hebdomadaire de 350 R par porte d'entrée, en utilisant deux et trois portes;

Une série de douze séances : après repos une nouvelle série de douze séances si l'amélioration n'est pas suffisante.

Une troisième série enfin, analogue aux deux précédentes, sera entreprise après repos de trois mois, si le résultat obtenu reste insuffisant.

En général la guérison est obtenue à la fin des deux premières séries. Seuls doivent être considérés comme réfractaires ceux qui n'ont pas été améliorés par les trois séries de douze séances.

Cf. — Union de la radiothérapie et de l'électrothérapie dans le traitement du goitre exophtalmique. (FRAIKIN. *Soc. d'électroth. et de radiol.*, janv. 1925.)

Le traitement électrique du goitre exophtalmique. (PORTRET et HÉLIE. *Journ. de radiol.*, fév. 1925.)

Traitement du cancer du col utérin par les radiations. (G. RICHARD. *Journ. méd. franç.*, fév. 1925.) — Réservant le cancer du corps à la seule chirurgie — parce que très radiorésistant — l'auteur expose la technique et les résultats que l'on est en droit d'attendre actuellement du traitement du cancer du col, rigoureusement diagnostiqué, par les irradiations (radium et radiothérapie associés).

Dans les cancers du col encore opérables, les résultats donnés par la chirurgie seule ou la curiethérapie seule sont à peu près comparables; l'auteur estime toutefois préférable d'associer les deux méthodes : application de rayons γ suivie de l'exérèse chirurgicale. En tout cas ne pas faire de curiethérapie postopératoire.

Dans les cancers à la limite de l'opérabilité, non infectés ou désinfectés, l'auteur préfère la curiethérapie seule en applications de rayonnement γ pur, en irradiant largement et de façon aussi homogène que possible toute la région envahie par le cancer.

Dans les cancers largement envahissants avec paramètres pris jusqu'au bassin et culs-de-sac vaginaux indurés, l'association curiethérapie et radiothérapie pénétrante donne des résultats encourageants; il est préférable de commencer par la radiothérapie qui doit être employée avec de larges champs d'irradiation, de fortes doses, un rayonnement très filtré et une grande distance anticathode-peau. La curiethérapie suivra sans intervalle cette radiothérapie.

Les résultats obtenus, quand ils sont favorables, aboutissent à une suppression des hémorragies d'abord, puis des pertes muco-purulentes. L'utérus et le col présentent une diminution de volume très marquée : les paramètres s'assouplissent et l'utérus retrouve sa mobilité; parfois, cependant, on note un peu de sclérose vaginale qui efface les culs-de-sacs.

Au point de vue général, après une phase de dépression et d'amaigrissement consécutive à la fatigue du mal des rayons (surtout après les fortes doses de radiothérapie) le malade reprend rapidement des forces et du poids.

Les statistiques des cas traités à la Fondation Curie sont nettement encourageantes et laissent espérer que les techniques chaque jour mieux adaptées à chaque cas deviendront aussi de plus en plus efficaces.

Cf. — Traitement du cancer du col de l'utérus par les radiations. (REGAUD, LACASSAGNE, ROUX-BERGER, COUTARD, MONOD, PIERQUIN et RICHARD. *Journ. de radiol.*, déc. 1925.)

Radiothérapie du cancer du col de l'utérus. (Simone LABORDE et Y. L. WICKHAM. *Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, juillet 1915.)

Réflexions et résultats personnels sur les traitements radiothérapiques des cancers du sein. (AUDAN [de Grenoble], *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Grenoble, juil. 1925). — Tout le monde paraît d'accord sur la nocivité des traitements très pénétrants appliqués de suite ou peu après l'intervention chirurgicale : mais A. Béclère a montré l'innocuité des doses répétées de rayonnement modérément pénétrant qui ont pour effet d'exalter un processus de défense et non de détruire un néoplasme qui vient d'être enlevé. L'auteur adopte une ligne de conduite qui consiste donc à répéter les doses (à raison de 40 séances en 5 séries de 8, pendant trois ans) et à multiplier les champs (4 larges champs à chaque séance : sus-claviculaire, sous-claviculaire et axillaire, pectoral, postérieur sous-épineux).

Dans ces conditions il a pu maintenir en état de guérison des cancers du rein enlevés à la limite de l'opérabilité et enrayer des récidives apparues plus ou moins tardivement.

Cf. — Les résultats du traitement rœntgenthérapique des cancers du sein. (WINTZ [d'Erlanger] *Congrès internat. de radiol.*, Londres, juin 1925.)

La rœntgenthérapie post-opératoire des cancers du sein. (HOULIÉ. *Journ. du cancer.*, août 1925.)

Contribution au traitement du cancer du sein. (MORLET [Anvers]. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Grenoble, juil. 1925.)

Valeur de l'irradiation post-opératoire dans le cancer du sein. (EVANS et LEUCUTIA. *Amer journ. of. rœntg.*, mai 1925.)

Radiothérapie profonde du cancer du sein. (EVANS et LEUCUTIA [Détroit]. *Amer. Journ. of rœntg.*, août 1915.)

Contribution à l'étude du cancer du sein par la radiothérapie profonde. (Ch. CHAMBACHER et W. RIEDER. *Presse méd.*, 30 déc. 1925.)

La rœntgenthérapie de la granulomatose maligne. (R. GILBERT [Genève]. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Grenoble, juil. 1925.) — La lymphogranulomatose maligne, ou malade de Hodgkin, présente un réel intérêt pour la radiothérapie car elle n'est pas guérissable, elle ne peut être dans la majorité des cas influencée par aucune thérapeutique aussi favorablement que par la rœntgenthérapie : celle-ci permet d'obtenir des améliorations prolongées, avec retour apparent à la santé pour des périodes plus ou moins longues pendant lesquelles le malade recouvre souvent une capacité normale de travail.

Le traitement doit être étalé sur plusieurs semaines, et l'irradiation doit porter sur tous les territoires ganglionnaires envahis connus (s'assurer de l'état du médiastin). Il n'est pas inutile de confirmer auparavant le diagnostic par une biopsie.

Il est bon de consolider le traitement primitif par de nouvelles séries d'irradiation après repos, en ayant soin de contrôler l'état du sang pour éviter des leucopénies exagérées.

Dans ces conditions la radiothérapie constitue la seule arme relativement efficace contre cette redoutable affection.

Le traitement radiothérapique des tumeurs cérébrales. (E. B. TOWNE [de San Francisco]. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 13 juin 1925.) — Les gliomes sont seuls justiciables du traitement radiothérapique, les tumeurs bénignes restant au contraire du ressort de la chirurgie. La radiothérapie sera avantageusement précédée d'une trépanation décompressive pour éviter l'hypertension causée par l'application des rayons.

L'auteur a traité dix cas de gliomes cérébraux par les rayons X : dans deux cas l'amélioration fut très nette; dans quatre cas elle fut suffisamment marquée; dans les quatre autres, enfin, il n'y eut aucun résultat appréciable. Les améliorations constatées disparurent après le traitement pour reparaître à nouveau lors d'une nouvelle reprise du traitement.

Cf. — Radiothérapie et radiodiagnostic des tumeurs de l'encéphale. (G. LÉVY. *Revue neurol.*, nov. 1925.)

INFORMATIONS

(SUITE)

IXe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD. (MONTRÉAL, 21-22-23 septembre 1926.) — Le IXe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord se réunira à Montréal les 21, 22 et 23 septembre 1926.

Les rapports porteront sur les sujets suivants :

A. *Médecine.* — Insuffisance ventriculaire.

B. *Chirurgie.* — Traitement chirurgical de l'ulcus gastrique et de l'ulcus duodénal.

C. *Hygiène sociale.* — Prophylaxie de la syphilis infantile ; — Prévention sociale de la tuberculose.

D. *Spécialités de la tête.* — Interprétation des états vertigineux.

E. *Intérêts professionnels.* — L'hôpital et le praticien.

Sur chacune de ces questions, il y aura des rapporteurs français et canadiens dont les noms seront publiés dans quelque temps. Leurs rapports seront lus et discutés aux séances plénières qui se tiendront l'après-midi dans l'ordre suivant : médecine, chirurgie, intérêts professionnels. Seule, la séance plénière d'hygiène sociale aura lieu le premier soir.

Pour assurer le bon fonctionnement du Congrès et pour permettre aux membres inscrits de présenter des travaux, le Comité exécutif, de concert avec les présidents de section, a résolu de faire des séances particulières pour chacune des sections qui ne siégera pas en séance plénière. Ces séances auront lieu dans des salles spécialement affectées à cette fin.

Les avant-midi seront consacrés à la clinique, chaque service d'hôpital organisant à son gré un programme qui sera distribué la veille aux congressistes.

Le texte des rapports sera distribué quelques semaines avant le Congrès aux médecins inscrits à cette époque pour leur permettre d'en prendre connaissance et de les discuter aux assemblées plénières. Un deuxième rapport général sera ensuite envoyé contenant toutes les communications particulières et les discussions de chaque section.

Il y a donc intérêt pour tous les membres de la profession médicale à s'inscrire dès maintenant.

Le prix du Congrès est fixé à six dollars.

Le Comité exécutif est ainsi constitué :

Président : professeur Albert Lesage; vice-présidents : professeur P. C. Dagneau (Québec), docteur A. Collin (Winnipeg), docteur O. Maynard (Nashua); secrétaire général : professeur Gustave Archambault; secrétaire du Congrès : docteur Romeo Boucher; trésorier : docteur Hector Aubry.

Adresse : casier postal 183, station Outremont, Montréal.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. (Professeur : M. RATHERY.) — M. le professeur Rathery a fait la leçon inaugurale de son cours le lundi 19 avril 1926, à 18 heures (grand amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

Objet du cours : Programme de l'examen de 3e année.

RENSEIGNEMENTS

NOTES POUR L'INTERNAT

POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT[1]

c. **Lorsque la paralysie persiste**, elle se *limite* à *certains groupes musculaires*, présentant toujours une *distribution radiculaire*.

1. AU MEMBRE INFÉRIEUR, ce sont surtout les muscles antérieurs de la cuisse (quadriceps) et antéro-externes de la jambe (péroniers antérieurs et jambier antérieur) qui sont atteints.

2. AU MEMBRE SUPÉRIEUR. — C'est presque toujours une paralysie *radiculaire supérieure* (Ve et VIe racines) avec atteinte des muscles suivants : deltoïde, faisceau claviculaire du grand pectoral, biceps, triceps, brachial antérieur, long supinateur.

La *paralysie radiculaire inférieure* est beaucoup plus rare. Les paralysies peuvent être plus *dissociées* encore, frappant électivement un ou deux muscles.

3. LES MUSCLES DE L'ABDOMEN, sont rarement atteints.

4. LES MUSCLES LOMBAIRES, lorsqu'ils sont touchés, laissent s'installer une scoliose qui peut être définitive.

5. MUSCLES DE LA NUQUE. — Leur atteinte (nuque ballante) est très grave, car elle annonce l'imminence des phénomènes bulbaires.

6. PARALYSIES COMBINÉES. — Rares. On a pu observer la coexistence d'une paralysie radiculaire supérieure du membre supérieur droit et d'une paralysie radiculaire inférieure du côté gauche.

5° **Période d'atrophie et de déformations**. — La paralysie étant *fixée* sur le membre, l'atrophie et la déformation se précisent et s'accentuent au fur et à mesure que l enfant grandit.

a. **Atrophie**. — Elle porte sur *tous les plans*.

La peau est lisse, amincie, cyanosée, facilement escarrifiée.

L'adipose sous-cutanée apparaît fréquemment, masquant l'atrophie musculaire.

Les muscles fondent, et sont réduits à de minces lames fibrineuses.

Les os ne se développent ni en longueur, ni en épaisseur. Ils sont transparents à la radiographie. Cet état expliquant leur fragilité (fractures spontanées) et le raccourcissement du membre.

Les *articulations* sont distendues, déformées, et se luxent avec facilité.

b. **Déformations**. — Les *rétractions tendineuses* fixent les attitudes anormales. C'est la *phase chirurgicale* de la paralysie infantile, les déformations passant en général par *deux stades* :

1. Stade de déformations *corrigibles*.
2. Stade de déformations *permanentes, fixées*.

1. AU MEMBRE INFÉRIEUR. — Pied bot, presque toujours en *varus équin*, très rarement en valgus ou en talus. Parfois, la contraction conservée des muscles profonds fixe le pied en pied creux.

Le pied, ballant au début, est donc rapidement fixé dans sa déformation, par les rétractions tendineuses.

Le genu valgum paralytique est rare.

L'atrophie des muscles des deux membres inférieurs et du bassin détermine les cul-de-jatte.

2. AU MEMBRE SUPÉRIEUR. — Les déformations sont plus rares : le plus souvent, c'est l'*épaule ballante paralytique* ; parfois, coude ballant ou main bote.

3. AU TRONC. — On peut observer une *scoliose*, soit par atteinte directe des muscles des gouttières, soit par *compensation*. La lordose lombaire, possible, peut être à l'origine de déformations pelviennes.

(1) Suite — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 30, p. 486.

PRONOSTIC

1. **Vital**. — Il est bénin, la maladie évoluant dans la règle vers la guérison (quelques exemples d'épidémies sévères).

2. **Fonctionnel**. — Il est parfois *très sérieux*, si le malade n'est pas convenablement traité, et souvent malgré le traitement. Il est encore assombri par la crainte des *rechutes* qui peuvent frapper quelques semaines plus tard les muscles antérieurement atteints ou de nouveaux groupes musculaires. En tout cas, ne jamais se hâter de porter un pronostic définitif, puisque l'amélioration des paralysies peut se poursuivre au delà de toute espérance.

FORMES CLINIQUES

Elles sont surtout le fait de la *maladie de Heine-Medin* où le processus infectieux, plus diffus, dépasse souvent les cornes antérieures, réalisant cliniquement des aspects plus variés.

1. **Forme douloureuse**. — Elle est la plus importante. Les douleurs peuvent dominer la fièvre.

Pendant la première et même la deuxième semaine de la paralysie : violentes douleurs de la nuque et des lombes avec irradiation aux membres inférieurs, Hypéresthésie cutanée, douleur à la pression et à l'élongation des nerfs.

Plus tard : localisation de la douleur au membre paralysé qui reste sensible à la pression pendant quelques semaines. Ces algies relèvent d'une *méningo-radiculite* concomitante que vient signer la ponction lombaire qui montre une lymphocytose rachidienne assez intense.

2. **Formes méningées**. — Elles peuvent se présenter sous deux grandes formes :

a. **Forme méningo-myélitique**. — C'est d'abord une phase méningée intense avec Kernig, contractures, rachialgie, lymphocytose rachidienne intense. Puis, après une *phase paralytique* anormalement prolongée, les signes poliomyélitiques s'installent et évoluent de façon banale.

b. **Forme méningée pure**. — C'est un aspect *abortif* : aucune paralysie n'apparaît.

3. **Formes frustes**. — Elles ne sont guère reconnaissables qu'en temps d'*épidémie* et simulent une méningite, une grippe, une infection gastro-intestinale.

4. **Formes suivant le siège**. — a. **Forme ascendante à type de maladie de Landry**. — Après une phase préparalytique banale, surviennent des symptômes inquiétants : fièvre, douleur à la nuque, rachialgies, nausées. A la paralysie des membres inférieurs s'ajoute rapidement celle des membres supérieurs.

Puis apparaissent des troubles de la *déglutition*. Le malade est cyanotique, baigné de sueurs, dyspnéique et tachycardique, et la MORT survient en trois à quatre jours, par paralysie respiratoire.

Rarement, on a pu signaler des formes *descendantes* où les paralysies des membres succédaient aux troubles bulbaires, la guérison ayant pu être observée dans ces cas.

b. **Formes bulbaires et bulbo-protubérantielles**. — Elles sont le plus souvent la terminaison de la forme précédente, mais peuvent exister à l'état isolé. Se traduisant par une paralysie des nerfs craniens dont le diagnostic n'est possible qu'en temps d'épidémie (percuter les réflexes rotuliens).

PARALYSIES ISOLÉES DES NERFS CRANIENS. — La paralysie *faciale* est la plus fréquente. Les autres paralysies (oculaires, bulbaires proprement dites) sont plus rares.

c. **Forme cérébrale**. — Elle peut coexister avec des signes de poliomyélite, se traduisant par une hémiplégie qui s'ajoute au tableau clinique.

Elle peut exister seule (encéphalite isolée), posant la question des rapports entre la poliomyélite et l'hémiplégie spasmodique infantile. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **9 fr. 50.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . **45** *fr.*
Tarif n° 1 : **55** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2* : **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort de M. Loëb, interne provisoire des hôpitaux de Paris, décédé victime du devoir professionnel à l'hospice de Bicêtre, à l'âge de 23 ans.

Notre jeune collègue a été emporté par une scarlatine maligne contractée dans le service de son maître M. Harvier.

La *Gazette des hôpitaux* adresse à la famille et aux collègues de cette nouvelle victime du devoir l'expression de ses condoléances émues.

— CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique écrite*. — Séance du 19 avril. — MM. Bith, 18,25; Marchal, 15; Paraf, 19,09; Chevalley, 18.

Consultation écrite. — Séance du 21 avril. — MM. Schulmann, 18,18; Ravina, 19; Jacquet, 20; Jacob, 19,45.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite*. — Séance du 19 avril. — MM. Monod (Raoul), 19; Bloch (René), 16; Michon, 20.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Première épreuve*. — Quatrième séance : MM. Lefèvre et Pollosson, 17.

Exposé de titres. — Première séance : MM. Moggi, 16; Chenut, 18; Mourgue, 14; Brocq, 20; Quénu, 17; Rochet, 14.

Deuxième séance : MM. Ferrari, 16; Wertheimer, 19; Dubouchet, 16; Ricard, 12; de Gaudart d'Allaines, 17; Guilleminet, 10.

Troisième séance : MM. Pollosson, 15; Aimes, 16; Loubat, 18; Bardon et Roux, 17; Richet, 16.

Quatrième séance : MM. Bernardbeig, 15 ; Leveuf et Charbonnel, 17; Perrin, 15; Charrier, 16; Lefebvre, 17.

Cinquième séance : MM. Gatellier, 18; Swynghedauw, 17; Bonniot, 18; Weiss, 19; Moulonguet, 18; Heuilly, 12.

Ordre de passage pour la leçon de 3/4 d'heure : MM. Weiss, Leveuf, Heuilly, Harvier, Perrin, Loubat, Bernardbeig, Pollosson, Ricard, Guilleminet, Moulonguet, Roux, Brocq, Wertheimer, Aimes, Chenut, Dubouchet, Swynghedauw, Quénu, Charbonnel, Gatellier, Bardon, Rochet, de Gaudart d'Allaines, Richet, Ferrari, Bonniot, Lefèvre, Moggi, Mourgue.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 22 avril. — M. Weiss (de Strasbourg) : « L'ulcère peptique gastro-jéjunal post-opératoire. »

M. Leveuf (de Paris) : « Les kystes de la glande mammaire. »

MÉDECINE. — Jury : MM. Bezançon, président; Verger, Merklen, Bard, Rimbaud, Ingelrans, Etienne.

Liste des candidats : *Paris*. — MM. Bénard (Henri), Bénard (Edmond), Blum, Bordet, Cathala, Chabrol, Chevallier, Donzelot, Feuillié, Hagueneau, Hutinel, Laroche, Lebon, Moreau, Paraf, Renaud, Stévenin, Troisier, Tzanck, Vallery-Radot, Weill, Weissenbach.

Alger. — M. Ben-Hamon.

Aix. — MM. Giraud, Zuccarelli, Pieri, Berthier.

Bordeaux. — MM. Aubertin, Damade, Piéchaud.

Lille. — MM. Auguste, Legrand, Gernez, Duthoit, Nayrac.

Lyon. — MM. Barbier, Berheim, Bertoye, Bocca, Duchaume, Devic, Dufourt, Dumas, Gardère, Gaté, Gravier, Langeron, Morenas, Nové-Josserand, Paupart-Ravault.

Montpellier. — MM. Baumel, Boulet, Pagès, Puech.

Nancy. — MM. Abel, Drouet, Simonin.

Strasbourg. — MM. Wolff, Hanns.

Toulouse. — MM. Riser, Roques, Pujol, Sendrail.

OBSTÉTRIQUE. — Jury : MM. Couvelaire, président; Schickelé, Audebert, Faugère.

Epreuve clinique. — Séance du 19 avril. — MM. Rivière, 18; Lantuéjoul, 14; Gaucherand, 13.

Séance du 20 avril. — MM. Eparvier, 13; Vermelin, 18; Houel, 16; Col de Carrera, 18.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours pour l'adjuvat*. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie

s'ouvrira le lundi 17 mai 1926, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, Français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 heures, jusqu'au 8 mai inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1926.

— *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 18 mai 1926, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 heures, jusqu'au 8 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1926.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — Le concours ouvert le 1er mars 1926 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont est annulé.

Il sera ouvert un nouveau concours le 6 mai 1926 devant la même Faculté. (*J. O.*, 16 avril 1926.)

FACULTÉS ÉTRANGÈRES. — GRÈCE. — Une chaire d'urologie vient d'être créée à la Faculté d'Athènes; elle a pour titulaire le professeur Sp. N. Œconomos.

COMMISSION SUPÉRIEURE CONSULTATIVE D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE MILITAIRES. — Ont été désignés comme membres de la Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires :

M. le professeur Pinard, député, président de la Commission d'hygiène de la Chambre des députés, en remplacement de M. Claussat, député, décédé.

M. le professeur Besançon, membre de l'Académie, en remplacement de M. le professeur Laveran, décédé. (*J. O.*, 16 avril 1926.)

HOMMAGE AU PROFESSEUR MOURE. — Les élèves et les amis du professeur Moure désirant, à l'occasion de son honorariat, lui témoigner leur reconnaissance et leur affection, ont décidé de lui offrir une médaille commémorative dont l'exécution a été confiée à M. F. Cogné.

Adresser les souscriptions au docteur Junca, trésorier du Comité, 118, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux.

Le prix de la souscription est de 60 francs et donne droit à une médaille de bronze.

LIGUE FRANCO-ANGLO-AMÉRICAINE CONTRE LE CANCER. — L'assemblée générale de la Ligue se tiendra le mardi 27 avril 1926, à 17 heures, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Durafour, ministre de l'Hygiène.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Thomas Jonnesco, doyen de la Faculté de médecine de Bucarest, membre associé étranger de l'Académie de médecine et correspondant de la Société nationale de chirurgie de Paris.

Jonnesco avait fait ses études à Paris. Interne des hôpitaux en 1886 dans la promotion de Maurice Nicolle, Maurice de Fleury, Legueu, Legry, Témoin, Delagénière, il avait été aide d'anatomie, puis prosecteur à la Faculté de médecine.

Ses travaux en anatomie descriptive, ses succès en chirurgie générale et plus récemment ses recherches sur la chirurgie du sympathique lui avaient valu une réputation mondiale.

Il y a quelques jours on célébrait à Bucarest le trentième anniversaire de son enseignement. Ses amis de Paris qui s'étaient associés à cette cérémonie ressentent très vivement la perte douloureuse qu'éprouve aujourd'hui la science roumaine.

Nous apprenons encore la mort de MM. les docteurs Mougeot, maire de Saint-Dizier, président du Conseil général de la Haute-Marne; Humbert (de Taninges); Thovisse (d'Amplepuis); Pascal Piédallu, ancien médecin de la marine; Michel Couturier (de Beaurepaire); le professeur Vittorio Puntoni (de Bologne).

ERRATUM. — Le *prix de chirurgie générale*, décerné à M. Flahault par la Société des chirurgiens de Paris (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 28, p. 451), a été intitulé prix Pauchet au lieu de *prix Dartigues*. Nous nous empressons de rectifier cette erreur.

— Dans le numéro du classement des hôpitaux (1926, n° 17) faire l'addition suivante :

Hôpital Saint-Louis. Laboratoire central d'électro-radiologie : chef adjoint, M. le docteur François Lepennetier.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS NERVEUSE

Nous recevons la note suivante de M. le médecin-inspecteur Niclot :

« La syphilis était jadis volontiers comparée à une éruptive prolongée.

On s'accorde d'autre part à reconnaître que les syphilis neurotropes ont eu fréquemment un début fruste ou méconnu, avec un exanthème cutané et un énanthème muqueux déficients : tout se passe comme si le sujet ne bénéficiait pas des anticorps engendrés au niveau des nappes épithéliales tégumentaires : la syphilis est « mal sortie ».

La précieuse thérapeutique contemporaine, espoir de la prophylaxie sociale, compromet peut-être, en « blanchissant » trop tôt le patient, l'œuvre de la nature médicatrice; les anciennes méthodes poussaient à la peau : « Bavière, Surie... ».

En fait, malgré quelques voix apologétiques, il y a une majorité pour accuser la paralysie générale de se faire plus précoce et les accidents nerveux en général d'atteindre un « per centum » inquiétant.

On voit en conséquence tel maître attendre les efflorescences secondaires pour entreprendre un traitement actif; Paul Chevallier conseillait, dans ce journal (1), l'impaludation préventive dès la période préclinique de la paralysie générale.

La variole connaît le vaccin jennérien. On a préconisé récemment, avec une fortune incertaine, telle vaccination contre la scarlatine par le geste opératoire répété de l'intradermoréaction de Dick. Le chimpanzé et même le lama semblent mettre peu de complaisance à nous procurer des humeurs défensives et l'humanité paraît réduite au « farà da se ».

Cette carence de l'élément épithélial ne saurait-elle être comblée, son allergie provoquée, son activité sollicitée? Ne peut-on emprunter aux corps parasitaires, comme dans la luétine de Noguchi, à des organes riches en tréponèmes, foie de fœtus, testicules de lapin, comme dans la syphiline de Nicolas, un antigène apte à semblable fonction. Il n'est pas illogique d'envisager une série d'injections intradermiques de cet ordre, qui, alors même qu'elles échoueraient au titre de l'immunisation préventive, pourraient alterner avec les séries classiques de l'arsenic, du bismuth ou du mercure, en manière de correctif biologique de ces agents. VINCENT NICLOT. »

(1) Paul CHEVALIER. La ponction lombaire exploratrice dans la syphilis, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1926, nos 19, 21 et 23.

LES JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES

(Pâques 1926.)

Les Journées médicales tunisiennes viennent de se terminer; elles ont eu un éclat incomparable.

Sur l'initiative de trois groupements : l'Institut Pasteur dirigé par M. Charles Nicolle, le Syndicat médical français présidé par le docteur Henri Bouquet, et la Société des sciences médicales de Tunisie, présidée par le docteur Hayat, nos confrères de Tunis, qui donnent l'exemple de l'union la plus complète, ont appliqué à la formule si heureuse inaugurée il y a cinq ans par nos chers amis du *Bruxelles médical* un programme scientifique d'une grande variété en même temps que d'une vive actualité. Ils ont entouré ce programme de fêtes splendides et surtout, nous devons le dire avec une infinie gratitude, d'un grand nombre de réceptions intimes dans lesquelles ils ont témoigné aux congressistes une cordialité qui les a profondément touchés.

Les Journées tunisiennes ont démontré d'une façon saisissante aux confrères venus en grand nombre de France, d'Italie, de Belgique, de Suède, d'Egypte même, la place prépondérante que Tunis occupe au point de vue scientifique dans le monde latin.

Par sa position géographique Tunis est un centre admirable qui permet l'étude de la pathologie méditerranéenne et de la pathologie « tout court » dans des conditions tout à fait exceptionnelles. Aussi l'institution des Journées médicales dans ce pays favorisé à tant de points de vue marque-t-elle une date qu'il convient de souligner.

L'an dernier c'était le Maroc qui les inaugurait dans le Nord Africain, bientôt à Montpellier, à Marseille, à Athènes, à Constantinople, à Alexandrie, à Tripoli nous verrons de nouvelles Journées médicales grouper successivement les savants du monde entier autour de la mer antique.

* * *

Il y a quelques années que nous n'étions venu en Tunisie. Les Journées médicales nous ont permis de mesurer le prodigieux essor pris depuis cette époque par la Régence.

Les Français qui se dénigrent eux-mêmes si volontiers ont réalisé là une œuvre magnifique à tous les points de vue, mais en particulier au point de vue médical qui nous occupe aujourd'hui.

L'impulsion donnée par l'administration française aux œuvres d'hygiène et d'assistance a été des plus fécondes, aussi en plaçant le Congrès sous la présidence d'honneur de M. Lucien Saint les organisateurs n'ont-ils pas seulement voulu le mettre sous les auspices du représentant de la France, ils ont voulu rendre en outre un particulier hommage au premier hygiéniste de la Régence.

Dans le développement de l'hygiène et de l'assistance on doit en effet reconnaître la part immense qui revient à l'initiative personnelle de M. Lucien Saint, résident général de France, et de Mme Lucien Saint.

Frappés de l'insuffisance des moyens de protection de l'enfance ils ont élaboré un programme dont Mme Lucien Saint avec un admirable dévouement a assuré elle-même l'exécution :

Protection du nouveau-né par la création et la généralisation des gouttes de lait et des crèches.

Protection de la deuxième enfance et assistance par les consultations, dispensaires, colonies de vacances, vestiaires, etc.

Enfin création d'un refuge pour les enfants abandonnés, la « maison d'accueil » de la Manouba.

Les efforts de Mme Lucien Saint sont de ceux qui contribuent à faire aimer le nom de la France; on doit s'incliner devant elle avec une respectueuse gratitude.

Association de la Presse médicale française.

* * *

A Tunis même les ressources hospitalières sont particulièrement importantes.

L'établissement le plus ancien de Tunis est l'*Hôpital Sadiki*, hôpital musulman fondé en 1880 par le bey Mohammed es Sadok. Il est installé dans une très pittoresque caserne de janissaires. Cet hôpital a subi de nombreuses transformations et des adjonctions; tel quel, depuis que notre regretté collègue Brunswic le Bihan, l'a amélioré en 1907 il constitue un très bel hôpital qui rend les plus grands services aux indigènes et c'est aussi un merveilleux moyen de propagande française.

L'hôpital est placé sous la direction de notre excellent collègue et ami le docteur Brun qui assume en même temps un service chirurgical très chargé. Il comprend 268 lits dont 200 lits de chirurgie et 68 de médecine.

A côté de M. Brun, le service médical est assuré par le docteur Broc, Mme le docteur Romme-Brun, ancien interne des hôpitaux de Paris, et le docteur Bouhageb. Les spécialités sont représentées par le docteur Cassar (syphiligraphie), le docteur Deleuil (voies urinaires), le docteur Jaubert de Beaujeu (radiologie), le docteur Houdart (oto-rhino-laryngologie) et le docteur Cuénod (ophtalmologie). Ils sont aidés par des internes fort distingués et des auxiliaires médicaux.

Le service de chirurgie est caractérisé par une séparation absolue des septiques et des aseptiques. Il comprend quatre groupes opératoires munis de perfectionnements que nous voyons rarement dans les hôpitaux des grands centres. Il est particulièrement actif : l'an dernier M. Brun et ses assistants ont pratiqué environ 5.000 interventions dont 3.000 grandes opérations. Les services de consultation ont vu défiler 125.000 malades. Si nous ajoutons qu'on observe à Sadiki les maladies exotiques les plus rares on se rendra compte de l'intérêt capital de ce bel établissement.

Au service de clinique est annexé un laboratoire très moderne confié à Mme le docteur Brun-Romme, il existe en outre une bibliothèque et des archives méthodiquement classées. Certains agencements méritent aussi d'être signalés : l'amphithéâtre est doté d'une chambre froide qui permet de conserver les corps dans les meilleures conditions. Son aération est parfaite.

Le côté pittoresque ne fait pas défaut. Quelques salles réservées aux prisonniers sont pourvues de portes grillées d'un aspect presque moyennageux. Les prisonniers eux-mêmes ont des chaînes comme il y a deux cents ans.

Le quartier des femmes est installé dans une ancienne medersa, c'est-à-dire un ancien séminaire musulman, avec des salles en cellules ouvrant sur des patios fleuris. Ce quartier comprend un petit Saint-Lazare pour les vénériennes.

Enfin une petite mosquée intérieure s'ouvre près des salles de malades.

Sadiki a une annexe très curieuse, le lazaret de la Rabta dont le chef de service est un éminent savant le docteur Conseil.

L'Hôpital civil français, dans lequel exerça longtemps Braquehaye, est situé sur la colline de la Rabta, il occupe une superficie de douze hectares au milieu d'un parc admirable qui domine la ville. Il date de 1897, ses pavillons assez éloignés des uns des autres sont réunis par de longues galeries couvertes qui en facilitent le service. L'établissement contient 380 lits : médecine générale, chirurgie, maternité, service de nerveux, médecine et chirurgie infantile, tuberculeux, isolement. Il est gratuit. En 1925 on a compté 100.402 journées d'hospitalisations.

Les chefs de service sont nommés au concours. L'hôpital est dirigé par le docteur Legrand. Le corps médical est ainsi composé : chirurgien : docteur Bouquet; accoucheur : docteur Lehucher; médecins : docteurs Masselot et Gérard; pharmacien : docteur Rouquier.

Les services de consultations sont assurés par MM. Cuénod (ophtalmologie), Vaquier (oto-rhino-laryngologie), Jaubert de Beaujeu (radiologie), Laclavetine (stomatologie), Cassar (dermatologie), et Deleuil (voies urinaires).

L'Hôpital colonial italien, date de 1890, il a succédé à l'infirmerie Sainte-Marguerite fondée en 1885. Construit en gradins sur une colline à l'est de Tunis, avec une vue superbe, il présente tous les perfectionnements modernes, et il est de plus tenu avec une propreté méticuleuse par des sœurs franciscaines.

Il reçoit les Italiens et les Maltais et contient 200 lits. En 1925 il a reçu 1.612 malades et le nombre des journées d'hospitalisation a été de 48 123.

Le corps médical est composé du docteur Calamida, directeur et chirurgien ; de MM. les docteurs Nalli et Ortona, chefs de service, du docteur Debbach Guido, chef de service suppléant, de MM. les docteurs Cohen et Carmina, adjoints.

Les chirurgiens sont MM. les docteurs Calamida, Cortesi, Soria, Mara, chefs de service ; MM. Salmieri, Ruggiero, suppléants ; Salvo, Moschiano, Levi Guido et Nunez, adjoints ; M. le professeur Varese est ophtalmologiste, le docteur Morana adjoint. — Radiologie : docteur Disegni. — Oto-rhino-laryngologie : docteurs Funaro et Lumbroso. — Pédiâtrie : docteur Nalli. — Dermatologie : docteur di Vittorio. — Bactériologie : docteur d'Alberto. — Pharmacie : Mlle Tonini.

L'Hôpital israélite est situé place Halfaouine dans un antique palais, mais il est question de le transporter à l'hôpital française. Il comporte 40 lits.

Le président du conseil d'administration est le docteur Eugène Hayat, le directeur est le docteur E. Lévy.

Les médecins sont MM. les docteurs G. Sfez et M. Uzan. — Les chirurgiens sont MM. les docteurs Luc Montefiore et Lalloum. — Un service de gynécologie a pour chef le docteur B. Lévy.

Cet hôpital a été fondé en 1892. Il a hospitalisé en 1925 715 malades.

Nous avons limité notre énumération aux hôpitaux civils de Tunis. Il convient de mentionner aussi les magnifiques établissements de la guerre, cet hôpital du Belvédère qui possède une merveilleuse installation et de beaux laboratoires et l'hôpital de la marine à Sidi Abdallah qui a eu pendant la guerre jusqu'à 4.000 lits.

Sousse, Sfax possèdent des hôpitaux, des dispensaires, des consultations. La lutte contre le trachome y est notamment organisée très méthodiquement. Des oculistes municipaux, et nous pouvons citer notre éminent collaborateur Junès, de Sfax y possèdent des consultations très suivies.

*
* *

A côté de ces établissements hospitaliers il faut citer les établissements d'enseignement et de recherches. La première place revient à l'Institut Pasteur qui a été, on peut le dire, un foyer lumineux rayonnant bien au delà du bassin de la Méditerranée.

Institut Pasteur. — Créé en 1893 par notre excellent confrère et ami Adrien Loir (du Havre), l'Institut Pasteur de Tunis est le troisième par ordre d'ancienneté, après Paris et Saïgon. Cet établissement fut réorganisé en 1903 à la suite de la nomination comme directeur de M. Charles Nicolle qui le dirige encore actuellement secondé par le docteur Etienne Burnet, son directeur adjoint. Il est actuellement en voie d'agrandissements et dans deux ans environ sera complètement achevé.

L'œuvre réalisée par l'Institut Pasteur est considérable. Est-il nécessaire de rappeler les travaux de Ch. Nicolle et E. Conseil sur le typhus exanthématique, ceux des mêmes savants sur la rougeole, sur la fièvre récurrente, ceux de Nicolle et Burnet sur la fièvre méditerranéenne ; les recherches de Ch. Nicolle et Ch. Lebailly sur la grippe et la nature des virus filtrants, celles de M. Ch. Nicolle, Cathoire, Cassuto, Ch. Comte et Anderson sur le Kala Azar, sur le bouton d'Orient?

Le trachome, la plus grave des maladies infectieuses de l'Afrique du Nord a été et est l'objet de belles recherches de la part de MM. Ch. Nicolle, Cuénod, Blanc, Blaizot, Ugo Lumbroso et de Mme Trapezontzeva.

La vaccinothérapie du chancre mou est due aux recherches faites par Reenstierna à Tunis, et aux travaux de Ch. Nicolle et P. Durand.

Les recherches de l'Institut Pasteur de Tunis sur les vaccins préventifs et thérapeutiques, sur les infections les plus diverses, sur la rage, sur le cancer, les parasites, les venins représentent un véritable monument scientifique devant lequel il faut s'incliner.

L'Institut Pasteur a repris la publication d'un très beau bulletin dont un fascicule a été remis aux congressistes.

L'Institut Pasteur n'est pas seulement un centre de rechcrehes et de préparation de vaccins et de sérums, c'est aussi un centre d'enseignement réputé. Un grand nombre de savants français et européens s'honorent d'avoir été à Tunis les élèves de M. Charles Nicolle.

Aussi ne saurait-on s'étonner que les Journées médicales aient été l'occasion d'une véritable apothéose pour ce médecin et ce chercheur dont les magnifiques travaux font l'admiration du monde entier.

Institut Arloing. — Au-dessus de l'hôpital civil français, dominant toute la ville et le lac de Tunis s'élève un véritable palais qui porte le grand nom du professeur Arloing. Inauguré en 1913 par M. Alapetite, ministre résident général de France, ce bel institut de recherches peut être considéré par son installation et son outillage comme un modèle du genre. Dès sa fondation il a été placé sous la direction de l'éminent M. Ducloux, directeur de l'élevage. L'Institut assure la surveillance constante du cheptel et fait intervenir rapidement les services techniques en cas d'épizootie.

Il renferme de grands laboratoires placés sous la direction de Mlle Cordier ; à côté se trouve un très riche musée et une belle bibliothèque.

Dans le splendide parc de 20 hectares qui entoure l'Institut se trouvent un jardin botanique, des pépinières, enfin un certain nombre de pavillons consacrés à l'élevage. Dans l'un nous avons pu voir les plus beaux spécimens de la race bovine.

Un pavillon de chirurgie vétérinaire est en voie d'achèvement. Il ferait envie à bien des hôpitaux. A côté de lui se trouve un pavillon d'autopsies remarquablement aménagé.

Une annexe, située près de Tunis, à Sidi Tabet est consacrée à l'élevage du cheval, on peut y admirer les plus beaux types de chevaux arabes qu'il soit possible de voir.

L'Institut Arloing est bien digne, on le voit, de la Tunisie, il offre aux chercheurs et aux hygiénistes un intérêt considérable.

Les autres établissements de recherches ou d'assistance sont nombreux à Tunis. Il nous faut particulièrement citer le *Bureau municipal d'hygiène* dirigé par M. Conseil. D'autres œuvres sont subventionnées par des associations comme la *Ligue contre le trachome*, ou des sociétés de bienfaisance qui sont nombreuses.

Les Croix-Rouges tunisiennes possèdent aussi des dispensaires. L'un des plus beaux est le *Dispensaire Alapetite* pour enfants : nous l'avons visité sous la direction de Mme Lucien Saint qui en est présidente. Il est dirigé par des Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul. Son activité est très grande et son installation pourrait servir de modèle. On y a pratiqué, en 1925, 99.510 pansements.

L'*Œuvre de la crèche* est une annexe du dispensaire Alapetite. Mme Lucien Saint s'en occupe directement, il est lui aussi extrêmement actif et rend les services les plus précieux.

La S. S. B. M. possède le beau *Dispensaire de la rue Sidi Ibrahim.* Il a donné, en 1925, 64.482 consultations.

L'*Union des femmes de France* possède encore un beau dispensaire rue du Pont, près de la place Halfaouine.

Il nous faudrait encore mentionner le *fourneau des pauvres* qui a une garderie d'enfants, l'*asile des Petites Sœurs des pauvres* et bien d'autres œuvres que nous nous excusons de ne pas signaler dans un compte rendu rapide.

La brève énumération que nous venons de faire, et dont nous avons emprunté les éléments à une brochure du docteur Gérard, montre dans quel centre incomparable ont évolué les congressistes avant de se séparer pour faire dans ce pays resté si complètement oriental ces merveilleuses excursions que la Compagnie générale Transatlantique a réglé avec un soin minutieux et un confort raffiné pour la plus grande joie des touristes.

*
* *

Avant de commencer le compte rendu des séances scientifiques, nous avons un agréable devoir à remplir, celui de remercier les confrères qui ont facilité la tâche des journalistes. Nous avons été reçus partout avec une telle affectueuse cordialité que nous désirons adresser sans retard l'expression de notre gratitude au président, M. Charles Nicolle, dont la bienveillance a été sans égale, aux vice-présidents, les docteurs Henri Bouquet et Eug. Hayat, dont nous n'oublierons pas l'aimable accueil, à nos chers confrères Cassuto et Soria qui se multiplièrent pour nous aider dans notre tâche.

Il n'est pas d'expressions pour dire l'admiration que nous éprouvons pour le secrétaire général le docteur Gérard, constamment sur la brèche malgré un travail écrasant, pensant à tout et à tous, gardant toujours la plus égale courtoisie et la plus constante amabilité, il a été l'âme du Congrès.

A tous nos confrères tunisiens nous disons *merci*, et en particulier à M. le docteur et Mme Brun-Romme qui ont été pour nous les guides les plus sûrs et les plus aimables.

A notre vieux camarade, le docteur Legrand, directeur de l'hôpital français, qui s'est multiplié auprès de ses confrères de Paris.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre gratitude.

LES TRAVAUX DES JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES

Le programme scientifique a été réparti entre douze sections dont plusieurs fonctionnaient en même temps, nous avons donc été obligés d'avoir recours à l'assistance des secrétaires des séances. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de nos remerciements pour leur aide si aimable. Ces remerciements s'adressent tout particulièrement au docteur Maurice Uzan qui a bien voulu se charger de la tâche la plus ingrate.

CHIRURGIE GASTRO-DUODÉNALE

Diverticule du duodénum. Anatomie pathologique et traitement. — M. R. Grégoire. C'est une affection que la radiologie a sorti du domaine de l'anatomie pathologique. Plus fréquent qu'on ne le croit, le diverticule peut occuper divers points du duodénum, mais surtout la deuxième portion. Il peut être extrapéritonéal ou saillir dans la cavité séreuse et les connexions qu'il peut avoir avec les vaisseaux artériels ou veineux, avec la glande pancréatique ou les voies biliaires rendent plus délicats encore son diagnostic et son extirpation. Cette dernière est indiquée par les troubles dyspeptiques ou les accidents inflammatoires. L'excision, opération de choix, peut être difficile : l'invagination peut alors être utilisée et exceptionnellement on peut être conduit à des opérations de dérivation.

A propos du traitement chirurgical de l'ulcère duodénal. — M. G. Labey. L'ulcus duodénal vrai qui ne retentit pas dans ses premiers stades, tout au moins sur le fonctionnement du sphincter pylorique, doit, pour être susceptible de guérir, être soustrait au contact du chyme acide et exclu, par conséquent, du transit intestinal.

Bien que la gastro-entérostomie soit souvent suffisante pour arriver à ce but, l'exclusion du pylore seule peut donner d'une façon certaine une interruption de la traversée duodénale; mais cette exclusion du pylore prolonge d'une manière sensible la durée de l'acte opératoire; aussi beaucoup de chirurgiens y ont-ils renoncé surtout chez des sujets affaiblis et anémiés par de petites hémorragies répétées.

Le procédé d'exclusion par simple ligature du pylore avec un fil extérieur n'a pas cet inconvénient et les faits anatomiques et cliniques observés par l'auteur montrent qu'une ligature moyennement serrée ne coupe pas la paroi viscérale et donne une exclusion qui permet à l'ulcus de se cicatriser à l'abri du contact du chyme acide. Cette exclusion, même si elle n'est que temporaire, sera d'une durée suffisamment grande pour donner à l'ulcus le temps de guérir.

C'est dans les formes hémorragiques surtout sans sténose pylorique qu'il y aura avantage à employer ce procédé d'exclusion. L'auteur n'a jamais, jusqu'à présent, observé d'accidents rapides ou tardifs (ulcus peptiques en particulier) que l'on puisse mettre sur son compte.

Quatre observations de chirurgie gastro-duodénale. — M. Négrié (de Sidi-Abdaillah).

Ulcère gastrique et duodénal dans le milieu indigène en Tunisie. — MM. Brun et Ronchot (de Tunis). En sept ans, 445 opérations gastro-duodénales furent faites à l'hôpital Sadiki dont 324 pour ulcères et 41 pour cancers.

Les localisations d'ulcus prédominantes sont au pylore et au duodénum. Grande fréquence des réactions pancréatiques (78 p. 100 des cas). Evolution lente. Hématémèses, melæna, perforations sont rares, la cancérisation jamais constatée. L'étiologie ne semble relever ni de l'alcoolisme, ni de la syphilis, mais bien du régime alimentaire. Les auteurs reviennent à la gastro-entérostomie pure et simple et réservent les opérations larges aux ulcères de l'estomac et aux ulcères mobiles ne s'accompagnant pas de périviscérites.

Du rôle de l'infection dans les ulcères de l'estomac et du duodénum. — M. P. Duval. Dans le tiers des cas des ulcères, les lésions sont infectées. Cette infection localisée à la paroi gastrique, aux lymphatiques et aux ganglions des tissus rétro-péritonéaux est réalisée par un streptocoque à l'état pur. Trois sortes d'arguments plaident dans ce sens : 1° cliniques : formes fébriles déjà vues par Soupault et Mathieu; 2° biologiques : hyperleucocytose, polynucléose. Intra-dermoréaction avec streptocoque issu de la culture de l'ulcus souvent positive; 3° anatomiques : études des coupes, des ganglions, cultures.

L'importance opératoire de ces faits est grande. La résection en cas d'infection peut entraîner des phénomènes graves. D'où la nécessité de prendre des soins préopératoires (méthode de Lambret, lavage iodé de l'estomac), d'attendre la baisse de la température, de la polynucléose et de la leucocytose. En cas d'urgence, se contenter d'une gastro-entérostomie.

LA FIÈVRE MÉDITERRANÉENNE

Les réunions de cette section ont été particulièrement fécondes, elles ont nettement contribué à rendre plus saillantes encore les deux tendances actuelles de l'étude de cette affection :

Tendance bactériologique et biologique s'attachant à différencier et à rapprocher tout à la fois le micrococcus melitensis et le bacille de Bang et aussi à introduire la notion de race chez le premier;

Tendance clinique poussant à élargir le cadre de la mélitococcie « maladie d'avenir » selon le terme heureux de Nicolle pour décrire une série de syndromes nouveaux constituant les « formes inhabituelles » de la fièvre méditerranéenne comme les appelle M. Burnet.

M. Burnet dirigea les travaux de cette section avec une autorité et une science particulièrement remarquables et, avec M. Nicolle, tous les membres présents saluèrent les gloires réunies du professeur Zammit, du professeur Sanarelli et de M. Burnet dont les noms resteront attachés à l'histoire de la fièvre ondulante.

Complications oculaires graves au cours de la fièvre méditerranéenne. — M. S. Cohen-Boulakia (de Tunis). Un malade de dix-huit ans a présenté au cours d'une fièvre méditerranéenne une complication rarissime : infection des membranes internes de l'œil, débutant par névrite optique, aboutissant à l'inflammation de la choroïde et du tractus uréal et enfin à un glaucome aigu très douloureux qui nécessita l'iridectomie.

Discussion. — M. Ortona fait remarquer que c'est là la première observation de ce genre.

La fièvre méditerranéenne chez les jeunes enfants. — MM. Benmussa et Maurice Uzan (de Tunis). Ce travail se limite à l'étude de la fièvre méditerranéenne chez des bébés de moins de trois ans. Après un court rappel historique, les auteurs insistent sur une forme anormale survenant à cet âge que l'on peut au moins pendant une partie de son évolution prendre pour une gastro-entérite banale. La réaction de Burnet et la séro-réaction permettant le diagnostic. Après Burnet et Conseil, ils signalent la résistance des nouveau-nés à l'infection mélitococcique faits cadrant avec les recherches antérieures de Zammit.

Discussion. — M. Burnet fait remarquer que ces observations entrent dans le cadre des « forces inhabituelles » de la mélitococcie : elles posent le problème de la combinaison possible avec la gastro-entérite et celui de la résistance des jeunes sujets à cette infection, fait sur lequel Zammit a insisté.

Complications pulmonaires au cours de la mélitococcie forme pseudo-tuberculeuse. — MM. Benmussa et G. Sfez (de Tunis) décrivent à l'occasion de quatre observations de fièvres méditerranéennes avec complications pulmonaires ca-

ractérisées par des râles sous-crépitants fins à la base; au sommet dans un cas. Pendant l'évolution de cette poussée congestive du poumon, l'ensemble de la symptomatologie que présente le malade, ressemble à une tuberculose pulmonaire en évolution : fièvre, asthénie, toux expectorale, sueurs.

L'examen des crachats est négatif : les accidents apparaissent longtemps après le début et disparaissent et avant la fin de la maladie. La guérison est définitive.

Discussion. — M. MINGUET rappelle à ce sujet une observation qu'il avait faite avec Spezzafumo : au cours d'une fièvre méditerranéenne (séropositif au 1/200) apparition d'infiltration massive d'un poumon simulant une tuberculose.

Disparition rapide des symptômes avant la défervescence.

M. CONSEIL cite un autre cas de ce genre datant de dix-huit ans.

Fièvre méditerranéenne et avortement épizootique. — M. SANARELLI (de Rome), après un résumé de l'histoire bactériologique de la fièvre méditerranéenne, rappelle les observations impressionnantes faites dans la province d'Arezzo où l'infection à C. abortus semble atteindre l'homme. Il s'est appliqué à l'étude des différences entre le microbe de Bruce et celui de Bang et voici ses conclusions :

Le bacille de Bang est pathogène pour l'homme et se transmet par le bovidé malade.

Le bacille de Bang se différencie du mélitocoque soit au point de vue morphologique soit au point de vue biologique.

Il est possible, soit par l'épreuve d'absorption des agglutinines de Castellani soit aussi par la méthode personnelle de chauffage des sérums de différencier les agglutinines antimélitococciques et les agglutinines anti-Bang, celles-ci résistant seules à un chauffage à 65 degrés.

Discussion. — M. BURNET. Cette communication pose un problème des plus importants de la question de la fièvre méditerranéenne. Pour la première fois, l'Ecole du professeur Sanarelli a apporté le moyen biologique de différencier le mélitensis du bacille de Bang.

M. MAZZOLANI (de Tripoli) n'a pu faire les recherches de laboratoires jusqu'à présent mais il promet d'en faire à l'avenir. Cependant quelques faits cliniques qu'il a observés viendraient à l'appui de la thèse du professeur Sanarelli. En 1923, une série de cas d'avortements épizootiques a été observée à Tripoli. L'année suivante, il y eut dix-huit cas de fièvre de Malte et le foyer de la fièvre méditerranéenne ne disparut qu'après isolement des cas d'avortements épizootiques.

Aperçu de l'histoire de la fièvre ondulante à Malte. L'infection des chèvres et des autres animaux producteurs de lait. Prophylaxie. Vaccination. Le micrococcus de Bruce « in vitro » et « in vivo ». — M. ZAMMIT s'excuse de n'être plus au courant de l'abondante littérature de la fièvre ondulante (et non fièvre de Malte, ni fièvre méditerranéenne) depuis qu'il a quitté le laboratoire du bureau d'hygiène de Malte.

Les tentatives de prophylaxie par vaccinations hypodermiques ne lui ont pas réussi. Mais l'infection des animaux laitiers, ayant toujours lieu par voie cutanée ou muqueuse, une prophylaxie par réaction intradermique selon les idées de Besredka serait à tenter. Enfin la neutralisation d'un milieu acide par le micrococcus de Bruce *in vitro* s'observe aussi *in vivo* et pourrait guider le médecin dans la recherche d'un traitement curatif de la fièvre méditerranéenne.

Discussion. — M. BURNET. Nous tâcherons d'effacer le nom de Malte de la maladie, mais nous n'effacerons jamais les noms de Bruce et de Zammit. Zammit a le plus peut-être contribué à l'étude de la fièvre méditerranéenne, c'est lui qui a découvert le rôle de la chèvre; ses suggestions seront certainement recueillies et appliquées.

L'intradermo réaction dans la fièvre méditerranéenne. — M. ASCOLI. Après avoir rendu hommage à M. Burnet pour sa découverte de l'intradermo-réaction si importante, l'auteur rappelle les recherches qu'il a effectuées avec son collaborateur Trenti. En 1923 les résultats obtenus confirmaient la spécificité de l'épreuve L'an dernier, ces recherches ont abouti à la constatation de ce fait que certaines races de micrococcus de Bruce donnent un filtrat qui ne peut donner de Burnet positif; qu'un autre groupe le donnait plus fréquemment et qu'enfin un troisième groupe permettait d'obtenir toujours une intradermo-réaction positive.

Il faudrait donc s'inquiéter de la race du mélitocoque qui va servir pour la fabrication des filtrats à utiliser.

Discussion. — M. BURNET remercie le professeur Ascoli pour sa communication et rappelle qu'il en est souvent ainsi : c'est avec un bacille diphtérique venu de Washington qu'on obtient les meilleures toxines.

M. L. PIANNA rappelle des expériences faites par le docteur Sanfilipo où l'injection intrapéritonéale de cultures virulentes de mélitocoque mêlées au chlorure d'or selon la méthode de Violle était parfaitement supportée beaucoup mieux que l'injection de micrococcus de Bruce tué par la chaleur.

La spondylite mélitococcique. — M. H. ROGER (de Marseille). Parmi les localisations articulaires de la mélitococcie, l'une des plus gênantes par les douleurs qu'elle provoque et par sa longue durée est la localisation au rachis lombaire que l'auteur a rencontrée quatre fois.

Elle survient à une période relativement avancée de la maladie alors que le diagnostic en est établi. L'auteur l'a vue une seule fois au début de l'infection.

La raideur lombaire est des plus intenses, immobilisant parfois le malade au lit. Les douleurs lombaires s'irradient aux sciatiques.

L'examen complet décèle parfois quelques petits signes d'irritation pyramidale. L'auteur a constaté une légère réaction des méninges sous forme de dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien.

La durée de cette spondylite a été de plusieurs mois.

Les radiographiques, sauf dans un cas où il existait vraisemblablement de la lombarthrie rhumatismale ayant précédé la mélitococcie n'a pas révélé de lésion ostéoarticulaire visibles aux rayons, à l'inverse de ce que l'on voit dans la spondylite typhique.

La thérapeutique doit associer une médication infectieuse générale au traitement local, en particulier à une immobilisation plus ou moins complète à la période aiguë.

Sur la diminution de fréquence de la fièvre méditerranéenne en Algérie. — MM. ARDIN-DELTEIL (d'Alger). Une enquête faite par les soins de l'Institut Pasteur d'Alger montre que la fièvre ondulante paraît être depuis quelques années en voie de régression dans la presque totalité de l'Algérie. Seul un foyer important persiste dans l'Oranie (Oran et régions avoisinantes). Il paraît lié à l'introduction de caprins espagnols infectés alors que l'importation des chèvres maltaises interdite depuis 1908, semble avoir joué un rôle dans la raréfaction de la mélitococcie dans les autres régions de l'Algérie.

Fièvre méditerranéenne et tuberculose. — M. HAYAT (de Tunis) relève toutes les similitudes entre mélitococcie et tuberculose : les unes concernant l'évolution, les localisations secondaires (pseudo-rhumatisme, orchi-épididymites, ostéites, suppurations d'allure froide), les autres l'étiologie (transmission par voie digestive), l'anatomie pathologique (ganglions lymphatiques, rate, nodules), l'expérimentation (coexistence dans les deux cas d'hypertensibilité et de résistance, intradermoréaction à la mélitine semblable à celle de la tuberculine, inoculation conjonctivale). Cependant il y a cliniquement une sorte d'antagonisme entre fièvre méditerranéenne et tuberculose : le melitensis n'aime pas le poumon et les complications pulmonaires de la fièvre méditerranéenne seraient dues à des infections secondaires, la fièvre méditerranéenne ne prépare guère le lit à la tuberculose, la proportion des malades atteints de tuberculose semble plus élevé chez les personnes qui n'ont jamais eu la fièvre méditerranéenne que chez les individus qui en ont été antérieurement atteints.

Discusssion. — M. BURNET remercie le docteur Hayat qui vient de soulever une question si importante pour le diagnostic et aussi du point de vue de la pathologie générale.

M. NICOLLE, avant que l'on lève la séance du matin salue une fois encore la découverte immortelle de Zammit à la gloire duquel il associe le nom de Burnet.

Réaction méningée au cours de la fièvre méditerranéenne. — MM. E. LÉVY et Maurice UZAN (de Tunis). Les auteurs rapportent un cas où au deuxième mois d'une fièvre méditer-

ranéenne il s'est installé une réaction méningée nette avec paralysie du VI, du VII suspensier et du X avec stase papillaire bilatérale. Liquide céphalo-rachidien hypertendu contenant 19 leucocytes (surtout lymphocites) par millimètre cube; 0gr50 de sucre par litre. Guérison maintenue depuis près de deux ans.

Discussion. — M. ONORATO (de Tripoli) rapporte le cas d'un malade qui semblait atteint de coxite tuberculeuse, mais qui en réalité était atteint de mélitococcie. Traité par du vaccin antimelisensis, il fut guéri.

M. SORIA (de Tunis) signale un cas d'orchite survenue six mois après une mélitococcie. Le liquide retiré de la vaginale contenait du mélitensis à l'état pur. On injecta le liquide au malade qui vit la fièvre disparaître en huit jours. Peut-être y-a-t-il là une suggestion thérapeutique intéressante.

Trois notes sur la fièvre méditerranéenne. — MM. SCIALOM et SETBON. 1° Formes cliniques fréquentes chez les musulmans et israélites tunisiens.

La fièvre méditerranéenne affecte une forme particulière plus souvent respiratoire en hiver, peu souvent gastro-intestinale en été. La forme nerveuse est l'apanage de l'israélite tunisien et du musulman citadin. Chez les bédouins, ce sont les formes hépatique, splénomégalique ou osseuse.

2° Deux nouveaux petits signes de l'infection de Bruce. Il existe souvent une sensibilité douloureuse du sein de la femme, du testicule chez l'homme, provoquée par la pression manuelle la plus légère.

3° Nouveau traitement de la fièvre ondulante par les injections de lait de chèvre. Le lait de chèvre recueilli aseptiquement ou stérilisé par tyndallisation en injection hypodermique à la dose de 5 centimètres cubes chez l'adulte, de 2 centimètres cubes chez l'enfant a semblé améliorer une dizaine de malades sur qui ce traitement fut tenté.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE LA ROUGEOLE

La mise à l'ordre du jour de cette question était particulièrement justifiée. Il ne faut pas oublier que c'est à Tunis qu'ont été faites un certain nombre de recherches d'un intérêt capital pour l'étude de la rougeole. C'est Ch. Nicolle et Conseil qui ont confirmé la notion de la sensibilité des macaques aux virus morbilleux. Ils ont montré, en outre, que le sang, dans la rougeole, est virulent de la période préeruptive au lendemain de la chute de la fièvre, ce qui étend la durée de la contagiosité après guérison et confirme la vieille notion médicale que la rougeole est contagieuse avant l'éruption.

Les mêmes auteurs ont reconnu en 1919 que le sérum des enfants convalescents était doué de propriétés préventives. Cette méthode de sérothérapie généralisée dans le monde entier a déjà sauvé des milliers de vie.

A l'inoculation du sérum peuvent être substituées, ainsi que l'ont montré MM. Ch. Nicolle et Conseil, celle du sang complet des convalescents ou la séro-vaccination (inoculation successive de sérum de convalescent puis de sang virulent).

Ce sont ces méthodes préventives qui ont fait l'objet de plusieurs communications.

I. Les applications de l'hémoprophylaxie antimorbilleuse à l'hôpital Trousseau. — M. LESNÉ (de Paris). Cette méthode consiste à injecter à un enfant du sang d'un parent atteint antérieurement de rougeole. Appliquée systématiquement dans les pavillons de l'hôpital Trousseau elle s'est montrée d'une efficacité certaine.

II. Sur la vaccinothérapie des complications bronchopulmonaires de la rougeole. — M. J. MINET (de Lille) utilise chez les rougeoleux dès les premières menaces de complications broncho-pulmonaires un stock-vaccin.

Sous l'influence de la vaccinothérapie les complications respiratoires de la rougeole sont nettement atténuées et les cas mortels deviennent la très rare exception.

III. Prophylaxie de la rougeole à Tripoli. — M. MAZZOLANI (de Tripoli) étudie les différentes épidémies de rougeole à Tripoli, dans les différents milieux, et insiste sur la nécessité absolue de la prophylaxie.

IV. Sur l'application pratique de la séroprophylaxie de la rougeole à Paris. — M. Léon BERNARD (de Paris). Les travaux poursuivis à l'Institut d'hygiène de la Faculté de Paris ont abouti à deux perfectionnements de la méthode de séroprophylaxie de la rougeole :

Le premier est de substituer à la séroprévention la séro-atténuation.

Le second est d'exploiter les aptitudes immunisantes du sérum d'adulte, ce qui permet de recueillir de grandes quantités de sérum.

Deux centres de prophylaxie antimorbilleuse ont été créés à Paris et celui de l'hôpital des Enfants-Malades a pu juguler ou prévenir des épidémies menaçantes.

LE TRACHOME

Le trachome dans la marine militaire. — M. VIGUIER, directeur du Service de santé de la marine à Sidi-Abdallah, s'occupe dans sa communication :

1° De la différence de l'instruction sur l'aptitude au service militaire de la guerre et de la marine au sujet du trachome; l'armée tolère les formes *refroidies et cicatricielles*, la flotte élimine tous les granuleux, quel que soit le stade de la maladie.

2° Des dangers de contagion dans les milieux militaires et maritimes suivant les différentes formes de trachome.

3° De l'aggravation possible pendant le service militaire et des conséquences au point de vue des pensions de cette espèce.

La conclusion de l'auteur, basée sur une longue expérience clinique du trachome, est que l'armée ne devrait pas tolérer les formes *refroidies* parce qu'elles peuvent être contagieuses pendant les poussées aiguës et donner lieu à des aggravations qui entraîneraient une pension. Par contre, les formes cicatricielles pourraient être admises dans la marine pour les contingents servant dans les formations à terre.

M. LEJONNE, directeur du Service de santé des troupes de Tunisie, fait observer qu'il est bien difficile de définir les formes *refroidies* du trachome, et se range à l'opinion de M. Viguier qu'il vaudrait mieux éliminer ces formes de trachome.

M. LACAT pense que les formes cicatricielles peuvent être prises, à condition d'être envoyées dans des garnisons du nord de la France.

M. AUBARET trouve que la question du recrutement des trachomateux est des plus intéressantes et qu'on ne peut les éliminer tous, car ils sont pour la plupart susceptibles de faire d'excellents soldats. Il a vu bien des cas de trachome améliorés au cours du service militaire où ils étaient suivis et soignés, et pense que les malades atteints de formes simples pourraient être enrôlés.

M. NICOLLE dit que le danger de contamination à la caserne, où les soldats vivent dans des conditions d'hygiène et de propreté, ne lui semble pas très grand.

M. VIGUIER partage cette opinion et dit qu'en trente ans il n'a vu que de très rares cas de contagion.

Les divers traitements du trachome. — M. LACAT (de Paris), passant en revue les divers traitements employés et préconisés jusqu'à présent contre la conjonctivite granuleuse et en attendant que les recherches faites de tous les côtés aboutissent à la découverte du virus trachomateux et d'un sérum spécifique pour enrayer cette affection épidémique dans certaines contrées, est de plus en plus convaincu, après une mûre et longue expérience, que seuls le brossage ou l'ignipuncture, pratiqués selon les indications qu'il a décrites à maintes reprises, peuvent donner un résultat efficace et satisfaisant. Le virus trachomateux siégeant dans le tissu sous-muqueux du cul-de-sac supérieur c'est là qu'il faut l'attaquer et le détruire.

Au traitement local doit s'ajouter un traitement général indispensable. D'abord l'hygiène, dans toute l'acception du mot, qui a souvent guéri des granuleux sans aucun autre traitement. Les toniques chez les débilités. Et enfin, pour les personnes demeurant le long du littoral, les bains de mer quand ils ne sont pas contre-indiqués.

M. AUBARET a vu M. Lacat pratiquer son procédé de grat-

tage de granulations qui dérive de celui d'Abadie, et répond parfaitement bien à l'indication principale du traitement du trachome : remplacer les follicules par du tissu cicatriciel.

M. Cuénod pense que, pourvu que le tissu sous-conjonctival soit détruit, toutes les méthodes opératoires sont bonnes. Pour lui, il reste fidèle aux injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure à doses faibles et en petite quantité, surtout dans les cas qui s'accompagnent de pannus.

La lutte antitrachomateuse dans la colonie italienne de Tunis. — M. Varese (de Tunis). La colonie italienne de la Tunisie paie un lourd tribut à l'infection trachomateuse. Il existe, en particulier à Tunis, un foyer endémique dans la population sicilienne dont les conditions antihygiéniques d'existence et de promiscuité réalisent le terrain favorable à la contagion et au développement de la maladie. Les Pouvoirs publics italiens s'en sont inquiétés, et il existe une organisation importante pour lutter contre le trachome qui donne des résultats satisfaisants.

Prophylaxie. — La base en est l'inspection scolaire. A la rentrée d'octobre, examen des yeux de tous les écoliers. Les malades sont repérés et soignés quotidiennement, puis revus et suivis en cours d'année. Des sections de trachomateux sont réservées dans les classes des orphelinats de guerre.

La *lutte médicale* se poursuit d'abord à l'hôpital italien où une consultation est faite et où les malades à opérer sont hospitalisés.

Puis dans les écoles italiennes qui possèdent toutes une salle réservée aux soins oculaires. Les institutrices donnent les traitements habituels simples et les malades sérieux sont évincés de l'école et adressés au dispensaire.

Ce dispensaire *Ambulatorio G. Cirincione*, rattaché à la Clinique du professeur Varese, reçoit les élèves des écoles italiennes, les indigents adressés par le Bureau de bienfaisance, les blessés et réformés de guerre, ainsi que leurs familles.

Enfin, tout malade suspect de trachome est réformé définivement et éloigné de l'armée.

M. Aubaret fait ressortir l'intérêt que présente la communication des résultats obtenus par de pareilles mesures appliquées depuis des années, et demande au professeur Varese de bien vouloir ajouter à sa communication quelques chiffres qui pourraient appuyer le rôle des médecins inspecteurs et la lutte dans les écoles.

Six années d'oculistique et de lutte antitrachomateuse au dispensaire de la Croix-Rouge de Sfax. — M. Junès (de Sfax). Au dispensaire de la Croix-Rouge de Sfax sont données annuellement 7.000 consultations oculaires, les 9/10 des consultants étant des Arabes. Depuis 1919, 1.623 opérations oculaires y ont été pratiquées, dont 1.253 chez des trachomateux.

Les affections oculaires examinées sont constituées en grande majorité par des conjonctivites à bacilles de Weeks, gonocoque et trachomateuses.

Pour l'auteur, au point de vue fréquence, le trachome viendrait en second lieu, après la conjonctivite à bacilles de Weeks qui se diffuse en épidémies annuelles formidables et donne des lésions cornéennes dans 20 p. 100 des cas. La conjonctivite gonococcique donnerait des lésions cornéennes dans 60 p. 100 des cas.

L'auteur pense d'ailleurs que la conjonctivite granuleuse ne peut guère se développer que sur un terrain déjà préparé, c'est-à-dire sur une muqueuse préalablement visitée par une autre conjonctivite, en particulier par la weeksienne ou la blennorragique.

La lutte doit donc être menée contre ces épidémies de conjonctivites à bacilles de Weeks et à gonocoques, lutte qui doit comprendre avant tout la diffusion des mesures d'hygiène encore trop peu répandues dans ce pays.

M. Aubaret félicite M. Junès d'avoir apporté cet intéressant document.

M. Cuénod, critique le terme de conjonctivite trachomateuse, car, pour lui, lorsqu'une conjonctivite apparaît cliniquement, avec rougeur, sécrétion, larmoiement, c'est qu'il existe une infection conjonctivale surajoutée au trachome. M. Cuénod pense, contrairement à l'opinion soutenue par M. Junès, que la trachome est une affection primitive, se développant sur une conjonctive saine. L'expérience de tous les jours montre des porteurs de granulations qui n'ont jamais eu le moindre signe de conjonctivite, et sont fort étonnés de se trouver trachomateux, lorsqu'on leur retourne la paupière à l'occasion d'un examen (pour l'extraction d'un corps étranger, par exemple).

M. Nicolle est absolument de l'avis de M. Cuénod, et ne pense pas qu'une conjonctivite à bacille de Weeks puisse donner le trachome, mais il est frappé de la persistance de l'opinion soutenue par M. Junès. Cela peut s'expliquer par le fait que, dans certains cas, l'infection doit se faire en deux temps :

1° Conjonctivite à bacilles de Weeks;

2° Surinfection trachomateuse sur une conjonctive à résistance diminuée et qui a, en général subi le contact des mains du malade, d'une façon plus fréquente encore que lorsqu'elle était saine.

M. Aubaret constate que la communication de M. Junès pose de nouveau la question de la spécificité du trachome, qui pour lui d'ailleurs a été résolue par les expériences faites à l'Institut Pasteur de Tunis par MM. Nicolle et Cuénod, et par ses nombreuses observations cliniques.

Il insiste sur la fréquence des trachomes associés, en particulier au pneumocoque et à la conjonctivite phlycténulaire, formes très graves par les lésions cornéennes qu'elles entraînent.

Origine et conception du trachome. — MM. Ch. Nicolle et Ugo Lumbroso rappellent que, dans les études poursuivies depuis de longues années à l'Institut Pasteur on a toujours réservé le nom de trachome à la conjonctivite qui, aussi bien chez l'homme atteint que chez les animaux inoculés se traduit par la *granulation*, avec ses caractères à l'œil nu, son évolution, et ses localisations électives (début et siège principal dans la région tarsienne).

Les recherches antérieures de l'Institut Pasteur avaient montré que l'inoculation du virus trachomateux aux conjonctives du lapin était suivie de l'apparition de granulations sans localisations électives, et que, un an après l'inoculation, dans un cas, le report sur la conjonctive du magot du produit de grattage de la conjonctive du lapin, avait déterminé, chez ce magot, la production de granulations.

Il avait été constaté que souvent, le lapin montrait naturellement des amas de follicules aux parties externes et internes des conjonctives, follicules plus durs que les granulations trachomateuses de l'homme et du singe.

Ces anciennes expériences ont été reprises et contrôlées.

Les auteurs se sont demandé si les follicules naturels du lapin n'étaient pas inoculables au singe et ils ont constaté que leur inoculation à ces animaux déterminait une éruption de granulations sur la conjonctive. Cette éruption ne saurait être identifiée à celle que produit le trachome humain. En effet, elle se localise électivement à la *paupière inférieure*, en outre l'évolution en est plus rapide (un mois et demi environ).

Ces expériences montrent, chez le lapin, l'existence d'une conjonctivite granuleuse naturelle, tantôt localisée aux régions interne et externe des paupières, tantôt s'étendant à toute la surface des conjonctives, surtout de celle de la paupière inférieure. Cette conjonctivite est inoculable d'un lapin à l'autre, du lapin au singe, et du singe inoculé au lapin sans qu'on puisse affirmer si c'est le produit inoculé qui détermine l'apparition de granulations nouvelles, ou bien les scarifications de la conjonctive qui donnent aux follicules préexistants même non évidents à la vue l'occasion de s'étendre de proche en proche. Lorsqu'on inocule un des yeux, l'autre se prend en quelques jours.

Mlle Trapezontzewa a décrit des lésions analogues chez le chien, et des granulations éparses se rencontrent souvent chez les singes inférieurs.

Il existe donc, chez les animaux, des lésions identiques ou analogues au trachome, contagieuses et inoculables. Chez l'homme, sous l'étiquette de trachome, on confond des infections d'aspects voisins et de gravités très diverses, on peut donc se demander s'il n'y a pas chez l'homme ou bien des virus trachomateux d'activités diverses, ou bien des virus trachomateux différents.

Les animaux sur lesquels ont porté les recherches vivent les yeux au contact de leur litière et du sol. Leurs conjonctives s'enflamment au contact d'un *virus tellurique*, ou mieux *humique*. L'origine des conjonctivites granuleuses est dans la terre. Les auteurs pensent que les virus trachomateux sont multiples. L'un d'eux, qui n'était pas différent des autres, s'est depuis des siècles adapté aux conjonctives de l'homme. Qu'il ait conservé ou non ses attaches avec la terre, il a pris une allure spéciale, une particulière gravité. Ce virus est celui auquel on doit réserver le nom de virus trachomateux. Il conserve, à condition qu'on l'inocule aux espèces bien sensibles, telle le magot, la propriété de donner des lésions du type humain à localisation et évolution spéciales, reconnaissables. Ce sont ces caractères seuls qui peuvent guider dans l'étude expérimentale du trachome.

L'hygiéniste gardera l'espoir que le virus trachomateux ayant conservé des affinités avec la terre, le trachome est appelé, peut-être, à disparaître avec les progrès de la propreté, qui éloignent l'homme civilisé du contact de la terre.

M. Aubaret remercie le docteur Nicolle d'avoir réservé au Congrès la primeur de cette communication, qui pose la question de l'unité du trachome.

M. Nicolle, revenant sur une opinion précédemment émise par le docteur Cuénod, qui critiquait le terme de conjonctivite granuleuse, propose de le conserver pour les conjonctivites s'accompagnant de follicules et de granulations et de réserver le mot de trachome à la maladie qui se développe sur la conjonctive de l'homme, avec l'aspect et l'évolution cliniques classiques que chacun connaît.

L'efficacité des mesures contre le trachome. Centres anti-trachomateux. — M. Aubaret se félicitant de voir la déclaration du trachome rendue obligatoire en France depuis le 1er avril 1924, voudrait que cette mesure fût appuyée par des moyens énergiques pour rendre son plein effet, et lutter efficacement contre la recrudescence du trachome que l'on signale dans diverses régions de France.

Il a été frappé de voir dans des familles de trachomateux fixées à Marseille, l'infection diminuer d'intensité et même disparaître après quelques générations grâce à l'amélioration de leur vie matérielle et à l'adoption de quelques mesures d'hygiène.

Si l'on mène une lutte sévère contre ce fléau, on doit donc arriver à le vaincre.

Pour cela le professeur Aubaret propose les mesures suivantes :

1° Création de centres anti-trachomateux aux points importants de nos rives latines et orientales.

2° Entente et relations internationales entre les centres dont le nombre sera subordonné aux ressources actuelles.

3° Utilisation des moyens matériels déjà existants et aide accordée par les gouvernements et la Ligue Internationale des Croix-Rouges.

4° Haut patronage accordé par la Société des Nations pour augmenter sans cesse les ressources et faciliter l'adoption d'une réglementation commune à l'égard des trachomateux voyageurs.

5° Création d'une entente méditerranéenne anti-trachomateuse et d'un livret international dont serait muni tout individu ayant présenté des atteintes de trachome, livret exigible à chaque port d'embarquement ou de débarquement, ainsi qu'aux stations frontières en même temps que le passeport.

Le Congrès adopte à l'unanimité les conclusions du professeur Aubaret et émet le vœu que ces mesures soient prises dans un avenir aussi proche que possible.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Traitement des otorrhées chroniques. — M. Moure examine les causes des suppurations chroniques.

Chez l'enfant : végétations adénoïdes, maladies infectieuses ;

Chez les adultes : grippe, rhume, nasopharynx infecté.

Le traitement sera médical ou chirurgical selon le siège de la perforation. Deux cas :

1° Perforation antéro-inférieure : traitement médical après toutefois suppression de végétations ou lésions nasales.

Chez l'enfant, lavages à l'enema avec solution bicarbonatée, boratée ou Dakin (pas H^2O^2). Instillation ensuite d'une solution d'acétate de plomb, de sulfate de zinc ou d'argyrol à 0,50 p. 100. Si l'écoulement devenu muqueux persiste, les eaux sulfureuses seront indiquées.

Chez l'adulte, le traitement sera le même. On cautérisera les fongosités avec acide chromique ou chlorure de zinc.

2° Perforation postéro-supérieure : si surtout il y a des lésions osseuses ou des débris de cholestéatome, opérer. Préférer l'évidement pétro-mastoïdien selon la technique employée en 1894 par l'auteur qui préconise aussi la fermeture immédiate de la plaie mastoïdienne.

ODONTOLOGIE

L'emploi de l'arsenic et la momification de la pulpe. — M. Schwartz (de Montpellier) défend l'arsenic attaqué par Pitsch qui lui reproche de retentir sur le périoste. Ces périostites sont plutôt dues à l'irritation et à l'infection provoquée par la recherche intempestive et inutile des filets radiculaires. Il ne faut jamais extirper la pulpe dans les canaux des pluriradiculaires et momifier la pulpe selon la méthode de l'auteur.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES

M. Jemma (de Naples) a parlé de la diffusion du Kala-Azar en Italie. Cette maladie n'est pas rare (un millier de cas publiés en quelques années). Le traitement de choix est le tartre stibié en injections intra-veineuses. On n'hospitalisera pas le malade. Le traitement sera de préférence ambulatoire.

M. Mesnil (de l'Institut Pasteur) étudia la chimiothérapie des trypanosomiases et son retentissement sur le traitement des maladies parasitaires. Il montra l'intérêt de ces recherches chimiques et la précision des moyens de laboratoire employés pour déterminer l'activité thérapeutique de ces nouveaux produits. Il indiqua comment partis de l'atoxyl, les chimiothérapeutes découvrirent une série de composés soit phénylarsiniques, soit arsénobenzéniques (atoxyl, 606 Ehrlich, 914 Ehrlich, tryparsamide, stovarsol de Fourneau, 205 Bayer, etc.) dont les emplois thérapeutiques sont de plus en plus importants.

Il indiqua enfin les recherches intéressantes auxquelles ont donné lieu les composés bismuthiques et antimoniaux.

M. Onorato (de Tripoli) étudia le phagédénisme à symbiose spirobacillaire, se développant chez des individus affaiblis sous forme d'ulcères phagédéniques, de noma, de gangrènes diverses.

Enfin M. Nalli (de Tunis) a exposé les résultats intéressants qu'il a obtenus dans le traitement du Kala-Azar par le phospho-antimoniate neutre de soude.

MÉDECINE GÉNÉRALE

L'insuline et le régime dans le traitement du diabète. — M. Ascoli (de Rome) rapporte ses essais de traitement par l'insuline. Il a suivi 260 diabétiques dont 140 soumis à cette thérapeutique. L'insuline lui apparaît comme le traitement héroïque du coma. Mais elle peut trouver ses indications dans le cas où la glycosurie est élevée, persistante et s'accompagne d'acidose. Le régime doit rester réduit à 20 calories au lieu de 30 à 35 par kilo. On donnera 0g25 à 0g50 de protéides par kilo et par jour (sous forme surtout de poisson bouilli, œufs, végétaux). On autorisera 100 grammes d'hydrates de carbone (préférer l'avoine, le pain noir, les pommes de terre et ne pas oublier l'alcool). Les graisses reviennent à la mode avec la méthode de Petren.

La prescription de l'insuline ne doit pas exclure l'institution d'un régime sévèrement appliqué.

Sur une forme d'anémie splénique parasitaire. — MM. Ardin-Delteil, Maurice Raynaud et Nanta (d'Alger) rapportent quatre observations de malades se présentant sous un aspect clinique identique caractérisé par une splénomégalie considérable, une hépatomégalie avec ou sans ascite et une anémie très accentuée avec leucopénie. La splénectomie pratiquée dans tous ces cas a permis de retrouver chez tous une identité de lésions macroscopiques et microscopiques de la rate semblant établir entre eux une parenté très étroite.

Cette parenté paraît s'affirmer davantage par la constatation, dans ces cas, d'agents figurés dont la signification reste à établir.

Sur le diagnostic de certains pneumothorax spontanés survenant sans troubles fonctionnels et en pleine santé apparente. — M. GENEVRIER. De deux observations, l'auteur conclut qu'un pneumothorax total peut se produire en pleine santé, sans trouble fonctionnel appréciable, accident dû sans doute à l'existence d'un tubercule sous-pleural. Ce pneumothorax peut être invisible à l'écran, mais la découverte d'un niveau de liquide permet de l'affirmer. D'ailleurs l'exploration manométrique et par le lipiodol viennent confirmer le diagnostic. Ces pneumothorax latents évoluent vers la guérison.

Mortalité infantile et placement des nourrissons. — M. FOLLIOT (de Vendôme).

Effets comparés des principales substances sclérosantes intravariqueuses. — M. GAUGIER (de Paris). Le salicylate de soude semble, à l'auteur, la substance sclérosante de choix. On réservera le biiodure de Hg et la quinine aux cas résistants au salicyate.

Epreuve de la phénolsulfonephtaléine chez les hypertendus. — M. LUTRINGER (de Contrexéville).

Recherches physiologiques sur la circulation veineuse périphérique de l'homme. — M. P. GRELLETY-BOSVIEL. Les variations de la pression veineuse dépendent surtout du fonctionnement du cœur droit, du tonus des veines et des capillaires, de la composition du sang et du degré de stase en aval du point pulmonaire. Cette pression est constante, correspondant comme taux à celui du liquide céphalo-rachidien. L'effort produit une hypertension veineuse immédiate. La bradycardie augmente la tension veineuse, la tachycardie la diminue. La fièvre la modifie peu. La dyspnée d'effort à type expiratoire seule a une action. L'adrénaline, la strychnine, la trinitrine, la peptone, la digitaline ne modifient la pression veineuse que si elles sont injectées à haute dose ou dans des cas pathologiques. La saignée abaisse la pression veineuse chez l'asystolique, mais reste sans action sur l'individu sain.

MÉDECINE MENTALE

M. POROT fit une communication sur **l'orientation actuelle de la psychiâtrie** et a exposé notamment les excellents résultats obtenus par lui dans le traitement des délires aigus par la thérapeutique du choc.

M. MIGNOT, médecin-chef des asiles de la Seine, parla du **dispensaire d'Hygiène mentale de la Seine et de la prophylaxie des réactions antisociales des alcooliques.**

M. PERRUSSEL traita la **question de l'assistance des aliénés en Tunisie**.

Enfin, MM. SCIALOM et SETBON parlèrent de l'**hygiène mentale chez les musulmans et les Israélites Tunisiens, ainsi que du rêve freudique et du rêve biblique.**

— A l'issue de la réunion furent adoptées à l'unanimité les deux motions suivantes :

« I. — Les médecins réunis pour les Journées Médicales Tunisiennes félicitent la » Ligue Tunisienne contre l'alcoolisme » de son activité et appelant l'attention des pouvoirs publics sur l'utilité de la propagande anti-alcoolique et de l'application des lois et décrets déjà existants.

II. La section de médecine mentale des Journées Médicales de Tunis, après avoir entendu les communications de M. le professeur Porot, des docteurs Mignot, Perrussel, Lemanski et Raynal, constatant l'augmentation de la fréquence des troubles mentaux d'origine alcoolique chez les indigènes, attire l'attention des pouvoirs publics sur le danger de la suppression de la prohibition de la vente du vin aux indigènes, qui a été envisagée au Parlement français par un certain nombre de députés et par la Chambre d'Agriculture de Tunis. »

— Enfin le vœu suivant fut adopté à l'unanimité :

« Considérant les vœux précédemment émis, considérant que l'expatriement des malades est une mesure regrettable, inhumaine et contre l'intérêt des malades, les médecins réunis pour les Journées Médicales Tunisiennes émettent le vœu que soit organisée en Tunisie l'assistance des aliénés sous le régime de la loi de 1838 et en particulier que la construction de l'asile prévu soit commencée dans le plus bref délai. »

SECTION VÉTÉRINAIRE

La séance s'est ouverte sous la présidence de M. Ducloux, directeur de l'élevage, assisté de M. Pagnon, vétérinaire principal, directeur du service vétérinaire de Tunisie, et de Mlle Cordier, assistante à l'Institut Arloing de Tunis, secrétaire.

De l'éthérisation ; méthode simple d'anesthésie du cheval. — M. NENNIG, vétérinaire-major. Après avoir décrit la technique opératoire et en avoir souligné la simplicité (emploi d'une éponge fine imbibée d'éther sulfurique du commerce placée à l'ouverture du naseau supérieur du cheval couché, réduction du personnel, suppression de la salivation, sommeil pouvant être poussé jusqu'à l'abolition du réflexe oculo-palpébral sans préjudice pour l'animal, etc.), M. Nennig affirme que l'éthérisation lui a toujours donné d'excellents résultats. Il a anesthésié des centaines de chevaux par ce procédé et n'a assisté qu'à un seul réveil douloureux sur un jeune cheval castré qui a présenté des symptômes un peu inquiétants qui ont disparu assez rapidement. Les seuls inconvénients de l'éthérisation sont tout d'abord le prix de revient assez élevé de l'anesthésique et la perte totale de l'animal en cas d'insuccès : la viande n'est plus comestible. Les avantages de la méthode se marquent en dehors de ceux déjà signalés par la commodité de l'administration de l'éther, la facilité de la surveillance de l'opéré, la sûreté de l'obtention du sommeil chirurgical et enfin la certitude du réveil dans de bonnes conditions. L'auteur termine par la lecture d'observations personnelles dans des cas d'interventions difficiles où l'éthérisation a fait merveille.

Au sujet du traitement sérothérapique du tétanos. — M. le vétérinaire-major PLATEAU.

Epizootie de trypanosomiase. — M. le vétérinaire principal PAGNON et M. le vétérinaire FAURE (du 4e spahis). Cette note n'est qu'une partie d'un travail que M. Faure publiera prochainement. Les auteurs signalent l'importance des affections parasitaires du sang chez le cheval, en Afrique du Nord et leur publication d'aujourd'hui relate les premières constatations faite au cours d'une épizootie de trypanosomiase ayant éclaté au 4e spahis à Sfax sur l'escadron ayant fait la campagne d'été au Maroc. C'est tout d'abord un aperçu sommaire de l'épizootie qui a débuté au Maroc où quelques chevaux sont morts de « misère physiologique » mais qui n'a été dépistée qu'à Sfax. Les symptômes cliniques observés (amaigrissement, poussées fébriles, pétéchies conjonctivales, démarche incertaine, etc.) sont pendant longtemps manifestes tandis que les examens du sang restent négatifs. Des frottes effectués en période fébrile montrent enfin des trypanosomes.

En terminant l'étiologie, MM. Pagnon et Faure font remarquer le rôle de cause favorisante que jouent les plaies comme surfaces d'infection. Vient ensuite l'exposé de la symptomatologie générale où il est dit que le diagnostic ne peut se faire que par des examens de sang répétés ; puis celui des mesures prophylactiques (emploi des arsenicaux et antimoniaux à haute dose en injections intra-veineuses.

La dernière partie de cet intéressant travail est consacrée à une étude bactériologique du trypanosome que les auteurs ont reconnu inoculable au rat. Plusieurs transmissions ont été faites sur des rats, toutes avec succès et les animaux inoculés sont morts trypanosomés avec des signes d'anémie (poïkylocytose, hématies nucléées). Une page illustrée montre les différences dans la sédimentation du sang chez deux malades et chez un animal sain. Un schéma très documenté du typanosome sert au spécialistes pour une détermination du parasite.

Quelques cas de piroplasmoses constatées dans la garnison de Bizerte. — M. le vétérinaire major LEFRANÇOIS.

Un cas de piroplasmose chronique compliquée d'ascite, constaté chez le chien. — M. le vétérinaire major LEFRANÇOIS.

Echinococcose péritonéale chez une poule. — M. LEFRANÇOIS.

De quelques observations au sujet de l'inspection des viandes atteintes de ladrerie bovine. — M. le vétérinaire COUSI 1er étranger de cavalerie.

Recherches sur la bactéridie charbonneuse. — Mlle Cordier, assistante à l'Institut Arloing (de Tunis). Cette note est un résumé d'un travail important sur la bactéridie charbonneuse. L'auteur expose les résultats d'atténuation obtenus dans la virulence du bacillus anthracis par des passages sur les milieux hydrocarbonés végétaux et animaux, atténuation qui se traduit par des changements morphologiques et des modifications du pH.

Dans une deuxième partie Mlle Cordier rapporte les conclusions d'expériences réalisées à l'aide de l'insuline et du sérum glucosé sur des animaux charbonneux chez lesquels elle a effectué aussi des dosages du sucre dans le sang.

Cette action de l'insuline « in vivo » qui n'a ni rôle accélérateur ni rôle retardant sur l'évolution de l'infection se traduit par des effets analogues sur les cultures. L'action « in vitro » de l'insuline utilisée à différents taux sur des cultures de différents âges n'atténue pas, du moins pour les premiers passages effectués, la virulence de la bactérie; elle fait seulement apparaître des formes d'involution dans les milieux insulinés.

Des expériences de vaccination par voie sous-cutanée donnent des résultats aussi satisfaisants que les essais de vaccination par la voie intradermique préconisée par Besrelka. Il en est de même des voies intra-médullaire osseuse, intra-cérébral et intra-testiculaire par lesquelles elle a pu conférer l'immunité aux moutons.

L'auteur termine par un compte rendu succinct d'essais d'expériences d'immunisation croisée (charbon symptomatique et fièvre charbonneuse).

Sur le virus claveleux traité par quelques aldéhydes de la série grasse. — M. Ducloux, directeur de l'Elevage, et Mlle G. Cordier, assistante à l'Institut Arloing de Tunis. Les travaux effectués sur les anatoxines ont engagé les auteurs à rechercher la valeur des virus traités par les aldéhydes voisins du formol. Le virus claveleux entretenu *in vivo* selon la technique de Ducloux est traité successivement par le méthanal à différents taux, par l'éthanal et le butanal. Des inoculations tentées sur les moutons du pays sensibles à la clavelée permettent d'augurer des résultats de vaccination intéressants. Les taux de 3 et 2,5 p. 1.000 pour le méthanal peuvent déjà être retenus. Pour l'éthanal et le butanal les expériences ont porté sur des quantités trop faibles et de nouveaux dosages sont actuellement à l'essai. Les auteurs voient dans ce procédé d'atténuation un moyen supérieur aux autres méthodes de vaccination; ils espèrent en extraire sous peu tout le parti pratique qu'il permet déjà d'envisager.

Sur la piroplasmose bovine en Tunisie. — M. Ducloux, directeur de l'Elevage, à Tunis, étudie les formes d'évolution et les symptômes, puis arrive ensuite à la morphologie du parasite. Dans une série de considérations scientifiques il montre que toutes les formes observées ne sont que les changements survenus dans les stades d'évolution d'un seul parasite. Ses données sont appuyées par une expérimentation solide basée sur des transmissions; il signale que l'apparition de l'hématozoaire dans le sang est corrélative de l'élévation thermique.

Le tableau comparatif des courbes de température et des formules leucocytaires dans les formes graves et dans les formes atténuées ne laisse aucun doute sur l'importance des examens de sang lors d'un diagnostic clinique douteux. Une mononucléose intense caractérise toujours les formes graves. L'auteur insiste aussi sur les ulcérations relevées parfois sur la caillette et l'intestin grêle, ulcérations qui très souvent ont été reconnues comme la conséquence d'un parasitisme indéniable (stronglylescontortus, bunostomum phlébotomum à l'état d'embryons, linguatula serrata).

HYGIÈNE

Cette section s'est réunie sous la présidence du docteur Gobert, directeur de l'hygiène en Tunisie, assisté de notre cher et éminent confrère Béchir Dinguizli, correspondant de l'Académie de médecine.

La conscience sanitaire a fait l'objet d'une remarquable conférence de M. Rulot, délégué de la Belgique.

L'intérêt des **colonies infantiles** a été ensuite montré par M. Molinéry.

Les dangers de la circoncision rituelle ont été exposés dans une étude très intéressante de B. Dinguizli qui indique les mesures à prendre pour éviter les graves dangers de l'opération pratiquée actuellement par les barbiers.

Le cinéma, moyen de propagande. — M. Raynal, médecin de colonisation à Mahdia, montre les avantages que peut rendre le cinéma dans l'éducation des indigènes, notamment dans la lutte contre la syphilis et le trachome. Il demande instamment aux confrères qui connaissent de bons films documentaires de bien vouloir les lui indiquer.

Cette initiative de notre excellent confrère Raynal est trop intéressante pour que nous ne la recommandions pas tout spécialement à nos confrères.

FÊTES, RÉCEPTIONS, EXCURSIONS

Nous avons déjà dit combien les congressistes avaient été comblés par les confrères tunisiens; qu'on en juge :

Le premier soir, après la séance inaugurale et la réception par la municipalité dont nous avons rendu compte précédemment (1), ce fut la vision inoubliable des souks illuminés, puis la grande fête arabe dans la belle maison de Sidi Mohsen.

Le samedi matin divers déjeuners intimes chez nos confrères tunisiens. Le docteur Cassuto réunit les membres de la Presse dans un déjeuner très cordial. Au dessert il les salua dans un chaleureux toast auquel répondit le docteur F. Le Sourd au nom de l'*Association de la Presse médicale française* et des différents journaux parisiens représentés. M. Rulot (de Bruxelles) se fit l'interprète de nos amis de Belgique.

Le soir, M. le ministre résident général de France et Mme Lucien Saint reçurent à dîner les délégués français et étrangers ainsi que les représentants de la Presse. Le dîner fut suivi d'une grande réception à laquelle assistèrent tous les congressistes. Cette réception à la Maison de France fut splendide en tous points.

Le dimanche, tandis que les congressistes allaient les uns à Dougga, les autres à Korbous ou les plus nombreux à Carthage, le professeur Pierre Duval nous emmena à Nabeul avec Léon Bernard, Lesné, Labey, Grégoire, Chevassu, Brun et Mme Brun-Roume, Masselot, Henri Béclère. Sous les beaux orangers de la propriété de M. Laffitte, beau-frère de Duval, un merveilleux repas arabe fut servi. Le caïd Si Habib Djellouli, le plus aimable des grands seigneurs, nous fit ensuite assister à une prestigieuse fantasia à laquelle prenaient part ses somptueux cavaliers et ceux du caïd des Zlass venus exprès de plus de 150 kilomètres. Ce fut une fête inoubliable.

Le lundi soir, le banquet final réunit 500 convives au Tunisia Palace sous la présidence de Ch. Nicolle. Des toasts chaleureux furent prononcés par M. Charles Nicolle, président du Congrès, le docteur Bouquet au nom du Syndicat médical de Tunis, le docteur Soria au nom du Comité.

Le professeur Moure (de Bordeaux) répondit au nom des congressistes français, M. le professeur Sanarelli (de Rome) et Rulot (de Bruxelles) au nom des congressistes étrangers.

Enfin, M. Ristelhueber, directeur de l'Intérieur, apporta le salut et les vœux du résident général.

Le lendemain, les congressistes en deux groupes se dirigèrent vers le Sud pour visiter Sousse, Sfax, Kairouan, Gabès et Tozeur, la perle du Sahara.

En terminant nous dirons aux confrères de France : visitez la Tunisie le plus souvent possible, vous y trouverez non seulement le plus beau des pays, non seulement les plus grandes facilités de voyage et de séjour, mais aussi des sujets d'études médicales d'une richesse incomparable.

Ne croyez pas connaître Tunis parce que vous avez visité les souks, séjournez-y au moins quelques jours, allez voir les confrères, ils seront pour vous les guides les plus aimables et les plus avertis.

Comme nous vous repartirez pleins d'admiration pour tous les confrères de Tunisie et en particulier pour ce bon pionnier de la France qu'est le médecin de colonisation.

F. LE SOURD.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 29, p. 457.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1926)

Action des streptocoques sur le lait. — M. Constantino GORINI. D'après leur action sur le lait, on peut distinguer deux types de streptocoques; l'un acidifiant énergiquement et fournissant régulièrement un caillot ferme, l'autre acido-protéolytique donnant irrégulièrement un caillot floconneux suivant les conditions jusqu'ici négligées par les auteurs. Le premier type se trouve surtout parmi les saprophytes, le second parmi les streptocoques parasites.

Election. — Par l'unanimité des 34 suffrages exprimés, M. Fernand Widal est réélu membre de la Commission supérieure des maladies professionnelles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1926)

De quelques effets indirects et peu connus de la grippe sur la région du cou chez l'enfant (adénopathie et pseudophlegmon par rhino-pharyngite aiguë). — M. ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux). Il existe chez l'enfant une forme spéciale de grippe, dite grippe ganglionnaire, localisée surtout à la région cervicale, et pouvant atteindre les ganglions, le tissu cellulaire et les muscles de la région.

Cette affection est déterminée par la rhino-pharyngite aiguë et revêt une forme fruste, une forme subaiguë et une forme franchement aiguë; dans cette dernière, l'empâtement simule le phlegmon et la suppuration paraît menaçante, mais la résolution est la règle et l'abcès l'infime exception.

Ce qui la caractérise, c'est qu'elle est toujours précédée ou accompagnée d'un léger catarrhe des voies respiratoires supérieures, que le gonflement extérieur de la région cervicale se fait brusquement, et est tout de suite et nettement douloureux.

Le pharynx étant un tube impair, le carrefour aéro-digestif, l'infection peut se disséminer au loin et provoquer des complications diverses.

Le traitement devra consister en applications chaudes, résolutives et calmantes, et surtout en thermothérapie, mais on se préoccupera aussi de la désinfection locale et générale, et ce n'est que si la résolution tarde, qu'on aura recours aux médications générales.

Le N-oxyde de scopolamine dans le traitement des états parkinsoniens. — MM. Michel POLONOVSKI, P. COMBEMALE et P. NAYRAC (de Lille) présentent l'aminoxyde de la scopolamine, nouveau composé appartenant au groupe des genalcaloïdes, décrits par Max et Michel Polonovski, et étudient spécialement son action dans le traitement du syndrome parkinsonien.

Au cours de toute la série d'observations qu'ils relatent les effets obtenus ont été des plus satisfaisants. Beaucoup moins toxique que la scopolamine, cet alcaloïde s'est révélé d'une activité thérapeutique toute semblable et souvent supérieure : en particulier il diminue de façon considérable l'état pénible de raideur, l'hypertonie musculaire, le tremblement, et l'hypersialorrée si caractéristiques de ces états.

Les doses de genoscopolamine utilisées étaient de 2 à 4 milligrammes par jour et ont pu être poursuivies pendant plusieurs mois sans entraîner d'accoutumance.

De l'action des rayons ultraviolets sur la croissance. — MM. M. SPRINGER et André TARDIEU ont étudié expérimentalement les effets de la carence solaire et l'action thérapeutique des rayons ultraviolets sur une portée de cinq lapins nés dans

l'obscurité d'un sous-sol. A la sixième semaine, trois de ces animaux, moins lourds et moins développés, ont été irradiés (14 séances à doses progressivement croissantes). Tous les trois ont subi, dès le début, une poussée remarquable dans leur développement général, leur poids et leur vitalité. Les deux autres, qui étaient plus vigoureux, choisis comme témoins, et soumis à la carence solaire absolue, ont présenté un retard de croissance, leur poids se stabilisa puis diminua; enfin, ils succombèrent avec une paralysie du train postérieur. L'autopsie n'a décelé aucune lésion macroscopiquement évidente et, en particulier, aucun signe de rachitisme. Les trois lapins irradiés n'ont pas été rasés, ce qui prouve que les poils ne s'opposent pas à l'action des rayons.

Les auteurs attribuent à deux facteurs principaux un rôle dans la production et l'utilisation de l'énergie de croissance, susceptibles d'expliquer le mécanisme d'action des radiations ultraviolettes. C'est, d'une part, la pression osmotique qui règle la pénétration, dans les cellules de l'organisme, du nombre des molécules dont la fixation représente l'intensité du mouvement de croissance et, d'autre part, la production de l'électricité organique et, notamment, les rayons ultraviolets, activent les phénomènes de nutrition et de croissance. Ces rayons semblent agir non seulement par les effets de la lumière, mais encore, par la production de l'ozone qui active les oxydations organiques ainsi que par le renforcement de l'électricité intra-organique et de la pression osmotique.

Ces résultats concordent avec ceux de tous les cliniciens qui constatent les bons effets des applications des rayons ultraviolets sur la nutrition et le développement des enfants.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 26 avril. — Jury : MM. Roger, président; Ménétrier, M. Labbé, Lemierre et Laignel-Lavastine. — M. QUILLIOT. Recherches expérimentales sur l'embolie gazeuse. — M. SICARD (P.). Anémie aplastique et purpura hémorragique. — M. VÉRITÉ (Ch.). Historique des Annales de la médecine physiologique. — M. DEGRAIS. Etude sur les maladies infectieuses. — M. TIBY. Cas de streptococcémies terminés par la guérison.

Jury : MM. Hartmann, président; Sébileau, Couvelaire et Strohl. — M. PAPADOPOULO (P.). Etude sur l'ostéo-arthrite du genou (ses résultats). — M. NAUDIÈRE. Etude du traitement des présentations de l'épaule négligées. — M. MADONI BEN KRITLY. Pronostic de la délivrance artificielle. — M. PONS. Formes de tuberculose laryngée. — M. QUIVY (J.). La mesure des rayons X par méthode ionométrique.

Mardi 27 avril. — Jury : MM. Bezançon, président; Bernard, Jeanselme et Guillain. — M. HURPY (F.). Le citrate de soude dans le traitement des varices. — M. BOGDANOVITCH. Etude sur la syphilis. — M. FOURNIAT. Contribution à l'étude des accidents hémorragiques dans la syphilis. — M. LE GUET. Ls chancre syphilitique du sein chez l'homme. — M. COCARD (H.). Etude d'un dispensaire antituberculeux de grande ville. — M. LEQUIENT (Ch.). Formes vertigineuses de l'encéphalite épidémique.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Lecène, Lemierre et Basset. — Mlle GOLDBERG (R.). Essai de vaccination préopératoire. — M. AUTIER. Sur quelques cas de blépharochalagis. — M. BARANGER. Etude des tumeurs malignes. — M. MÉNARD (E.). Les appendicectomies incomplètes. — M. ROSENFELD (B.). Diagnostic du volvulus du côlon pelvien. — M. FLAHAULT. Traitement chirurgical de la névralgie faciale.

Mercredi 28 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Legueu, président; Couvelaire, Bourdelle, Cocquot, Dechambre et Moussu. — M. DURIEUX. De la paralysie du pénis chez le cheval. — M. AUBBY. Etude sur les races animales domestiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 34. — MERCREDI 28 AVRIL 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 28 AVRIL 1926. — N° 34.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2* : 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION A TITRE POSTHUME. — « Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Loeb (Jacques), interne provisoire des hôpitaux; a toujours accompli ses fonctions avec la plus haute conscience et le plus complet dévouement. Décédé, à l'âge de vingt-trois ans, des suites d'une affection contagieuse contractée en service. »

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 22 avril 1926, est nommé au *grade de chevalier* à titre posthume :

« M. Loeb (Jacques), interne à l'hospice de Bicêtre. Interne provisoire des hôpitaux, a toujours accompli ses fonctions avec la plus haute conscience et le plus complet dévouement. Décédé à l'âge de vingt-trois ans, des suites d'une affection contagieuse contractée en service. Cité à l'ordre de la nation. » (*J. O.*, 24 avril 1926).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — Par arrêté ministériel, la médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée, à titre posthume, à M. Loeb, interne provisoire à l'hospice de Bicêtre, décédé, victime de son dévouement.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite*. — Séance du 25 avril. — MM. Janet, 19,18; Chevallier, 20; Turpin, 18,36; Bernard, 18,27.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite*. — Séance du 23 avril. — MM. Oberlin, 17; Maurer, 18; Tourneix, 12.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Un concours pour une place de médecin résidant à l'hôpital de Saint-André aura lieu le mardi 25 mai 1926. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de l'administration des hospices jusqu'au 10 mai 1926.

— Après concours, MM. Maltite et Maronneaud ont été nommés stomatologistes adjoints des hôpitaux.

— TOULOUSE. — Le prix municipal de l'internat en médecine vient d'être attribué à M. Frédéric Bertrand, interne de 4e année.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Leçon orale de 3/4 d'heure*. — Première séance du 23 avril. — M. Heuilly : « L'examen du sang dans les indications opératoires. »

M. Charrier : « Tuberculose de l'articulation scapulo-humérale. »

Deuxième séance du 23 avril. — M. Perrin : « Les tumeurs malignes du testicule. »

M. Loubat : « L'hémarthrose traumatique du genou. »

MÉDECINE. — *Epreuve clinique*. — MM. Abel, 14; Aubertin, 18; Barbier, 19; Baumel, 15; Bénard, 17; Bernheim, 18; Berthier, 14; Bertoye, 17; Blum, 13; Bocca, 15; Bordet, 19; Boulet, 17; Cathala, 20; Chevallier, 15; Dechaume, 18; Drouet, 15; Duthoit, 16; Giraud, 14; Haguenau, 19; Hawas, 16; Morenas, 19; Nérac, Pagès et Paraf, 15; Paupert-Ravault, 13; Piéri, 16; Puech et Riser, 15; Roques, 16; Sendrail, 13; Simonin, 17; Tzanck, 15; Wolff et Zuccarelli, 13.

OBSTÉTRIQUE. — *Leçon orale de 3/4 d'heure*. — Séance du 21 avril. — MM. Balard et Vognes, 15; Rivière, 18.

Séance du 22 avril. — MM. Houel, 16; Col de Carrera, 18; Portes, 20.

Exposé de titres. — MM. Coll de Carrera, Levent, Vermelin et Balard, 17; Cleisz, 18; Houel, 16; Portes, 19; Rivière, 15; Vignes, 19.

UROLOGIE. — Jury : MM. Legueu, président; Rochet, Jeanbrau et Jeanneney.

Epreuve pratique. — Séance du 19 avril. — MM. Fey, 19.

Exposé de titres. — Séance du 20 avril. — MM. Fey, 19; Darget, 16.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 21 avril. — M. Darget : « Des algies vésicales chez l'homme et chez la femme en dehors de la tuberculose »; note : 17.

Séance du 22 avril. — M. Fey : « Le problème de la néphrectomie en dehors du cathétérisme urétéral »; note : 20.

Total des points : MM. Fey, 58; Darget, 33.

BACTÉRIOLOGIE. — Jury : MM. Teissier, président; Arloing, Lisbonne et de Lavergne.

Epreuve pratique. — MM. Gastinel, 19; Hauduroy, 17; Bénard (Ed.), 15.

Exposé de titres. — MM. Gastinel et Hauduroy, 19.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — Jury : MM. Tournade, président; Cade, Parisot et Dupérié.

Epreuve pratique. — Séance du 23 avril. — MM. Bénard, 17; Troisier, 16.

Exposé de titres. — MM. Bénard, 16 1/2; Troisier, 16.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Cultin, directeur du Service de santé de la 6e région, a été placé, à compter du 20 avril 1926, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 17 avril 1926 publie un décret concernant la réorganisation de l'école. La durée de l'enseignement est, en principe, fixée à neuf mois y compris la période du concours de sortie.

MARINE. — Un concours pour l'emploi de professeur de chimie biologique à l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort auru lieu à Toulon le 10 juillet 1926.

Les conditions de ce concours sont fixées par l'arrêté ministériel du 20 juin 1908 (*B. O. M.*, vol. XIII, p. 46).

COMMISSION DE PROPHYLAXIE DU CANCER. — Sont nommés membres de la Commission : MM. les docteurs Heymann, chargé du service de curiethérapie à l'Institut Curie de l'Indo-Chine, et Degrais, assistant de curiethérapie à l'hôpital Necker.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Leyritz, médecin chef de service à la colonie familiale d'aliénés de Dun-sur-Auron, a été nommé directeur médecin de l'asile agricole d'aliénés de Chezal-Benoit, en remplacement de M. le docteur Petit, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Merland, médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Leyme (Lot), a été nommé médecin chef préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen (Lot-et-Garonne), en remplacement de M. le docteur Mirc, appelé à d'autres fonctions.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à la colonie familiale d'aliénés de Dun-sur-Auron, par suite du départ de M. le docteur Leyritz, appelé à d'autres fonctions.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile d'aliénés de Leyme (Lot), par suite du départ de M. le docteur Merland.

VENTE DE CHARITÉ DE LA MAISON DU MÉDECIN. — La vente de charité de la Maison du médecin aura lieu à la Faculté de médecine les 8 et 9 mai prochains. Le dimanche 9 mai, à 5 heures, sera tirée une tombola dont le gros lot est un cabriolet Peugeot 5 chevaux, 3 places.

Adresser les demandes de billets au docteur Boucard, 30, rue Singer, Paris, ou au secrétariat de la Maison du médecin, 51, rue de Clichy, Paris (IXe).

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR RATHERY

La semaine dernière, M. le professeur Rathery a pris possession, avec le cérémonial habituel, de la chaire de pathologie expérimentale et comparée dans laquelle il succède à M. le doyen Roger, devenu professeur de physiologie.

Après avoir remercié le doyen et les professeurs d'avoir accordé leurs suffrages à un chercheur « qui n'avait d'autres titres » que « ses seuls travaux », M. Rathery a adressé l'expression de sa particulière gratitude à M. Desgrez qui fut son maître, son guide et son protecteur le plus diligent et le plus combatif. Il rappela ensuite le souvenir de ses parents, de son admirable mère qui, enlevée il y a peu de mois, n'a pas eu la joie d'assister à cette leçon inaugurale; de son père François-Roger Rathery, médecin de l'hôpital Tenon, disparu alors que son fils n'avait que sept ans, et qui a laissé « l'exemple d'une vie courte mais toute remplie d'une haute idée du devoir et d'un amour profond de sa profession ».

Rathery appartient d'ailleurs à une belle famille médicale. Son grand-père Dequevauville fut médecin militaire et physiologiste. Par son mariage, Rathery est devenu le gendre du professeur Gustave Bouchardat et le petit-fils du professeur Apollinaire Bouchardat.

Conformément à la tradition, le nouveau professeur envoie un souvenir reconnaissant à ceux qui le guidèrent dans ses études médicales : Albert Josias, Paul Berger, Debove, Gilbert, André Petit, Chauffard, Chantemesse et Brissaud; à Paul Carnot, enfin, son camarade qui se l'associa comme agrégé de thérapeutique.

A l'exemple de Magendie, le père de la médecine expérimentale, Rathery a partagé son temps entre la clinique et le laboratoire. C'est avec émotion qu'il parle du temps passé au Collège de France chez André Mayer, et de ses travaux dans le laboratoire de M. Desgrez où il a poursuivi sa belle série de recherches expérimentales sur la nutrition.

Suivant l'usage le nouveau professeur fait ensuite l'historique de sa chaire et rappelle ses prédécesseurs : la curieuse figure de Brown-Séquard, le puissant et méthodique travailleur que fut Vulpian. Puis Straus, Chantemesse et M. le doyen H. Roger dont il fait un magnifique éloge.

M. Rathery établit en terminant un programme complet d'enseignement.

« Chercher des faits, les bien observer, en tirer des hypothèses provisoires, indéfiniment révisables, tel est le but qu'on doit poursuivre en médecine expérimentale ». Les méthodes qu'il compte suivre « pour tâcher de ne pas trop démériter » de ses illustres prédécesseurs sont les suivantes. Il envisage la chaire de pathologie expérimentale sous deux aspects : chaire d'enseignement didactique d'une part, chaire de recherches d'autre part.

Le brillant passé de M. Rathery nous est un gage qu'il saura instruire des étudiants et former des médecins.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

J. F. TRÈS INSTRUITE, au courant radio, demande emploi de 4 à 7 h. Ecr. Mme Verdez, 36, rue du Château-d'Eau, Paris.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1925

Par Louis DELHERM et Jean LOUBIER.

I. APPAREILS ET TECHNIQUE

A propros du meuble « d'Arsonval-Gaiffe » et du traitement des petites varicosités par l'étincelle. (A. Laquerrière. *Bull. officiel de la soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1925.) — On confond trop souvent deux appareils qui portent le même nom. L'un moderne, est surtout construit en vue de la diathermie. L'autre, le grand meuble d'Arsonval-Gaiffe, qui vit le jour en 1904, permet non seulement la diathermie, mais les utilisations les plus diverses des courants de H. F.

A ce propos, l'auteur rappelle que c'est avec ce grand meuble qu'il obtenait les petites étincelles, très fines, qu'il a préconisées dès 1910 pour le traitement de la couperose et des télangiectasies suite de radiodermite.

Les mesures de température dans les applications de diathermie. (G. de Brancas. *Bull. officiel de la soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1925.) — Pour faire ces mesures il faut posséder un appareil précis qui permette d'explorer au cours de la même séance plusieurs points de la région traitée; car la température n'y est pas uniformément répartie.

Appareil de haute fréquence pour diathermie à grande puissance « Arthis ». (Saintot et Grillon. *Bull. officiel de la soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1925.) — Appareil à ondes entretenues grâce à un oscillateur à lampes de T. S. F. permettant : 1° en diathermie un courant de 6 ampères sur une résistance de 10 ohms : 2° l'électrocoagulation presque instantanée avec de petites électrodes : 3° l'étincelage et l'effluvation : 4° l'auto-conduction et l'induction intensive.

Contrairement aux appareils à éclateur à choc amorti, le rendement atteint 75 p. 100 ; l'appareil est absolument silencieux.

II. ELECTRODIAGNOSTIC

Sur la pratique de l'électrodiagnostic. (Bourguignon. *Bull. officiel de la soc. franç. d'électroth. et de radiol.* mai, 1925.) — Il faut toujours faire la comparaison de la chronaxie : au point moteur, par excitation longitudinale, sur le nerf. Au point moteur, à l'état normal on fait une excitation nerveuse; à l'état pathologique, si toutes les fibres sont dégénérées et inexcitables par le nerf, on a une réponse musculaire. Lorsqu'il y a un mélange de fibres saines, la question est complexe.

L'amplitude de la contraction ne dépend que du nombre de fibres ; un muscle peut avoir une contraction de forme normale et une chronaxie normale et présenter cependant une contraction d'amplitude diminuée, s'il ne lui reste qu'un petit nombre de fibres saines.

Si l'on ne *peut faire* la recherche de la chronaxie, il faut se contenter de rechercher comparativement les réactions *qualitatives* sur le nerf, sur le point moteur et par excitation longitudinale et s'abstenir de tout jugement quantitatif.

Sur un cas de côte cervicale supplémentaire. (Delherm, Morel-Kahn et Couput. *Bull. officiel de la soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1925.) — Jeune fille présentant un cou court avec syndrome de Klippel-Feil et des côtes cervicales bilatérales.

L'électrodiagnostic classique ainsi que la recherche de la chronaxie n'ont permis de déceler aucune modification notable de l'excitabilité électrique.

La chronaxie en théorie et en pratique. (Louis Lapicque. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1925, n° 9.)

Diagnostic électrique du rachitisme incipiens. (Gillot et Bure. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1925, n° 9.)

Recherches sur la résistance initiale du corps humain. (A. Strohl et H. Jodka. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, mars 1925, p. 131.) — La résistance initiale ne constitue qu'une fraction très faible de la résistance apparente mesurée à l'aide des courants continus. C'est une grandeur physique qui se rapproche beaucoup plus que la résistance apparente de la résistance électrique des métaux et des électrolytes.

On peut, en somme, l'assimiler à une résistance obéissant aux lois d'Ohm.

Etude de la chronaxie sur quelques muscles du visage dans un cas d'hémiatrophie faciale. (Delherm, Laquerrière et Morel-Kahn. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1925.) — Enfant de dix ans atteint d'hémiatrophie faciale qui s'est installée progressivement. L'électrodiagnostic, pratiqué par les méthodes classiques, n'a montré aucun trouble de la contractilité électrique. Or, en employant les procédés chronaximétriques, les auteurs ont pu déceler des variations assez considérables dans les réactions de certains muscles de la face du côté atrophié.

La paralysie faciale et le schéma d'Erb. (Duhem et Séguin. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1925.)

Résistance du corps humain. Principe d'une méthode de mesure par condensateur et courant alternatif. (Lambolz. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, juillet 1925.) — Une des branches d'un diapason électrique est alternativement en contact avec les deux pôles d'une batterie de piles dont le milieu est relié à un galvanomètre différentiel pour courant alternatif. L'autre borne du galvanomètre reçoit les extrémités des deux circuits ; dans l'un se trouve la résistance à étudier, dans l'autre un condensateur plan à plateau mobile. On écarte ou on rapproche les plateaux jusqu'à ce que le galvanomètre marque zéro, c'est-à-dire jusqu'à ce que les courants de sens contraire soient égaux. Le calcul permet de connaître la résistance.

Un nouveau chapitre en électrodiagnostic : la chronaxie du système optique chez l'homme. (Bourguignon. *Arch. d'électr. et de physioth. du cancer*, août-sept. 1925.) — Dans une première série de recherches, Bourguignon, en se servant du phosphène électriquement provoqué, mettait l'électrode active sur les paupières fermées. Reprenant ces recherches, il a fait varier le point d'application de l'électrode active et a pu constater que le sujet ne localisait pas le phosphène au même point dans les diverses positions de l'électrode. L'excitation portée sur l'œil fermé dans l'axe de la pupille donnait un phosphène *central* avec une chronaxie comprise entre 2,2 dix millièmes et 3. Les excitations partant plus latéralement (œil ouvert) causaient un phosphène *périphérique* avec une chronaxie comprise entre 1,2 et 1,8 dix millièmes.

III. SYSTÈME NERVEUX

A propos du traitement électrique de la sciatique. (J. LOUBIER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1925.) — Il ne faut pas oublier les excellents résultats donnés par le courant galvanique. Ce traitement ne nécessite qu'une boîte de piles et non un appareillage compliqué comme la diathermie; il peut donc se faire plus facilement au domicile des malades. L'auteur rapporte quatre observations prises de cette façon.

Traitement des névrites par l'électrolyse. (W. BLACK JONES. *Brit. med. Journ.*, 17 janv. 1925.) — Anesthésie locale, puis après quelques minutes enfoncer l'aiguille de platine reliée au pôle négatif vers le nerf. Large électrode positive. Intensité : 1, 3, 5 milliampères suivant la tolérance. Durée : dix minutes. Une seule porte d'entrée par jour et ne traiter qu'un jour sur deux.

La paralysie infantile et son traitement par la radio-diathermothérapie. (H. BORDIER. *Monde méd.*, 15 sept. 1925.)

Le traitement radio-électrique actuel de la paralysie infantile. (A. MALLEIN-GÉRIN. *Pratique méd. franç.*, août 1925.)

Sur quelques points du traitement de la paralysie infantile. (DELHERM et LAQUERRIÈRE. Rapport au *Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Grenoble 1925, et *Journ. de radiol. et d'électrol.*, juillet 1925, p. 329.) — Les auteurs commencent par faire ressortir les difficultés d'établir un pronostic clinique et un électropronostic. Puis ils passent en revue les méthodes anciennes et nouvelles dans le traitement des poliomyélites.

Ils terminent ensuite par des aperçus sur la conduite générale du traitement. On peut utiliser la radiothérapie médullaire qui, avec la technique préconisée par Bordier et Duhem, est sans danger. La *diathermie* est surtout indiquée chez les sujets présentant des troubles vaso-moteurs et trophiques; les auteurs ne l'emploient pas chez les tout jeunes enfants.

« Le *courant voltaïque excitomoteur* doit être employé d'une façon systématique sur tous les muscles qui réagissent à l'action de ce courant. Nous avons observé des cas très anciens où il nous a donné des résultats inattendus. Bien entendu, il faut l'employer judicieusement, éviter toute fatigue et ne pas exciter les antagonistes. »

La direction du traitement varie dans ses détails pour chaque cas particulier, mais le traitement électrique doit être prolongé tant que l'on observe des améliorations.

A côté du traitement électrique il existe d'autres thérapeutiques comme la balnéation, les cures salines, l'orthopédie qui jouent un rôle important dans bien des cas.

Les différentes méthodes physiothérapiques employées dans le traitement de la paralysie spinale de l'enfance. (DUHEM. *Bull. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1925.) — L'auteur passe en revue toutes les méthodes qui ont été employées jusqu'ici.

Les unes s'adressent aux troubles moteurs, ce sont les méthodes anciennes qui consistent surtout en application de courant continu avec toutes ses modalités.

Les autres s'adressent surtout aux troubles vaso-moteurs qui ont une si grande répercussion sur la circulation, ce sont les procédés de réchauffement. La radiothérapie, enfin, s'adresse aux lésions médullaires de prolifération conjonctive. Son action est logique, elle n'est pas dangereuse mais elle n'est pas prouvée. Elle reste donc incertaine, car on ne peut juger la valeur d'une méthode précoce dans la poliomyélite étant donné les régressions qui se produisent spontanément dans les cinq ou six premiers mois de la maladie. L'action de la diathermie qui provoque la chaleur dans l'intimité même des tissus, et de la balnéation locale chaude qui réchauffe les membres engourdis est beaucoup plus efficace et plus certaine, prouvée qu'elle est par les résultats éloignés. Elle permet l'efficacité plus grande du courant continu rythmé appliqué aux muscles après la période de régression. La diathermie doit être appliquée tous les deux jours pendant plusieurs mois; elle ne présente pas de danger réel, quel que soit l'âge de l'enfant, à condition d'être bien appliquée. Les bains locaux chauds doivent être donnés au moins quatre fois par jour pendant de longs mois. Employer conjointement le courant galvanique rythmé. Les résultats sont des plus encourageants. Ce sont :

La suppression des troubles circulatoires. La suppression des troubles trophiques osseux et des raccourcissements de membres. La réparation maxima de tout ce qui est récupérable. La grande facilité donnée aux orthopédistes pour appliquer leurs appareils qui deviennent alors supportables beaucoup mieux que lorsqu'il persiste des troubles circulatoires. Il serait nécessaire de créer des centres spéciaux où pourraient être appliqués ces traitements, ce qu'il est impossible de faire actuellement dans les services hospitaliers.

Discussion. — M. LAQUERRIÈRE fait différentes remarques : le pronostic au début ne peut être établi sur l'électrodiagnostic seul, en particulier l'équation « réaction de dégénérescence = cul-de-jatisme » est en contradiction avec la clinique. Il n'a pas d'opinion sur la valeur pronostique du signe douleur; il a vu des formes très douloureuses bien guérir, il demande à ce qu'on distingue les douleurs rachidiennes et les douleurs périphériques. La diathermie est un excellent procédé pour remédier aux troubles circulatoires, mais ces troubles circulatoires n'existent pas dans tous les cas. Il insiste une fois de plus sur les dangers de la diathermie, appliquée par des praticiens inexpérimentés, chez les trop jeunes enfants. Il met en garde contre les dangers possibles de la radiothérapie intensive ou ultrapénétrante si on était tenté de l'employer. Il conclut en se déclarant d'accord avec Duhem et fait observer que la paralysie infantile étant une maladie grave il ne faut rien négliger. On n'est pas plus en droit de refuser d'étudier les procédés nouveaux que d'abandonner, comme les non spécialistes paraissent avoir tendance à le faire, les procédés anciens qui ont fait leurs preuves.

M. VIGNAL pense également qu'on ne peut qu'approuver les conclusions de Duhem; mais il croit qu'on a trop tendance à ne voir dans la diathermie que l'action calorifique. Il ne faut pas oublier qu'il existe une action tout aussi importante sur laquelle le professeur d'Arsonval a insisté il y a longtemps; cette action c'est la *résonnance cellulaire* qui explique mieux que la seule chaleur les effets observés.

M. DELHERM est d'accord dans les grandes lignes avec le docteur Duhem et n'en diffère que par des points de détails. Il pense que dans la plupart des cas on peut utiliser la radiothérapie qui, employée avec précaution comme le fait Duhem, n'est pas dangereuse. Il réserve la diathermie aux cas s'accompagnant de troubles circulatoires de la peau. Dans les autres cas il utilise le courant galvanique qui, soit trophique, soit excito-moteur, doit jouer un rôle important dans le traitement de cette affection.

La paralysie infantile. Contribution à l'étude de son traitement par les agents physiques et l'orthopédie. (Pierre SÉGUIN. *Th. de Paris.*) — Dans ce travail fait dans le service du docteur Duhem, l'auteur donne la technique du traitement appliqué par son maître aux Enfants Malades : dès la fin de la période fébrile on institue le traitement radiothérapique, la diathermie et la balnéation chaude. La *galvanisation*, sous forme de secousses de fermeture négative, n'est appliquée que lorsque la réaction de dégénérescence tend à diminuer, quand l'excitabilité faradique est reparue et que la secousse devient plus vive à la fermeture négative.

Sur le traitement électrique du goître exophtalmique. (S. PORTRET et Y. HÉLIE. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, fév. 1925, p. 55.) — Les auteurs publient en tout 30 observations. Les 20 premières concernant des sujets n'ayant été traités que par l'électrothérapie; les 10 dernières se rapportent à des malades traités par l'électrothérapie après échec de la radiothérapie. Ils ont obtenu d'excellents résultats et pensent que l'électrothérapie, d'une inocuité parfaite, doit être essayée avant tout traitement, elle a fait ses preuves et ne mérite pas l'oubli dans lequel elle est tombée. Dans certains cas il peut y avoir intérêt à associer la radiothérapie à l'électrothérapie.

Union de l'électrothérapie et de la radiothérapie dans le traitement du goître exophtalmique. (FRAIKIN. *Bull. officiel de la soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1925.) — L'auteur ayant guéri une malade par la galvano-faradisation, après

échec de la radiothérapie, pense, comme Delherm, qu'il faut associer les 2 méthodes pour donner au malade le maximum de chances de guérison.

Le traitement physique actuel des algies. (FRAIKIN. *Bull. officiel de la soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, janv. 1925.) — Diathermie, galvanisation, rayons infra-rouges, radiothérapie, tels sont les agents physique que l'auteur utilise actuellement contre les algies.

Nouvelle technique d'ionisation transcérébrale de calcium pour le traitement de l'hémiplégie avec contracture. (G. BOURGUIGNON. *Bull. officiel de la soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1925.)

Résultat du traitement de l'hémiplégie avec contracture par l'ionisation de divers ions avec courant orbito-occipital. (G. BOURGUIGNON et E. JUSTER. *Bull. officiel de la soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1925.) — Sur une cinquantaine d'hémiplégiques anciens dont l'état était stationnaire depuis au moins dix-huit mois, on a fait des études comparatives avec des électrodes imbibées d'eau ordinaire de solution iodurée, de solution calcique. L'eau pure a donné des résultat insignifiants, par contre l'ionisation d'ion médicamenteux appliqué de l'orbite au trou occipital, de façon à ce que la plus grande partie du courant traverse la boîte cranienne a fourni des améliorations notables chez ces malades.

Chez les syphilitiques l'ion iode est préférable à l'ion calcium. Ce dernier est du reste, sans effet dans les cas exceptionnels qui restent complètement flasques.

Les observations ont été prises sur des malades tels qu'on ne pouvait parler d'améliorations spontanées. Le malade présenté en séance qui avait été atteint de contracture extrêmement intense était un cas tout à fait probant.

IV. APPAREIL DIGESTIF

De la diathermie transabdominale dans le traitement des hémorroïdes. (P. MEYER. *Journ. de méd. de Paris.* 5 sept. 1925.) — L'auteur place une électrode de 24×16 centimètres sur la région dorsale et une semblable sur la région abdominale. Intensité 2000 à 3000 milli-ampères, durée dix minutes au début puis augmenter de cinq minutes jusqu'à quarante minutes, séances tous les deux jours. Une vingtaine de séances en tout. Meyer ne fait pas de traitement anal, mais pense que des applications locales seraient un adjuvant utile.

Le traitement électrique de la constipation atonique. (LAMARQUE. *La Médecine*, juin 1925.) — Le traitement le plus rationnel est l'électrisation. La technique recommandée est la suivante : une grande électrode lombaire, une grande électrode abdominale. Courant faradique avec bobine à fil fin interrompu au métronome. Puis application de courant galvanique rythmé et inversé. Séances de quinze minutes puis on arrive progressivement jusqu'à quarante-cinq minutes. Séance quotidienne pendant trois à quatre semaines. On obtient ainsi une selle spontanée vers les premiers jours; parfois ensuite débâcle (suivie de constipation). L'auteur recommande en même temps l'exercice physique.

Excroissances, végétations et néoplasies du canal anal. (R. BENSAUDE, A. CAIN et P. OURY. *Arch. mal. app. digest.*, mai 1925.) — Deux méthodes en présence : l'ablation sanglante (chirurgie), et la destruction par les courants de haute fréquence, soit par l'étincelage, soit par la diathermie. Cette dernière méthode est simple, immobilise peu de temps le malade et écarte les risques d'hémorragie et d'infection.

Diathermie et maladies de la vésicule biliaire. (R. HIRSCH. *Munch. Medizin. Wochen.*, 19 juin 1925.) — La diathermie donne des résultats excellents dans des cas d'affections chroniques des voies biliaires, même accompagnées d'ictère intense et de coliques hépatiques violentes. Les guérisons obtenues sont durables.

V. APPAREIL CIRCULATOIRE

Le traitement par les agents physiques de la gangrène des membres chez les diabétiques. (DELHERM et GRUNSPAN DE BRANCAS. *Pratique méd. franç.*, août 1925.) — La diathermie et l'air surchauffé donnent d'excellents résultats dans le traitement de la gangrène des membres chez les diabétiques.

La diathermie par son pouvoir hyperémiant, vaso-dilatateur et l'échauffement qu'elle provoque combat d'une façon efficace le processus gangréneux; elle améliore la circulation locale et, de ce fait, fait disparaître les douleurs. On place les électrodes aux deux extrémités du membre atteint, 7 à 800 milli-ampères pendant vingt-cinq minutes.

L'électrothérapie dans les maladies du cœur et des vaisseaux. (C. LIAN et P. DESCOUT. *Journ. méd. franç.*, fév. 1925.) — Les auteurs passent en revue les résultats obtenus par les différentes modalités électriques dans les affections du cœur et des vaisseaux.

L'électrothérapie constitue le véritable agent thérapeutique contre les phénomènes douloureux des artérites oblitérantes; elle est utile contre la douleur dans les syndromes capillaires vaso-moteurs, les hémorroïdes, les ulcères variqueux.

Un cas de trophœdème chronique traité par la diathermie. (P. MEYER et J. PERNET, *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 27 juin 1925.) — Malade de cinquante ans atteinte de trophœdème chronique du membre inférieur droit.

Alors que tous les traitements institués depuis vingt ans avaient échoué, la diathermie a amené une amélioration considérable et rapide. La technique employée fut : un pôle à la face plantaire du pied droit, un pôle sur l'abdomen; intensité 1.000 à 1.200 milli-ampères; vingt applications de trente minutes de durée.

Revue sommaire des actions de l'électrothérapie dans quelques troubles circulatoires et trophiques. (LAQUERRIÈRE et DELHERM. *Bull. gén. de therap.*, août-sept. 1925.) — Revue des indications des différentes modalités électriques : courants galvanique, faradique et de haute fréquence dans les troubles circulatoires et trophiques.

Ces principales indications sont :

Maladie de Reynaud et troubles circulatoires des extrémités;
Plaies et gangrènes d'origine trophique;
Claudication intermittente;
Engelures et tous les troubles trophiques et vaso-moteurs divers.

VI. DERMATOSES

De l'importance du « clivage » dans certaines méthodes de traitement des verrues. (A. LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1925.) — En introduisant une aiguille négative parallèlement à la surface, entre la verrue et les tissus sains, on peut déterminer, grâce au dégagement des produits d'électrolyse, une sorte de phlyctène qui soulève la verrue; celle-ci tombe au bout d'un certain nombre de jours en laissant à sa place une peau saine. Cette technique est bien supérieure à la destruction immédiate de la verrue par électrolyse, car il n'y a besoin que d'une faible intensité, et il n'y a pas de plaie les jours suivants.

Traitement des kératoses et dégénérescences malignes, séquelles de radiodermite : électrocoagulation ou dessiccation. (G. E. PFAHLER. *Americ. Journ. of Roentgen*, janv. 1925.) — Les lésions des radiodermites, des radiologistes en particulier, doivent être traitées de bonne heure soit par l'étincelle de haute fréquence, soit par l'électrocoagulation.

Considérations sur les traitements des nævi-carcinomes. (J. BELOT et L. NAHAN. *Ass. franç. pour l'étude du cancer*, séance du 16 mars 1925.) — La radiothérapie est susceptible d'avoir une action sur le nævi-carcinome et ne doit pas être rejetée à priori.

L'électrolyse négative est la méthode de choix. — La technique préconisée par les auteurs évite l'escarre, elle consiste en piqûres faites en tissu sain de manière à encercler la tumeur en surface et en profondeur. L'intensité varie entre 3 et 6 milliampères. Dans un premier temps, on pratique un barrage de défense. Dans un deuxième, les piqûres sont faites aux limites de la tumeur, et dans un troisième temps, on attaque par des piqûres serrées l'ensemble de la tumeur. Les réactions sont

peu marquées. La tumeur se flétrit et s'élimine, laissant une cicatrice souple.

Les auteurs pensent qu'on a souvent intérêt à combiner les deux méthodes : électrolyse et radiothérapie pénétrante.

VII. ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Traitement de la stérilité par la diathermie. (C. A. Castano. *Gynec. et obst.*, n° 3, 1925.) — Technique : une plaque d'étain de 16 centimètres de côté sur l'abdomen, une sur le dos, reliées au même pôle : l'autre électrode est constituée par une tige métallique dont l'extrémité est placée dans le cul-de-sac postérieur. Intensité 1 1/2 à 2 1/2 ampères, séance de quarante minutes tous les deux jours pendant vingt jours. Résultats très encourageants.

Les courants de hautes fréquences en gynécologie. (Laquerrière. *La pratique méd. franç.*, août 1925.) — Avec la fulguration, au moyen d'une petite étincelle, on peut cautériser une ulcération ou détruire les végétations du col, etc. ; avec la diathermie on peut faire des applications intra-utérine, intra-cervicale ou vaginale.

Les applications d'effluves à l'intérieur de l'appareil génital de la femme sont analgésiques antiseptiques, cicatrisantes, antiprurigineuses, et sont indiquées dans les vaginités, les ulcérations du col, les métrites, les névralgies, etc.

Traitement des métrites cervicales accompagnées de sténose du col de l'utérus par les effluves de haute fréquence. (Francillon Lobre et P. Rouché. *Le bull. méd.*, 18 et 21 fév. 1925.)

Notions sommaires d'électrothérapie gynécologique. (A. Laquerrière. *Journ. radiol. et d'électrol.*, mai 1925. p. 209.) — Article faisant suite à celui de 1924 et analysé ici même. Dans ce travail l'auteur étudie surtout les contre-indications et les indications.

Les contre-indications absolues sont : les cas où il existe une lésion où l'électricité est sans action ; les cas où le traitement électrique fait perdre du temps ; les cas où il existe une affection suppurée.

Les indications sont fort nombreuses et nous citerons les principales.

1° *Affections de l'utérus* (non néoplasiques). — Endométrites, métrites du col, traitement symptomatique de l'hémorragie dans la métrite hémorragique, hémorragie de la délivrance (subinvolution utérine) ; dysménorrhée, leucorrhée, aménorrhée, etc.

2° *Fibromes.* — Avant la radiothérapie, le traitement électrique avait donné des résultats remarquables ; actuellement encore les applications intra-utérines avec électrode de zinc trouvent encore leur emploi et il serait injuste de laisser tomber cette méthode dans l'oubli.

3° *Prolapsus et déviations utérines.*

4° *Troubles utérins et péri-utérins sans suppuration.*

5° *Troubles du système nerveux génital* : Algies, hypéresthésies.

Nouvelle note sur l'ionisation salicylée en gynécologie. (A. Laquerrière. *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, 27 oct. 1925.) — L'auteur n'a que peu d'observations où ce traitement ait été employé à l'exclusion de tout autre mais néanmoins il rapporte deux nouvelles observations particulièrement démonstrative du rôle analgésique qu'on peut en obtenir dans les troubles douloureux péri-utérins. Il signale que la malade dont il a publié l'observation l'année dernière est actuellement au huitième mois d'une grossesse alors que durant les cinq premières années de son mariage, avant le traitement, elle n'avait jamais, malgré son désir, pu devenir enceinte.

A propos de deux cas de pertes blanches guéries par l'électricité. (Hayem. *Réunion med. chir. des hôpit. de Lille.*, nov. 1925.) — L'auteur rappelant les récents articles de Laquerrière, parus dans le *Journal de Radiologie et d'Electrologie* sur l'électrothérapie gynécologique, regrette que cette thérapeutique simple, qui a donné autrefois des résultats remarquables soit presque tombée dans l'oubli. Il rapporte l'observation de deux malades qui, traitées par le courant faradique, furent en 9 applications, complètement guéries d'une leucorrhée abondante et rebelle aux traitements essayés antérieurement.

Avec les pertes disparurent également la lassitude et les douleurs lombaires, de plus une des malades vit disparaître la constipation dont elle était atteinte.

Du traitement électrique de certaines infections gonococciques localisées. (S. Portret. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1925.) — Relation de plusieurs observations qui montrent qu'un traitement électrique bien conduit peut guérir certaines infections gonococciques localisées lorsque d'autres moyens thérapeutiques ont échoué.

Il est inutile de s'encombrer d'une instrumentation compliquée. L'auteur a employé un appareil de haute fréquence d'usage courant et facilement transportable à domicile. En réalité, le résultat dépend non de l'appareillage mais de la technique.

Le traitement de l'incontinence essentielle d'urine par la diathermie. (Aviragnet, Duhem et Séguin. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1925.) — Trois observations. Technique : une électrode à la région dorsale, l'autre au périnée. Intensité : 1.000 milliampères ; durée de la séance : vingt minutes. Douze séances trois fois par semaine.

Les résultats obtenus ont été excellents, les malades ont été suivis, aucune rechute ne s'est produite.

VIII. AFFECTIONS CHIRURGICALES

Il faut savoir associer les diverses méthodes dans les traumatismes articulaires graves. (Laquerrière et R. Lehmann. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1925.) — Observation d'une femme de cinquante ans qui, à la suite d'un grave traumatisme du coude, a dû subir une résection. L'atrophie des muscles est ensuite traitée par l'électrothérapie, mais il a fallu ensuite pratiquer un traitement mécanothérapique pour permettre à la blessée de récupérer à peu près tous ses mouvements.

Guérison d'une grave impotence du genou par le courant ondulatoire. (Laquerrière. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1925.) — Le courant ondulatoire, en outre de son action trophique et circulatoire, possède une action analgésique dans certains cas. L'auteur cite l'exemple d'un homme souffrant du genou depuis longtemps et présentant, en l'absence de signes radiologiques, le tableau clinique d'un corps étranger articulaire. Guérison complète après la sixième séance d'ondulatoire.

Traitement de certaines affections chroniques du pharynx par la diathermo-coagulation. (Bourgeois et Poyet. *Semaine des hôpit. de Paris*, 16 juin 1925.) — Dans cet article les auteurs étudient l'amygdalite tonsillaire chronique. On attaque, après badigeonnage à la cocaïne, les cryptes en y enfonçant une fine électrode métallique pendant quelques secondes. L'escarre mettant environ dix jours à se détacher on renouvelle la séance au bout de quinze jours. Quatre séances par côté suffisent.

La haute fréquence en oto-rhino-laryngologie (diathermie, haute tension, effluvation, diathermo-coagulation, étincelage chirurgical). Préface du professeur d'Arsonval. (Leroux-Robert. Un volume, Paris 1925, Masson.) — Ce livre n'intéressera pas seulement les oto-rhino-laryngologistes mais aussi les confrères électrothérapeutes qui trouveront dans ce précis une documentation fort complète.

L'auteur étudie aussi bien les emplois médicaux que les emplois chirurgicaux de la haute fréquence et on peut se rendre compte qu'elle est appelée à jouer un grand rôle dans les affections intéressant l'oto-rhino-laryngologie.

Recherches sur la haute fréquence. Sa valeur en oto-rhino-laryngologie. (Leroux-Robert. *Presse méd.*, 30 sept. 1925.)

Ionisation d'iodure de potassium dans une grosse impotence du coude. (R. Lehmann et Mallein-Génin. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1925.) — Observation d'une malade de dix ans qui, à la suite d'une

La famille syphilitique et la famille cancéreuse, par le docteur PFEIFFER (de Dijon). — Paris 1925, Editions de la « Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale ».

fracture du tiers inférieur de l'humérus et d'interventions multiples, présenta un hématome suppuré au niveau du pli du coude. Après incision une cicatrice profonde persista. Le coude était presque bloqué, ni pronation, ni supination, flexion à peu près nulle. Troubles de la sensibilité du médian. Pas de réaction de dégénérescence. La malade fut soumise à cinquante-cinq séances d'ionisation d'iodure de potassium et à une dizaine de séances de faradique. La cicatrice fut libérée, la sensibilité redevint normale dans le domaine du médian, la pronation et la supination redevinrent sensiblement normales. Les mouvements de flexion sont moins limités, l'atrophie musculaire a presque complètement rétrocédé.

IX. DIVERS

Comment faut-il envisager en pratique le rôle de l'ionothérapie électrique médicamenteuse. (LAQUERRIÈRE et DELHERM. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, fév. 1925, p. 49.) — Important travail dont nous ne pouvons citer ici que les conclusions.

Les actions d'un ion introduit électriquement ne sont pas fatalement les mêmes que celles de cet ion quand il a pénétré dans l'économie par une autre voie. Il est donc indispensable d'étudier les effets de l'ionothérapie électrique pour chaque ion en particulier.

L'introduction électrique médicamenteuse est un procédé tout particulier, méritant une place à part dans le traitement des affections superficielles.

Pour les affections profondes, le courant ne porte pas directement le médicament à l'organe malade; mais l'introduction médicamenteuse forme alors un adjuvant souvent utile à l'emploi du courant continu. Ce courant, employé sans médicament, constitue un agent thérapeutique dont il ne faut pas oublier la grande valeur

L'Ionothérapie. (LAQUERRIÈRE et DELHERM. Un volume de 152 pages, Paris, Baillière, 2e édition.) — La première édition de cette monographie de la collection des actualités médicales était depuis longtemps totalement épuisée. Celle-ci a été entièrement modifiée. On peut sans scrupule en recommander la lecture car le médecin y trouvera, sous une forme claire, une série de renseignements de science pure qu'il ne pourrait qu'avec peine collationner en remontant aux sources. Dans ce livre, les auteurs se sont efforcés d'exposer avec une entière bonne foi l'état actuel d'une question importante pour l'électrologie, en mettant en lumière ce qui paraît définitivement acquis et en se contentant de signaler les points encore insuffisamment étudiés.

A propos de la diathermie chez les jeunes enfants. (LAQUERRIÈRE et MALLEIN-GÉRIN, *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1925.) — Les auteurs à propos d'un procès qui vient de se dérouler dans le Midi, rappellent que la diathermie peut causer des brûlures superficielles (plus difficiles à éviter que les brûlures par le courant continu) mais peut aussi comme l'a démontré d'Arsonwal en 1898 déterminer des coagulations profondes, en masse aboutissant à la nécrose de tout un membre. Chez les jeunes enfants, comme l'ont indiqué déjà Delherm et Laquerrière, l'application de la diathermie doit être le plus souvent proscrite parce que l'enfant ne sait pas rendre compte de ses sensations, parce que le diamètre des membres étant très petit l'échauffement est facilement trop considérable; parce qu'enfin dans la paralysie infantile, il peut exister des troubles circulatoires empêchant la chaleur de diffuser et une atrophie diminuant le diamètre du membre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1926)

Remarques physiologiques sur la capacité respiratoire vitale. — M. LÉON BINET montre qu'il y a intérêt, au point de vue biologique, à comparer la capacité vitale avec les éléments qui, par leur addition, constituent cette capacité vitale. Il expose les rapports récemment étudiés dans ce sens et en particulier celui de A. Strohl $\left\{ \begin{matrix} \text{air courant} \\ \text{capacité vitale} \end{matrix} \right\}$ et ceux de Pierre Mathieu $\left\{ \begin{matrix} \text{air courant} \\ \text{air de réserve} \end{matrix} \right\}$ et $\left\{ \begin{matrix} \text{air complémentaire} \\ \text{air de réserve} \end{matrix} \right\}$. Il insiste, enfin, sur les renseignements fournis par la détermination de la capacité vitale, faite en série, à brèves échéances, dans une même séance, pour explorer la résistance respiratoire à la fatigue.

Du traitement et de la prophylaxie des oreillons basés sur les recherches de Kermorgant. — M. CH. ZOELLER. Les prélèvements faits à la période du début des oreillons par lavages de la cavité buccale, lorsque la parotidite est encore unilatérale, ont révélé trois fois sur six la présence d'un spirochète analogue à celui qu'a décrit Kermorgant, décelable par l'ultramicroscope; dans un cas il fut possible après six semaines d'obtenir une culture.

Les prélèvements exécutés par ponction de la parotide ou de la vaginale infiltrée ont été négatifs. Ont également été négatives les recherches entreprises sur des sujets atteints de parotidite bilatérale.

L'administration de stovarsol dans une collectivité à l'occasion d'un cas d'oreillons a été pratiquée à titre d'essai; un seul cas secondaire fut constaté dans le groupe des sujets non traités.

A propos de l'innocuité du traitement adrénalinique prolongé chez certains asthmatiques. — MM. PH. PAGNIEZ et A. ESCALIER communiquent le cas d'une femme de trente-trois ans atteinte de tabes que seule l'adrénaline pouvait soulager. Du mois de décembre 1923 au mois de mai 1925 il fut fait 2.172 injections. Pour la seule année 1924 la quantité d'adrénaline injectée a été de 696 milligrammes, avec un maximum de 92 pour un mois et un minimum de 34. Ces injections sont restées sans effet sur la pression artérielle. Et cependant, chez cette malade, quelques mois avant la mort, l'intolérance apparut pour l'adrénaline, se traduisit par l'apparition de syncopes menaçantes après l'injection qui obligèrent à en cesser l'emploi.

La séro-vaccinothérapie des broncho-pneumonies de l'adulte et de l'enfant. Indications, contre-indications et résultats d'après 200 cas observés en quatre ans. — M. D'ŒLSNITZ (de Nice), avec les collaborations successives de MM. Colle, Liotard, Puech, Philip, a traité 200 cas de broncho-pneumonie par l'association de la sérothérapie précoce et de la vaccinothérapie consécutive, l'une étant dirigée contre les troubles les plus immédiats, l'autre ayant pour objet de prévenir les localisations ultérieures et les complications tardives. Les sérums polyvalents antipneumococciques et antistreptococciques de l'Institut Pasteur ont été utilisés conjointement. Dans l'ensemble des cas guéris, on a noté la défervescence rapide, la sédation des symptômes fonctionnels et généraux, la prévention ou l'allure abortive des nouveaux foyers, l'évolution écourtée de la maladie et la rareté des complications.

L'étiologie rhumatismale du rétrécissement mitral. Participation possible de la thyroïde. — M. MERKLEN et Mlle SCHNEIDER, dépouillant 32 observations de maladie de Durozier, ont relevé 24 fois des antécédents rhumatismaux. Ils n'admettent pas l'origine congénitale de la maladie. Le rétrécissement représente une lésion de tout l'appareil mitral, réalisant une lésion semblable à elle-même dans tous les cas et tenant autant, comme aspect, de la sclérose dystrophique que de la sclérose inflammatoire. Pour essayer de comprendre l'action du rhumatisme, il faut s'appuyer sur des données cliniques précises; prédominance de la sténose mitrale chez la femme, ce qui implique une intervention endocrinienne dans la genèse de la maladie; coexistence assez fréquente de dystrophies diverses; action du rhumatisme maintes fois démontrée sur le corps thyroïde. Il semble, à titre d'hypothèse, que doive être invoquée avant tout une modification thyroïdienne d'origine rhumatismale, bien plus fréquente chez la femme à cause de la susceptibilité de sa thyroïde.

L'hyperglycémie sans glycosurie dans les dermatoses. — MM. Hudelo et R. Kourilsky, ayant étudié l'hyperglycémie dans diverses affections cutanées, constatent une forte proportion d'hyperglycémie sans glycosurie. Dans les eczémas, cette hyperglycémie est surtout nette au moment de la généralisation de l'éruption. Dans les injections cutanées hypodermiques et les folliculites l'hyperglycémie ne persiste que dans les cas récidivants. Enfin, les injections et intoxications à extériorisation cutanée (érythèmes polymorphes et toxiques) s'accompagnent d'une élévation passagère de la glycémie dont l'interprétation est discutée.

Lésions de l'artère pulmonaire et leurs conséquences au cours du rétrécissement mitral. — MM. Ch. Laubry et Marcel Thomas étudient au point de vue clinique et radiologique certains cas de rétrécissement mitral dont l'évolution était marquée par des épisodes pulmonaires, correspondant anatomiquement à des lésions de l'artère pulmonaire. Ils décrivent des formes chroniques et des formes aiguës d'évolution de cette artérite. Dans les formes chroniques, les bronchites à répétition et surtout les hémoptysies répétées doivent faire soupçonner l'artérite pulmonaire. Les signes cliniques sont pauvres, et c'est surtout l'examen radiologique qui donne des résultats intéressants.

Sur un cas de septicémie puerpérale suraiguë à bacilles perfringens. — MM. P. Teissier, E. Rivolier et R. Thurel. Il s'agit d'une observation anatomo-clinique où les propriétés du bacille perfringens sont mises en évidence au plus haut point :

1° Propriété hémolytique par le tableau clinique bien spécial :

Coloration rouge violacée de ses téguments, en rapport avec le processus hémolytique.

Cyanose, polypnée, état asphyxique, relevant de la destruction des hématies et du défaut d'oxygénation et aboutissant à la mort en une dizaine d'heures.

2° Propriété saccharolytique : fermentation des hydrates de carbone et dégagement de gaz, mise en évidence postmortem par l'aspect bien spécial du cadavre qui paraissait comme soufflé.

L'hyperglycémie chez les sujets non glycosuriques. — MM. Rathery et Froment. L'hyperglycémie est réalisée quand le taux du sucre sanguin dépasse 1g10. L'absence de glycosurie pour être reconnue nécessite l'examen de l'urine correspondant au prélèvement sanguin et celui des fractionnements d'urine de la période de vingt-quatre heures. Les auteurs concluent à l'absence de tout rapport proportionnel entre le degré de l'insuffisance rénale et les modifications de la glycémie. Ils pensent qu'il s'agit d'un trouble dans l'assimilation des hydrates de carbone qui peut être considéré, à l'égal des glycosuries transitoires, comme une manifestation d'un état de déchéance plus ou moins léger, plus ou moins transitoire du métabolisme hydrocarboné.

Hernie diaphragmatique au cours du pneumothorax artificiel. — MM. Léon Bernard, J. Veltis et J. Farret présentent les observations de trois cas de hernie du médiastin survenue chez des tuberculeux traités par le pneumothorax artificiel.

Ils concluent que la hernie du médiastin est un des rares incidents rencontrés au cours de la cure par la collapsothérapie. Elle survient surtout chez les sujets jeunes chez qui le pneumothorax n'a pas été compliqué par du liquide.

Prophylaxie et traitement de la céphalée et des accidents pseudoméningitiques qui suivent la ponction lombaire. La pneumoséreuse méningée. — MM. A. Tzanck et P. Chevallier montrent que, en injectant lentement dans la cavité méningée autant d'air qu'on a retiré de liquide céphalo-rachidien, on évite la céphalée et les accidents pseudoméningétiques. Les auteurs recommandent d'ailleurs de laisser reposer le malade après la ponction.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1926)

M. Mauclaire qui, en l'absence du président et du vice-président, occupe le fauteuil, prononce l'éloge de Jonnesco, récemment décédé, membre correspondant étranger.

Chirurgie hépatique. — M. Roux-Berger fait un rapport sur une communication de M. Perard (de Casablanca) relative à 46 cas d'affections hépatiques, hépatites simples, hépatites suppurées, abcès du foie, etc., dans 22 desquels le traitement intensif par l'émétine aurait donné de bons résultats et 1 seul décès, tandis que sur 24 cas opérés on compte 3 décès.

M. Constantini (d'Alger) fait connaître, à ce propos, sa ligne de conduite à l'égard des affections hépatiques. Pour le diagnostic, il faut avoir le secours du laboratoire. Cette méthode consiste, lorsque la radioscopie a révélé l'existence possible d'un abcès hépatique, à faire un examen extemporané du pus. Si celui-ci est amicrobien, M. Constantini, après l'ouverture et l'évacuation du pus, pratique la suture immédiate, obtient généralement la réunion par première intention et la guérison en dix ou douze jours. Si le pus est microbien, il draine pendant environ trois semaines.

Ayant eu à opérer d'urgence un malade un dimanche, alors qu'il n'avait pas de laboratoire à sa disposition, dans le doute où il est resté sur la nature de la suppuration, il n'a pas osé fermer la plaie et il a drainé.

M. Lecène craint que M. Perard ne soit un peu trop optimiste à l'égard de l'action de l'émétine. Sans doute, cette action est incontestable, mais il ne faudrait pas s'y fier dans les cas graves et laisser passer le temps où l'intervention pourrait encore sauver les malades.

M. Lecène a opéré dix cas d'abcès du foie. Il y reviendra dans une prochaine séance.

Ulcère jéjunal perforant cinq ans après une gastro-entérostomie. — M. Roux-Berger fait un second rapport sur une observation de M. Leveuf. Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans qui, cinq ans après avoir subi une gastro-entérostomie pour ulcère perforant gastrique, fut pris brusquement de tous les symptômes d'une nouvelle perforation qui nécessita une intervention d'urgence. M. Leveuf fit une laparotomie médiane et trouva la cicatrice d'un ulcère sur la petite courbure et une assez large perforation récente sur l'anse jéjunale efférente. Il y avait un peu de liquide louche autour du foyer. L'anse jéjunale où siégeait la perforation était extrêmement dilatée. M. Leveuf agrandit la perforation jusqu'à ce qu'il se trouve en tissu sain et réséqua toute la portion enflammée, puis il fit une gastro-entérostomie en Y et une exclusion du pylore. Les suites de l'opération furent simples et le malade guérit.

L'auteur fait suivre cette intéressante observation de réflexions relatives à la pathogénie de ces ulcères récidivants de la muqueuse gastro-intestinale.

Fracture de Monteggia. — M. Fredet apporte deux cas de fracture du cubitus au niveau de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen; l'une chez un homme de quarante-trois ans, l'autre chez un jeune homme de quinze ans, fracture rare et grave, à trois fragments dont un transversal menaçant de perforer la peau, à grand déplacement, réduites par intervention chirurgicale ; libération des fragments, réduction difficile, ostéosynthèse. Bons résultats ainsi que le montrent les radiographies.

Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Dujarier, Cunéo, Mouchet et Fredet.

Nouvelle voie d'accès sur l'articulation de la hanche. — M. Mathieu rappelle la voie d'accès d'Ollier et décrit une nouvelle voie proposée par un chirurgien américain, longue incision verticale, abattement d'un vaste lambeau musculo-cutané, incision à laquelle M. Mathieu ajoute une incision transversale qui donne une large voie d'accès sur la tête fémorale, intervention très peu sanglante. M. Mathieu y a eu recours trois fois et en a obtenu de bons résultats.

MM. SORREL et CUNÉO, sans nier l'utilité de cette nouvelle voie d'accès, déclarent avoir obtenu de bons résultats de la voie d'Ollier.

Autoplasties. — M. MOURE présente deux beaux exemples d'autoplasties pour combler des brèches considérables résultant de l'ablation de cancers de la face.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES RISQUES PROFESSIONNELS HOSPITALIERS. LA RÉUNION DE L'HOTEL-DIEU. — La question de l'assurance du corps médical des hôpitaux contre les risques professionnels a fait l'objet d'enquêtes et de vœux, pendant ces dernières années, de la part de diverses associations médicales. Ce problème doit, semble-t-il, recevoir prochainement une solution légale ou administrative. La deuxième section du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique vient, en effet, de mettre à son ordre du jour, l'étude des conditions dans lesquelles la loi du 9 avril 1898 sur les Accidents du Travail pourrait être rendue applicable par un projet de loi spécial à tout le corps médical des hôpitaux de France. La deuxième section a demandé au docteur Paul Boudin d'être le rapporteur de la question.

Sur l'initiative de la Fédération des Associations professionnelles des externes et anciens externes des hôpitaux de France, et de l'union nationale des associations d'étudiants, des comités comprenant le corps médical des hôpitaux dans le sens le plus large, ont été appelés à se réunir dans chaque ville de France pour élaborer un programme d'action.

A Paris toutes les associations et tous les groupements de chefs de service, internes, externes, etc., ont été convoqués à une grande réunion qui a eu lieu jeudi dernier à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Gilbert.

Cette réunion empruntait une actualité poignante à la mort de M. Loeb et à celle toute récente encore de M. Perrochaud.

M. Dujarier ayant été élu président, l'assemblée entendit successivement le docteur Justin Besançon qui fit un premier exposé de la question, montrant la nécessité d'une convention de garantie, le corps médical n'étant pas protégé à cet égard comme le personnel infirmier. Puis le docteur Paul Boudin, qui est également docteur en droit, fit ressortir le côté juridique du problème et annonça que M. Durafour, ministre de l'Hygiène, prépare un projet de loi qui étendrait au corps médical hospitalier les bénéfices de la loi de 1898. Le docteur Léon Mabille, chef de cabinet du ministre, confirma cette assertion et assura le personnel médical de la sympathie avec laquelle M. Durafour suivrait ses efforts vers une situation plus normale.

Un Comité du corps médical hospitalier fut alors créé qui aura comme président le docteur Dujarier, comme vice-président le docteur Guy-Laroche et comme secrétaire le docteur Justin Besançon.

Vendredi soir la Société des médecins des hôpitaux a décidé de mettre cette importante question à l'ordre du jour de sa prochaine séance.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Association générale a tenu son assemblée générale la semaine passée sous la présidence du docteur Bellencontre.

Après le rapport du secrétaire général, le docteur A. Thierry, on a discuté diverses questions relatives à la *caisse des veuves et orphelins*, à l'*assurance complémentaire*, à la *caisse d'assurance au décès*, à l'*augmentation des cotisations*.

De nouvelles *pensions viagères* ont été accordées.

Le *Foyer médical*, dont le docteur Thierry est le promoteur paraît entrer dans une voie favorable.

Les *élections au conseil général* ont donné les résultats suivants : ont été élus pour cinq ans MM. Branzon, Foveau de Courmelles, Gross, Ollivé, Vacher et Vignes.

Pour un an : M. Dubos (des Landes) et Paul Lutaud (de Paris).

Le banquet traditionnel eut lieu le soir sous la présidence de M. Bellencontre, il fut particulièrement brillant et cordial.

ASSOCIATION FRANÇAISE DES CHIRURGIENS DENTISTES. — L'assemblée générale annuelle de l'A. F. C. D. a eu lieu le 28 mars 1926.

Le Président, après avoir parlé des travaux de l'Association depuis la dernière réunion, a fait en détail l'histoire de la récente commission ministérielle. Il a montré que cet organisme avait eu le principal mérite de faire entrer la question de notre orientation professionnelle dans une phase active et qu'au milieu des répercussions que ne pouvaient manquer d'amener les vœux de cette Commission, l'influence de l'A. F. C. D. se ferait inévitablement sentir.

M. Paul Boudin, docteur en médecine et docteur en droit, parla ensuite « des conséquences juridiques des vœux de la Commission de réforme des études dentaires ».

L'ordre du jour suivant a été adopté à l'unanimité :

Le Conseil,

Considérant : 1° La déclaration de principes de l'Association française des chirurgiens dentistes;

2° Les vœux de la Commission chargée d'étudier les moyens d'améliorer l'enseignement dentaire;

3° La déclaration du secrétariat général de l'Union des syndicats médicaux de France à ce sujet.

Constate :

Que l'autonomie de l'art dentaire telle que la définissent les vœux 2 et 3 de la Commission ministérielle, loin de tendre à unifier notre profession dans la médecine, représente un nouvel effort pour enfermer notre art dans une conception étroite contraire à l'intérêt des malades et des praticiens;

Que ces vœux étendent à tout le corps médical un conflit dont le principal effet sera d'éloigner ou de compromettre toute espèce de réforme efficace en faveur de notre profession, et convaincu de la nécessité de donner d'abord à nos études spéciales la base des études générales commune à toutes les spécialités médicales,

Décide, quant au titre spécial, de ne soutenir qu'un projet qui réalisera l'accord avec les facultés de médecine, d'une part, et avec l'ensemble du corps médical, d'autre part.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 29 avril. — Jury : MM. Gilbert, président; Prenant, Claude et Baudouin. — M. CHOAY (A.). Essai sur la sécrétion du pancréas. — M. ROUSSEAU (Pierre). Etude sur une malformation thoracique. — M. BOULAUD (R.). L'actinothérapie indirecte de la tuberculose. — Mme PARAT. Etude de l'involution de la carie dentaire. — M. BARDOL. Les états hallucinatoires chroniques. — M. DREYFUS (Vital). Etude de la mort subite.

Samedi 1er mai. — Jury : MM. Nicolas, président; Carnot, Sicard et Verne. — M. MERCAT (Yves). Etude sur quelques cas d'absence congénitale du péroné. — M. CHANOT. L'extrait méthylique de bacilles de Koch. — M. PETIT (G.). Etude sur l'ulcère et le cancer gastrique. — M. MARKOBITCH-MIODRAG. Etude sur le cancer pancréatique du corps. — M. LEMOINE (Jean). Etude sur le phorhydrate et ses indications thérapeutiques. — M. PIERRON (E.). L'inhibition électrique (recherches, etc.).

Jury : MM. Lejars, président; Duval, Jeannin et Vaudescal. — M. LANCESSEUR (Jean). Etude du drainage chirurgical. — M. SIGNEUX. Etude sur le maxillaire supérieur chez l'adulte. — M. MARVAUD. L'actinothérapie des péritonites tuberculeuses. — M. ALARY. Etude de la phrénicectomie. — M. COUTURIER. Une technique d'ostéosynthèse. — M. LE FUR. Etude sur l'infection après avortement. — M. MARMASSE. Etude sur l'infection puerpérale grave.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gilbert, président; Jeanselme, Bezançon, Terrien, Panisset, Petit, Robin, Cocquot et Nicolas. — M. BONHOMME. Etude sur la fièvre typhoïde du cheval. — M. NOELL. Etude sur la rage en Tunisie. — M. XIROUDAKIS. Purpura du chien. — M. WILLEMIN. Etude de deux vices de réfraction du cheval.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les fruits de France, par Henri LECLERC. Un volume, 262 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

La Médecine de demain, science de la vie, par le docteur E. LAPLANCHE. Un volume in-16 de 160 pages. Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUE

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT [1]

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se pose dans des conditions différentes, suivant le moment où le malade est examiné.

I. **Au début**. — Le diagnostic est des plus délicats, et ne pourrait être posé avec quelque grande probabilité, qu'en temps d'*épidémie*. Il faudra éliminer une angine banale, l'angine de début d'une maladie infectieuse, le début des fièvres éruptives, les infections gastro-intestinales, une poussée grippale. A cause des douleurs, certaines formes peuvent simuler le rhumatisme articulaire aigu. (Mais les articulations sont libres dans la poliomyélite.)

A cause des signes méningés, éliminer la *cérébro-spinale*, d'autant mieux que les épidémies peuvent *coexister*. En faveur de celle-ci plaident un syndrome méningé plus net, les signes psychiques plus accusés, l'herpès, et surtout la *ponction lombaire* qui juge le diagnostic.

On sait que dans la polyomyélite, la ponction ramène un liquide *clair*, *hypertendu*, à réaction cellulaire :

Soit *nulle*;
Soit *lymphocytose*;
Soit, rarement, *polynucléose*.

La méningite tuberculeuse, l'encéphalite léthargique sont aisément reconnues par leurs signes propres.

II. **A la période de paralysie**. — Le diagnostic de paralysie infantile est basé sur :

La flaccidité des membres;
L'abolition des réflexes;
Les troubles des réactions électriques.

On éliminera :

a. **Les polynévrites aiguës**. — Mais l'origine *toxique* ou *infectieuse* avec les symptômes propres à chaque étiologie, la symétrie des paralysies, leur prédominance aux extrémités, les douleurs plus intenses, enfin les troubles de la sensibilité objective feront le diagnostic.

Chez l'enfant, c'est avant tout à la *polynévrite diphtérique* qu'il faut penser. On recherchera l'antécédent angineux, la paralysie du voile, la paralysie oculaire qui accompagnent habituellement la paraplégie diphtérique, et le diagnostic est le plus souvent aisé.

b. **Les myélites aiguës** qui sont très rares chez l'enfant, et s'accompagnent d'anesthésie ou d'hypoesthésie et de troubles sphinctériens.

c. **Les paralysies hystériques**. — Très rares, chez l'enfant, évoluent de façon capricieuse, sans signes d'organicité (ni modifications électriques, ni abolition des réflexes).

d. **Les fausses paralysies** seront aisément éliminées :
Maladie de Parrot avec tuméfaction douloureuse des os longs.
Scorbut infantile avec fracture sous-périostée et impotence fonctionnelle.

III. **A la période de paralysie régressive**. — On saura éliminer :

a. Une **hémiplégie spasmodique infantile** ou un **syndrome de Little** qui s'accompagnent de signes d'irritation pyramidale (signe de Babinski, contracture, réflexes vifs avec clonus).

b. Une **paralysie pottique**, rapidement spasmodique.

c. Les **paralysies obstétricales** : paralysies radiculaires rapidement régressives, et apparaissant chez le nourrisson si rarement atteint par la paralysie infantile.

IV. **A la période d'atrophie et de déformations**. — Le diagnostic se pose avec les atrophies musculaires ou déformations habituelles à l'enfance :

a. **Myopathies** (mais atrophie symétrique, pas de réaction de dégénérescence, pas d'abolition des réflexes) :

Soit *type Charcot-Marie*;
Soit *type Wernig-Hoffmann*.

b. **Myotonie congénitale d'Oppenheim**, mais rareté, lenteur d'évolution, progressivité, peu d'atrophie.

c. **Névrite hypertrophique type Dejerine-Sottas**.

d. En présence d'une **déformation** d'un membre, on se basera sur l'intensité de l'atrophie, l'arrêt de la croissance, l'abolition d'un réflexe, une réaction de dégénérescence, pour conclure à l'origine poliomyélitique, et différencier un *pied bot congénital*, d'un pied bot paralytique, une *hanche bote* d'une *luxation congénitale*.

Ici, la *radiographie* de la cavité cotyloïde et de la tête fémorale, donne de précieux renseignements.

TRAITEMENT

Il doit être envisagé à toutes les périodes.

1° **Période aiguë**. — Il faut mettre en œuvre :

a. **La thérapeutique anti-infectieuse**. — Désinfection du rhinopharynx, uroformine, bains tièdes.
Ponction lombaire en cas de réaction méningée.

b. **La thérapeutique spécifique**. — 1° Soit sérum de CONVALESCENT (mais difficile à se procurer).

2° Soit sérums SPÉCIFIQUES EXPÉRIMENTAUX, dont le plus utilisé est le sérum d'Auguste Pettit (de l'Institut Pasteur) qui, employé *dès le début* de la maladie, peut donner d'excellents résultats et entraîner une régression rapide des paralysies (cas de Babonneix, Debré, Etienne, H. Roger).

2° **Période de régression**. — Les médications *physiques* sont les plus importantes :

Hydrothérapie. Cures thermales salines (Salies-de-Béarn);
Massage et *rééducation musculaire*;
Héliothérapie.
Electrothérapie,
qui comprend l'électrisation galvano-faradique, la diathermie, combinée à la radiothérapie médullaire (Bordier).

3° **Période des déformations**. — C'est la phase *chirurgicale*, *orthopédique* de la paralysie infantile.

En résumé. — Savoir précocement poser le diagnostic de paralysie infantile. Recourir immédiatement à une thérapeutique anti-infectieuse et *spécifique*, et dès que la paralysie régresse, prévenir les atrophies et les déformations par des médications *physiques* judicieusement dosées (électrothérapie, diathermie, radiothérapie de la moelle).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 30, p. 486, et n° 32, p. 519.

LIVRES NOUVEAUX

La guerre en sabots chez les majors (1), extraits du journal d'un médecin de l'armée territoriale mobilisé pendant la grande guerre 1914-1918, par le docteur E. DE PRADEL.

Trop de gens ont oublié la guerre, la lecture d'un bon livre comme celui que publie notre confrère de Pradel leur rappellera les souffrances des poilus, leurs vertus et aussi le dévouement obscur de tant de nos confrères.

C'est un livre simple, mais c'est un livre réconfortant qu'il est bon de lire à l'heure grave que nous traversons.

L. G.

(1) Un volume in-8 illustré. — Prix : 9 fr. — Paris, Victorion frères, éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent
FRAEGER

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

VICTIME DE LA SCIENCE. — La liste du martyrologe des radiographes s'allonge tous les jours. Le docteur Félix Lobligeois, radiographe de l'hôpital Bretonneau, qui avait déjà subi plusieurs interventions, a dû être amputé d'un bras il y a quelques jours.

Nous adressons à notre cher confrère et ami l'expression de notre bien vive sympathie et de toute notre admiration pour le stoïcisme dont il donne un si grand exemple.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 avril. — MM. Bénard, 18,81; Deschamps, 18,72; Léon-Kindberg, 19,90; Haguenau, 19,18.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 avril. — MM. Bloch (Jacques), 13; Bopp et Braine, 20.

Séance du 28 avril. — MM. Soupault, 16; Fey, 15; Charrier, 20.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — Séance du 26 avril. — Question donnée : « Adénites géniennes. Pathogénie, symptômes, diagnostic et traitement. »

MM. Garnouce, 28; Ruppe, 27; Croquefer, 21.

Lecture des copies. — Séance du 27 avril. — MM. Thibault et Raison, 25; Boissier, 23.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Première séance du 27 avril. — M. Bernardbeig : « Traitement chirurgical des ankyloses du genou. »

M. Pollosson : « Etude de la valeur fonctionnelle des reins en vue de la néphrectomie. »

Deuxième séance du 27 avril. — M. Ricard : « Les pancréatites chroniques. »

M. Moulonguet : « Kystes des os (kystes hydatiques exceptés). »

Première séance du 28 avril. — M. Roux : « Les rétrécissements non néoplasiques de la voie biliaire principale. »

M. Brocq : « Pathogénie du cancer. Etat actuel de la question. »

Deuxième séance du 28 avril. — M. Wertheimer : « Régénération du nerf. Suture nerveuse. »

M. Aimes : « Les sarcomes des os longs. Formes anatomo-cliniques et traitement. »

Séances du 29 avril. — M. Dubouchet : « L'appendicite aiguë. Formes cliniques et traitement. »

M. Chenut : « Les hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale chez la femme. Pathogénie, diagnostic et traitement. »

M. Swynghedauw : « Les complications pulmonaires post-opératoires. »

M. Quénu : « L'ostéochondrite juvénile de la hanche. »

Notes de la leçon orale : MM. Weiss, 17; Leveuf, 16; Heuilly, 13; Charrier, 15; Perrin, 17; Loubat, 15; Bernardbeig, 14; Pollosson, 16; Roux, 15; Brocq, 18; Wertheimer, 17; Aimes, 15.

— Dans l'ordre de passage pour la leçon de 3/4 d'heure, au lieu de M. Harvier, lire M. Charrier.

MÉDECINE. — Ordre de passage pour la leçon orale de 3/4 d'heure : MM. Duthoit, Chevallier, Morenas, Neyrac, Nové-Josserand, Piéchaud, Dumas, Donzelot, Bernheim, Langeron, Pagès, Drouet, Tzanck, Stévenin, Piéri, Lebon, Aubertin, Gernez, Pasteur-Vallery-Radot, Puech, Damade, Guy-Laroche, Baumel, Feuillié, Gravier, Legrand, Devic, Riser, Dechaume, Bertoye, Bénard (H.), Ben-Hamou, Moreau,

Auguste, Paraf, Bordet, Troisier, Gardère, Hutinel, Roques, Weill (M.-P.), Barbier, Bocca, Renaud, Cathala, Haguenau, Dufourt, Simonin, Bénard (Ed.), Hanns, Gaté, Chabrol, Weissenbach, Boulet, Pujol.

Séance du 29 avril. — M. Duthoit : « Tuberculose pulmonaire fibreuse. »

M. Chevalier : « Pleurésie interlobaire ».

M. Morenas : « Formes cliniques de l'obésité. »

OBSTÉTRIQUE. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Questions données. — M. Balard : « De la nidation de l'œuf » ; note : 15.

M. Vignes : « Syndromes toxémiques du début de la gestation » ; note : 15.

M. Rivière : « La césarienne basse » ; note : 18.

M. Houel : « De la contracture utérine » ; note : 16.

M. Portes : « Des procidences » ; note : 20.

M. Col de Carrera : « Des renseignements fournis par l'examen du sang de la femme enceinte » ; note : 18.

M. Levent : « De l'avortement » ; note : 20.

M. Cleisz : « Des œdèmes gravidiques » ; note : 19.

M. Vermelin : « Des tumeurs d'origine placentaire » ; note : 16.

MÉDECINE LÉGALE. — Jury : MM. Balthazard, président ; Parisot et Chavigny.

Epreuve pratique. — Séance du 23 avril. — MM. Piédelièvre, 17 ; Simonin, 14.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séance du 24 avril. — M. Piédelièvre : « Détermination de la date de mort » ; note : 18.

Exposé de titres. — Séance du 26 avril. — M. Piédelièvre, 19.

Total des points : M. Piédelièvre, 54.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours s'ouvrira le 8 novembre 1926, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et de clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Dalby, directeur des laboratoires pharmaceutiques Astier.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or est décernée, à titre posthume, à M. Soleillant, externe à l'hôpital Andral de Paris, décédé victime de son dévouement. (*J. O.*, 27 avril 1926.)

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin principal de 2e classe de l'armée active Couturier, de la section technique du Service de santé, détaché au ministère de la Guerre, direction du Service de santé, est désigné en remplacement de M. le médecin principal de 1re classe Lahaussois, comme commissaire auprès de la Société de secours aux blessés militaires et pour s'occuper des questions intéressant à la fois les trois sociétés de la Croix-Rouge française.

TROUPES COLONIALES. — Le *Journal officiel* du 27 avril publie les conditions du concours d'admission à des emplois de médecin et de pharmacien aides-majors de 2e classe des troupes coloniales.

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN D'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 21 juin 1926, pour l'admission aux emplois de médecins chefs de service et médecins directeurs dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à huit.

Les candidatures seront reçues au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au samedi 29 mai inclus.

HÔPITAL PAUL BROUSSE. — Un concours est ouvert en vue de la nomination d'un médecin adjoint et d'un chef de laboratoire de radiologie à l'hospice départemental Paul Brousse, à Villejuif (Seine).

Les renseignements seront fournis et les inscriptions seront reçues jusqu'au 31 mai 1926 inclusivement, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, à la Préfecture de la Seine (direction des Affaires départementales, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau), dimanches et fêtes exceptés.

A. D. R. M. — Mercredi soir, l'Association pour le développement des relations médicales a offert un banquet à nos illustres confrères brésiliens MM. les professeurs Couto et Austregeliso (de Rio de Janeiro).

Le banquet a eu lieu au Club Paris-Amérique latine, sous la présidence de M. le professeur Hartmann. Dans l'assemblée qui comprenait plus de cent convives, l'ambassadeur du Brésil, le Recteur, le Doyen, MM. les professeurs Pinard, Chauffard, Duval, Guillain, Labbé, J.-L. Faure, Sicard, Roussy, MM. Dumas, Gley, Lemaître, Auvray, Laignel-Lavastine, Mme Laborde, MM. Lardennois, Tanon, Armand-Delille, des toasts très chaleureux furent prononcés par MM. Hartmann, Roger, ensuite par M. Couto qui, dans des termes émouvants, célébra l'amitié de nos deux pays.

L'ambassadeur du Brésil fit enfin un magnifique éloge des deux grands savants brésiliens Austregesilo et Couto.

LIGUE FRANCO-ANGLO-AMÉRICAINE CONTRE LE CANCER. — La Ligue a tenu son assemblée générale annuelle mardi dernier, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Durafour, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'EUGÉNIQUE. — Des conférences eugéniques sur l'*examen médical prénuptial* auront lieu les vendredis 7 et 14 mai 1926, à 17 heures, au Musée social, 5, rue Las Cases, sous la présidence de M. le professeur Pinard et de M. le professeur Ch. Richet.

Adresser les demandes de cartes à M. le docteur G. Schreiber, secrétaire général, 4, avenue Malakoff.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LEÇONS CLINIQUES SUR LES TROUBLES DE LA NUTRITION. (Hôpital de la Pitié. Service de M. le professeur Marcel LABBÉ.) — Le professeur Marcel Labbé a commencé le jeudi 29 avril 1926, à 11 heures, dans son service de la Pitié, ses leçons cliniques sur les troubles de la nutrition, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

FIANÇAILLES. — Nous sommes heureux d'apprendre les fiançailles de Mlle M. Sicard, fille de notre ami le professeur Sicard, avec M. Jean Hutinel, médecin des hôpitaux, fils de notre cher maître le professeur Hutinel, membre de l'Académie de médecine.

RENSEIGNEMENTS

APPAREIL TRANSPORTABLE POUR PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL du docteur Amaudrut, fabrication Spengler, à vendre 350 francs. Excellent état.

S'adresser à M. G. M..., 2, cité Condorcet, Paris (IXe).

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE

(Rome, 7-10 avril 1926)

RAPPORTS

TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN

Par le professeur REGAUD (de Paris).

Méthode et techniques. — 1° Dans le traitement des cancers cervico-utérins, l'irradiation par source intérieure doit être demandée, non à la radium-puncture, ni aux formes diverses de la radium-chirurgie, mais, comme dans le passé, à la curiethérapie, par la voie utéro-vaginale.

Cette méthode doit utiliser exclusivement le rayonnement gamma convenablement filtré, du moins pour le traitement des cancers épidermiques.

On a réalisé un grand progrès par l'étalement du dispositif radiant, — par la répartition du matériel radio-actif en foyers élémentaires nombreux : faibles et d'égale puissance, — par l'emploi de bons dispositifs pour maintenir en place ces foyers, — par un certain allongement de la durée de traitement unique.

2° L'irradiation par source extérieure peut être demandée à la röntgenthérapie ou à la curiethérapie.

En röntgenthérapie, une méthode comportant des surfaces d'entrée larges et peu nombreuses, un rayonnement fortement filtré et une grande distance focale, paraît supérieure à une méthode comportant des surfaces d'entrée petites et nombreuses, un rayonnement faiblement ou moyennement filtré et une courte distance locale. La première coûte beaucoup de temps, mais elle dispense de la balistique difficile, et néanmoins aléatoire, exigée par la seconde.

La curiethérapie transpelvienne est susceptible de prendre le pas sur la röntgenthérapie, si sa supériorité technique n'est pas compensée par un désavantage économique trop prononcé.

3° Il est certain que les cancers cervico-utérins sont inégalement radio-sensibles.

Les adéno-carcinomes sont moins sensibles que les épithéliomas épidermiques, du moins vis-à-vis d'un rayonnement très sélectif.

4° L'infection microbienne locale diminue l'efficacité des méthodes radiothérapiques.

D'autre part, l'irradiation d'un cancer infecté aggrave l'infection, et peut déterminer des complications septiques. Pour ces deux raisons, il est extrêmement important de faire disparaître l'infection secondaire des cancers du col, avant la radiothérapie.

Les microbes les plus dangereux et les plus difficiles à débusquer, dans les cancers cervico-utérins, sont les streptocoques.

Le mauvais état général, ayant pour causes ordinaires l'infection secondaire et l'hémorragie, est une cause d'insuccès.

5° Comme tous les cancers, ceux du col de l'utérus sont progressivement radio-immunisés par les irradiations répétées et espacées. En même temps, les tissus généraux environnant et compénétrant le néoplasme sont progressivement radiosensibilisés.

Ce double processus aboutit à la radiorésistance absolue, compliquée de radionécrose : il s'oppose à la continuation du traitement radiothérapique et en marque la limite.

Pour cette raison, le traitement unique en temps limité s'impose; hormis les cas traités intentionnellement, par prudence, à titre palliatif.

6° Le mode chronologique optimum du traitement, dans les cancers épidermiques du col, est intermédiaire entre l'irradiation massive et l'irradiation éparpillée. La durée la plus favorable paraît comprise entre cinq et vingt jours environ. En deçà, les réactions sont violentes. Au delà, l'efficacité décroît, puis la radiorésistance se développe.

7° Les données relatives aux doses sont encore insuffisamment précises.

Il paraît cependant certain que, pour les cancers épidermiques du col, la dose cancéricide est généralement inférieure (de un dixième à un quart) à la dose détruisant électivement l'épiderme cutané (dose épidermique).

8° On s'accorde à reconnaître aux soins préliminaires et aux soins consécutifs une importance très grande, d'autant plus grande qu'il s'agit de cas où le cancer est plus avancé.

La radiothérapie des cancers du col ne doit être entreprise que chez les malades hospitalisées.

9° Le prélèvement biopsique est, dans la grande majorité des cas, sans inconvénients. L'analyse est toujours utile pour déceler l'espèce histologique du cancer. Elle est nécessaire, dans les cas au début, pour confirmer le diagnostic. Les malades guéries par une méthode quelconque (chirurgie, radiothérapie) sans contrôle histologique, ne peuvent figurer valablement dans une statistique.

10° L'analyse bactériologique est nécessaire pour dépister les infections secondaires, ainsi que pour préparer et guider leur traitement.

Résultats. — 11° Les radio-lésions locales (brûlures de l'utérus et du vagin, du rectum, de la vessie, de la peau) et générales (modifications sérieuses ou persistantes de la composition du sang, symptômes cardio-vasculaires graves) résultent de fautes, que des techniques röntgenthérapiques et curiethérapique correctes permettent actuellement d'éviter.

12° Les complications infectieuses ne sont pas encore évitables à coup sûr, dans le traitement radiothérapique des cas avancés, malgré les progrès récemment réalisés. Elles constituent la seule cause de mortalité primaire; celle-ci, dans les cas avancés, varie de 1 à 6 p. 100.

13° Un bon nombre parmi les très nombreuses statistiques publiées n'entraînent pas la conviction, quant à la réalité des proportions indiquant les guérisons.

La règle prescrivant une période d'observation de cinq ans avant qu'une guérison puisse être considérée comme définitive est unanimement admise. Elle est amplement légitimée par la latence initiale et la lenteur d'évolution de certains cas de récidive pelvienne ou abdominale.

Les statistiques publiées, comprenant des cas observés pendant moins de cinq ans, n'offrent un intérêt que si elles sont rectifiées et publiées de nouveau périodiquement.

Les principales causes d'erreur rencontrées dans les statistiques sont :

L'absence ou l'insuffisance du contrôle histologique;

Le nombre, quelquefois excessif, des malades perdues de vue et éliminées comme telles;

La confusion entre les malades vivantes, mais non guéries et les malades présumées guéries, c'est-à-dire effectivement examinées et ne présentant aucun symptôme objectif de cancer;

Un défaut plus ou moins flagrant d'impartialité dans la définition des cas déduits et des cas introduits.

14° Les bonnes statistiques radiothérapiques fournissent en moyenne les proportions suivantes de guérisons, pour une durée d'observation de cinq ans au moins après le traitement, la base étant le nombre des cas traités :

a. Toutes catégories mises ensemble, 15 à 20 p. 100;

b. Catégories inopérables (degré IV et III) mises ensemble, 5 à 15 p. 100;

c. Catégories opérables (degrés II et I) mises ensemble, 30 à 40 p. 100;

d. Cas du premier degré considéré à part, 40 à 60 p. 100.

Ces résultats correspondant à l'état des techniques en 1919 et 1920.

Des progrès importants ayant été réalisés depuis cinq ans, le nombre des guérisons doit aller en croissant dans les années prochaines. De fait, les proportions des cas présumés guéris après trois ans, deux ans et un an sont en augmentation notable.

Indications thérapeutiques. — 15° Du point de vue des méthodes, la thérapeutique des cancers cervico-utérins évolue dans le sens général suivant :

Les indications de l'hystérectomie se restreignent. Mis à part certains cas assez rares, où les méthodes radiothéra-

piques sont inefficaces ou dangereuses, l'hystérectomie a cessé d'être nettement supérieure à la radiothérapie, même dans les cas du premier degré.

Mais dans ces cas, il paraît y avoir quelque avantage à faire précéder l'opération par une application de radium (association curiethérapie-hystérectomie).

La curiethérapie par la voie utéro-vaginale paraît être à méthode de choix dans les cas du deuxième degré. L'hystérectomie consécutive n'est alors conseillable que si le cancer a une faible radiosensibilité (adéno-carcinomes).

Les indications de la röntgenthérapie se sont accrues beaucoup aux dépens de la curiethérapie intérieure. Collaboratrice nécessaire de celle-ci (association röntgenthérapie-curiethérapie) dans la plupart des cas du troisième degré, la röntgenthérapie seule constitue le traitement de choix dans les cas plus avancés, et dans les récidives après hystérectomie.

La curiethérapie extérieure entre en concurrence sérieuse avec la röntgenthérapie.

La radium-chirurgie paraît sans avenir.

La radiothérapie-post-opératoire, à titre prophylactique, n'a plus guère de partisans.

16° Du point de vue des indications fournies par l'état anatomo-clinique, les règles précédentes peuvent être formulées sous cette forme :

Les cas du premier degré peuvent être traités soit par l'hystérectomie, soit par la curiethérapie intérieure (ces deux méthodes employées seules fournissent en moyenne des résultats éloignés paraissant équivalents), soit par leur association, en commençant par la curiethérapie.

Les cas du deuxième degré constituent le lot de la curiethérapie intérieure employée seule.

Les cas du troisième degré peuvent être traités par la radiothérapie de source extérieure seule, ou bien par l'association de celle-ci et de la curiethérapie intérieure, en commençant par les rayons X chaque fois qu'on les emploie.

Les cas du quatrième degré ne sont pas tous traitables. Une infection grave et irrémédiable, la propagation étendue du cancer au péritoine, des métastases viscérales, la cachexie sont des contre-indications. Les cas traitables quoique très avancés sont à réserver à la radiothérapie de source extérieure (rayons X avec forte filtration radium).

Les cancers développés sur moignon d'hystérectomie subtotale sont à traiter suivant leur degré, par curiethérapie intérieure ou par radiothérapie (rayons X, radium) de source extérieure.

La coexistence d'inflammation annexielle contre-indique les méthodes radiothérapiques ou doit rendre extrêmement circonspect dans leur emploi.

Toute cause locale rendant atypique ou incomplète une application de radium par la voie utéro-vaginale implique l'association de cette méthode avec la chirurgie ou avec la radiothérapie de source extérieure.

17° Les indications thérapeutiques précédentes n'ont qu'une valeur relative. Elles ne sont exactes que si l'on suppose que les méthodes en présence sont servies par des moyens de valeur égale (matériel, compétence du personnel).

A cet égard, la légende de la facilité plus grande des méthodes radiothérapiques est funeste.

18° Il n'est généralement pas à la portée de médecins travaillant isolément d'obtenir dans le traitement des cancers du col de l'utérus les résultats correspondant au point actuel des méthodes.

La concentration des moyens matériels puissants et des compétences diverses qui sont nécessaires, dans les établissements peu nombreux mais parfaitement outillés, est une nécessité, pour améliorer le rendement qualitatif et quantitatif des traitements.

L'auteur conclut que, dans l'état actuel des connaissances la chirurgie est une excellente méthode si le cancer n'a pas dépassé cliniquement le col utérin.

Autrement, qu'il s'agisse d'un cas à la limite ou inopérable, il faut faire appel aux méthodes physiques : radium par voie vaginale ou extérieure, röntgenthérapie, seules ou associées à la chirurgie. Mais il insiste sur la nécessité d'établir des principes fixes d'après lesquels les communications, les statistiques puissent être faites pour pouvoir être comparables entre elles.

CURIETHÉRAPIE DU CANCER UTÉRIN

Par le professeur Beuttner de Genève).

L'auteur a étudié les résultats des statistiques des gynécologues de langue allemande, mais l'on s'est étonné que le rapport d'un professeur genevois ait été fait en langue allemande.

Pour lui, à l'avenir les statistiques concernant le cancer utérin devront être établies suivant des données plus uniformes, telles que celles de Winter (de Königsberg) (statistique de l'année 1923), pour obtenir une opinion exacte sur la valeur relative de l'intervention chirurgicale et de la thérapeutique par les radiations.

Il paraît donc indiqué d'étudier isolément les statistiques isolées de chaque clinique.

S'il est vrai que la curiethérapie amène parfois la guérison de cancers inopérables du col (Döderlein : 13 p. 100 de guérison), il est non moins certain que les résultats dans les cancers opérables sont au moins aussi bons par la curiethérapie que par l'intervention chirurgicale. Aussi le rapporteur conseille en principe l'application du radium même dans les cas opérables. Il insiste sur le rôle du radium pour faire disparaître les douleurs.

Par contre, les cancers du corps utérin doivent être opérés; ils ne seront irradiés que s'il existe une contre-indication opératoire.

La chirurgie du cancer utérin semble avoir atteint son apogée, tandis que la curiethérapie, malgré d'énormes progrès, en est encore à ses débuts. Les accidents de radio-nécrose en particulier ont presque disparu. L'auteur s'est bien trouvé de faire précéder l'application locale d'une injection intraveineuse contenant de l'émanation du radium, et il étudie actuellement le traitement sérologique préparatoire.

CURIETHÉRAPIE DU CANCER

Par le professeur Recasens (de Madrid).

La précocité du diagnostic est un facteur important dans le résultat du traitement bien que le radium nous permette actuellement d'obtenir des guérisons même dans les cas jadis déclarés inopérables et par conséquent incurables. Les succès de la curiethérapie sont beaucoup plus évidents pour le cancer du col utérin que pour les autres localisations du cancer. Il faut distinguer l'action très différente des rayons α, β et γ et la radiosensibilité variable des cellules suivant les organes et suivant l'état humoral et suivant le stade de division nucléaire. Les doses trop faibles entraînent l'accumulation et la radiorésistance, et sont à rejeter. L'auteur étudie les différentes techniques d'utilisation du radium envisagées de façon générale et dans certains cas particuliers. Conditions de filtration. Lorsqu'il s'agit du dosage du radium, il faut tenir compte de quelques principes bien établis :

1° L'action biologique du radium est en rapport direct avec la quantité;

2° Le temps nécessaire à la production de l'érythème sur la peau est directement proportionnel à la quantité de radium;

3° Le temps de latence est d'autant plus court que la quantité du radium employé est plus grande, ou le temps d'application plus long;

4° La quantité de réaction locale augmente en étendue suivant la quantité de radium;

5° Une grande quantité de radium produit en peu de temps un effet biologique très intense, tandis qu'une petite quantité appliquée pendant un temps très long peut produire des effets complètement opposés aux précédents;

6° Les effets biologiques du radium se produisent d'une manière beaucoup plus intense avec les rayons γ peu pénétrants qu'avec les rayons γ très durs; l'action biologique dérive plutôt des rayons absorbés que de ceux qui traversent les tissus sans s'y arrêter ni les modifier.

La combinaison de la curiethérapie et des rayons X a produit une amélioration des résultats définitifs. Il rappelle des succès obtenus par Regaud à l'aide de la curiethérapie à distance à l'aide de grosses doses de radium qui permettent d'espérer une notable amélioration des statistiques.

Dans les cas favorables, le choix entre l'intervention chirurgicale et la curiethérapie est encore discutable, mais dans un avenir peu éloigné il est probable que la curiethérapie s'imposera même dans les cas bien limités.

Il faut associer les rayons X à la curiethérapie afin d'agir sur les paramètres, sans qu'actuellement on puisse remplacer l'une de ces méthodes par l'autre.

CURIETHÉRAPIE DU CANCER DE L'UTÉRUS

Par le professeur PESTALOZZA (de Rome).

A. — Dans le cancer inopérable du col de l'utérus la curiethérapie seule ou associée à la radiothérapie a donné et donne des résultats inespérés. Il y a lieu de croire que les progrès de la technique pourront encore les rendre meilleurs, de manière à modifier profondément à ce stade avancé le pronostic, qui était précédemment funeste d'une manière absolue.

Si la curiethérapie ne peut pas encore se substituer à l'intervention opératoire, elle peut toutefois en rendre les résultats meilleurs, sous la forme soit pré-opératoire soit post-opératoire. Personnellement, l'auteur est favorable à la curiethérapie post-opératoire à laquelle il n'a eu l'occasion de reprocher aucun des accidents que d'autres auteurs ont signalés, tandis qu'il a vu diminuer sensiblement le nombre des récidives précoces. C'est aussi grâce à la curiethérapie post-opératoire que l'auteur a cru pouvoir réduire l'importance des interventions opératoires, se bornant en quelques cas à la simple amputation haute du col; ou bien il a pu substituer à l'opération de Wertheim celle de Freund ou la simple hystérectomie vaginale, en réduisant de la sorte dans une mesure considérable la mortalité opératoire. Dans tous ces cas il utilise secondairement le traitement associé radium-rayons X.

La curiethérapie pré-opératoire a pour but d'assainir le champ opératoire. Elle est surtout indiquée, selon l'auteur dans les cas que l'on juge à la limite de l'opérabilité, parce qu'elle peut dans une certaine mesure mobiliser l'utérus et le rendre plus accessible à l'opération.

B. — Dans les cancers du corps opérables, la curiethérapie donne des résultats inférieurs à ceux du traitement chirurgical. Si le cas est trop avancé pour l'opération le radium aussi est insuffisant et souvent dangereux.

TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN

Par M. FORSDIKE (de Londres).

L'auteur a traité 197 cancers utérins : 7 cas au début ont été soignés uniquement par le radium ou les rayons X; 6 sont encore en vie sans aucune manifestation morbide depuis quatre ans huit mois (2 cas), trois ans dix mois, deux ans quatre mois, un an dix mois, un an un mois.

Dans 50 cas plus avancés, l'irradiation a été suivie de l'opération de Wertheim.

Dans 40 cas de récidive après l'opération de Wertheim, l'auteur a obtenu tout au plus une amélioration passagère.

Enfin 10) cas très avancés ont aussi été irradiés.

L'auteur conclut comme suit : chaque fois que la tumeur paraît extirpable, il pratique l'opération radicale; mais toutes les malades sont d'abord traitées au radium et aux rayons X et la radiothérapie est reprise durant un mois après l'opération. Bien qu'il ait une grande pratique de la radiothérapie profonde, il ne se croit pas autorisé de l'ériger en méthode de choix.

Discussion.

M. DONALDSON (de Londres) apporte les résultats de l'hôpital Saint-Bartholomew de Londres, dont les recherches cliniques sont suivies parallèlement aux recherches expérimentales sur l'irradiation des cultures de tissus faites par M. Strangeways à Cambridge.

Il décrit la technique employée avec 50 milligrammes de radium seulement, insiste sur la disparition des symptômes : hémorragie, tumeur ou ulcération. Sur 87 cas traités depuis plus d'une année et comprenant 24 cas inopérables, les uns étaient traités par vingt-quatre heures d'application, les autres par cent quarante-quatre heures. Les guérisons maintenues après un an étaient dans le premier cas de 38 p. 100, dans le deuxième de 58 p. 100.

M. ARTOM DI SANT'AGNESE (de Rome) apporte les résultats techniques de la clinique du professeur Pestalozza, aussi bien avec le mésothorium que le radium. Il insiste sur les précautions nécessaires, la filtration et sur les complications possibles.

M. ROBINEAU (de Paris) apporte avec M. Degrais 800 cas de cancer de l'utérus en général inopérables. Sur 114 cas venus depuis trois ans, 112 ont été traités, les 2 autres seuls ne pouvaient supporter le traitement. Le système des petites doses répétées à intervalle court avec des foyers nombreux a donné de bons résultats. Il faut proportionner les doses et la durée du traitement à l'étendue et à la nature des lésions. De 23 à 28 millicuries détruits ont suffi à guérir certaines malades depuis plusieurs années : certaines sont en bonne santé depuis douze ou même seize ans. L'auteur est partisan de la curiethérapie préopératoire qui nettoie le col, mais il faut pratiquer une hystérectomie large, enlevant les ganglions. Le radium post-opératoire n'est utile que si l'opération a dû être incomplète ou s'il y a récidive. L'auteur étudie ensuite sa statistique, qui montre guéries certaines femmes qui seraient mortes sans le radium.

M. BÉGOUIN (de Bordeaux) apporte quelques cas de malades avec des cancers au début mais inopérables pour leur état général. Sur 113 cas traités depuis sept ans, il en a rencontré 7 de cette sorte. La technique employée a été celle de Regaud. Il signale que cliniquement une récidive semble être survenue chez l'une au bout de la quatrième année, les autres semblent cliniquement guéries et l'une après récidive dès la première année traitée par le radium une seconde fois reste guérie définitivement.

M. J.-L. FAURE (de Paris) veut se placer au point de vue général dans la question du traitement par la chirurgie ou le radium. Dans les bons cas l'opération lui semble donner de meilleurs résultats, car au lieu de 25 p. 100 de guérison avec le radium au bout de cinq ans, chiffres de M. Regaud, la chirurgie lui a donné 75 p. 100 de guérison.

Les conditions matérielles du traitement par le radium restent difficiles à obtenir, tandis que le chirurgien peut apprendre à pratiquer l'hystérectomie large, et s'il veut s'outiller, utiliser le drainage de Mikulicz, il aura des résultats incomparables. Mais il vaut mieux opérer en terrain vierge. Il faut réserver le radium aux cas limites ou en terrain infecté, car alors les avantages du radium dépassent les risques d'excitation des cellules cancéreuses, risques qu'il ne faut pas négliger.

MM. CHEVAL et MAYER (de Bruxelles) exposent leur technique d'application du radium à distance, avec 4 grammes de radium-élément disposés pour traiter à la fois deux malades avec la même dose. Ils pensent traiter ainsi d'abord les métastases ganglionnaires et certains cancers profonds actuellement inabordables.

M. PROUST (de Paris) pense que le traitement doit être commandé par l'envahissement lymphatique juxta-utérin en dedans de l'uretère, total du ligament large ou enfin des ligaments utéro-sacrés. L'envahissement de la partie externe du ligament large est une contre-indication opératoire. L'action du radium est valable pour les lésions utérines ou juxta-utérines; mais pour le cancer étendu à la partie extrême du ligament large, la voie vagino-utérine est insuffisante. L'auteur, après avoir rappelé la radiumchirurgie qu'il a cessé d'utiliser, décrit l'appareil de ses collaborateurs Mallet et Colliez pour radiothérapie à distance, en insistant sur la nécessité d'un dosage précis, en raison de la facilité des excitations à distance par le radium. Très partisan de l'irradiation prolongée jusqu'à trois semaines dans les cancers radio-résistants, il utilise l'index d'activité karyokinétique pour régler la durée du traitement.

Il y a quatre ans que M. Proust emploie la curiethérapie. Pendant l'année 1922, 64 malades ont été traités, 16 sont en bonne santé, 25 p. 100.

Il a l'impression que la solidité de la guérison chirurgicale est meilleure que la solidité de la guérison par curiethérapie, mais il faut avoir opéré en tissu sain non envahi; sinon, on n'obtient pas de longues survies.

M. DE FOURMESTRAUX (Chartres) insiste sur la valeur du traitement chirurgical et sur l'association du radium avec l'hystérectomie secondaire. La mortalité s'est abaissée à 9 p. 100 : certaines malades sont en bonne santé depuis douze à treize ans, il en attribue le résultat à la technique et au drainage.

MM. F. DELPORTE et Jean CAHEN (de Bruxelles) rappellent brièvement les idées directrices qui les ont guidés dans le traitement curiethérapique des différents cas.

Tous ont été traités, sauf les cas de métastases lointaines cliniquement décelables et les cas fistulisés dans la vessie ou le rectum. Sont éliminés de la statistique les adéno-carcinomes. Le poste « Perdues de vue » comporte les malades non examinées à la consultation depuis plusieurs mois et qui étaient en bon état à leur dernière visite; celles dont on ne possède que des renseignements par correspondance. Le poste « Décès » comporte les malades mortes de leur affection cancéreuse ou d'une maladie intercurrente; les cas récidivés non traités ou traités sans résultat.

Cas opérables : 66. Guérisons apparentes : 14 de moins d'un ans; 8 de plus d'un an; 10 de plus de deux ans; 4 de plus de trois ans; 2 de quatre ans. Perdues de vue : 7. Décès : 21 (31, 81 p. 100). Total des guérisons de plus d'un an : 24 (31, 84 p. 100). Total des cas en vie et ayant les apparences de la guérison : 37 (56,06 p. 100).

Cas inopérables : 115. Guérisons apparentes : 16 de moins d'un an; 17 de plus d'un an; 13 de plus de deux ans; 3 de plus de trois ans; 2 de quatre ans; 1 de six ans neuf mois. Perdues de vue : 18. Décès : 45. Total des guérisons de plus d'un an : 36 (36,17 p. 100). Total des cas en vie et ayant les apparences de la guérison : 52 (50,18 p. 100).

Cas murés ou très avancés : 73. Guérisons apparentes ; 12 de moins d'un an, 2 de plus d'un an; 7 de plus de deux ans; 1 de plus de trois ans. Perdues de vue : 18. Décès : 33. Total des guérisons apparentes de plus d'un an : 10 (13,71 p. 100). Total des cas en vie et présentant les apparences de la guérison : 22 (30,14 p. 100).

Total : 254 cas. Guérisons apparentes de plus d'un an : 66 (27,15 p. 100). Cas en vie et ayant les apparences de la guérison : 111 (43,7 p. 100).

MM. F. DELPORTE et Jean CAHEN apportent les résultats du traitement radium-chirurgical trans-abdominal des épithéliomas inopérables du col utérin.

1° Le pourcentage des cancers du col inopérables dans les consultations hospitalières est d'environ 60 p. 100. Dans les centres anticancéreux, où affluent les mauvais cas, rebuts de la chirurgie, la proportion atteint 75 p. 100. Les efforts doivent donc se porter vers ces malades.

2° Les auteurs, dans un premier temps, font une application vaginale ou utéro-vaginale de platine plus caoutchouc.

3° Six semaines à deux mois après cette application, la tumeur du col a disparu, une muqueuse nouvelle tapisse le fond du vagin, l'œdème inflammatoire des paramètres est résorbé. A ce moment il persiste dans les ligaments larges et pour les cas inopérables et les cas très avancés une infiltration indurée, néoplasique, qui n'a pas été atteinte par les foyers vaginaux ou utéro-vaginaux. Il en est d'ailleurs de même pour les cas diagnostiqués opérables avant l'application utéro-vaginale et chez lesquels existe une infiltration indurée, douloureuse après cette application. Les auteurs pratiquent dans ces cas une seconde intervention : pose intra-abdominale de radium qui consiste à placer des tubes dans la base des paramètres et des aiguilles dans la portion sus-isthmique du corps.

Les auteurs n'ont pas adopté d'emblée cette technique. Ils y sont arrivés petit à petit : et si 48 malades ont subi une application intra-abdominale, chez 19 d'entre elles seulement la technique précitée a été observée scrupuleusement. Pour ces 19 cas inopérables il y a 10 guérisons apparentes (52, 63 p. 100) : 2 de deux ans sept mois, 1 de deux ans six mois, 2 de deux ans trois mois, 1 de un an trois mois, 4 de un an. Pour 24 autres malades inopérables soignées antérieurement par des techniques moins bien établies, il y a 8 cas de guérison apparente (33,33 p. 100) : 1 de trois ans un mois, 3 de trois ans; 4 de deux ans dix mois. Les 5 autres malades de ce groupe de 48 ont été soignées par une autre méthode insuffisamment mise au point. De ces 5 cas très avancés, 4 sont décédées dans l'année, 1 dans le courant de la deuxième année.

Pour les auteurs, la radium-chirurgie ne peut être condamnée comme l'a fait M. Regaud dans son admirable rapport. Elle a donné dans des cas inopérables et dans des cas très avancés des succès qui permettent d'apprécier sa valeur. Les procédés d'irradiations externes, rayons X et radium, préconisés par M. Regaud sont un espoir nouveau, mais ils n'ont pas encore fourni les résultats éloignés de la radiumchirurgie. Depuis un certain temps les auteurs utilisent l'appareil du docteur Sluys pour les irradiations du bassin par foyers externes multiples et facilement dirigés. Ils donneront bientôt les résultats obtenus par cette méthode.

M. Robert MONOD (de Paris) expose en détail 75 observations de cancer du col de l'utérus traités à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière (professeur Gosset) depuis 1920. Il s'agissait toujours de cancers épithéliaux vérifiés par l'examen histologique et en général de mauvais cas considérés comme inopérables. Ces malades ont été traités par curiethérapie suivant la technique de M. Regaud, puis ont subi une hystérectomie totale de quatre à six semaines après.

L'hystérectomie est praticable et même simplifiée après une application de radium : 69 hystérectomies ont donné 4 morts et en particulier 32 Wertheim avec 0 mort.

L'hystérectomie doit être faite le plus largement possible, car le siège des récidives est le plus souvent dans le paramètre et au niveau des pédicules lymphatiques pelviens.

L'opération donne après le radium une seconde garantie de guérison. Sur 15 cas où le radium avait été insuffisant (persistance de foyers néoplasiques dans 6 cas), 8 cas ont été guéris par la chirurgie.

Cette technique donne aux malades le maximum de chances de guérison, puisqu'elle donne actuellement 60 p. 100 de guérison après trois ans.

M. ODESCALCHI (de Milan) apporte une statistique de 86 cas dont 50 opérables avec 36 guérisons.

Mme DOBROVOLSKAYA-ZAVADZKAYA (de Paris) a étudié les différentes méthodes générales de traitement du cancer et note en particulier que l'émanation de radium introduite par voie intraveineuse n'a pas de résultat actif sur les tumeurs.

M. ARNAUD (de Saint-Etienne), rapporte ses résultats personnels de curiethérapie qui sont mauvais : une série d'un cinquantaine de cas n'a donné que quelques cas rares de survie éloignée. Au contraire, la chirurgie lui a donné d'excellents résultats. Il insiste sur la gravité des métastases et des tumeurs secondaires à la curiethérapie.

M. VANA (Brno, Tchéco-Slovaquie) insiste sur l'importance de l'état physico-chimique du sang dans le cancer.

M. SLUYS (de Bruxelles) oppose la précision des techniques modernes de röntgenthérapie à l'imprécision de la curiethérapie. Malgré cela, cliniquement, il est impossible de nier la supériorité de cette dernière dans la thérapeutique des tumeurs malignes.

Il faut arriver à répartir dans l'espace le rayonnement nécessaire à chaque cas particulier, et l'auteur a créé pour cela un appareil ingénieux avec treize foyers représentant treize portes d'entrée non chevauchantes. En outre, afin de parvenir à la précision dans la mesure de l'intensité en tous points, l'auteur a construit un appareil de mesure consistant en une chambre ionométrique reliée à un électromètre à fil et à compensation. Leurs résultats sont bons.

DE L'AVENIR DE L'AVIATION SANITAIRE

Par le professeur R. PICQUÉ.

Après avoir apporté ses bienfaits aux blessés de guerre, dont plus de 3.000 ont déjà été transportés par air, l'avion sanitaire doit être offert aux accidentés du temps de paix, soit individuels, soit collectifs.

En cas de catastrophes (chemins de fer, grands chantiers de construction, centres industriels) loin de tout secours, comme en cas de complications d'une maladie grave (appendicite, grossesse tubaire ou dystocique, méningite cérébro-spinale, etc.), survenant loin d'un centre outillé, l'avion doit être prêt à venir au secours.

Il en est ainsi dans la région du Sud-Ouest de la France, où une escadrille de quatre avions sanitaires (trois Bréguet, un Hanriot) est groupée au centre de Cazaux, distant de Bordeaux

de 75 kilomètres : elle apporte couramment à l'hôpital de Talence-Bordeaux les accidentés de ce camp ainsi que les malades urgents.

Et des terrains sont organisés depuis La Rochelle jusqu'à Bayonne pour assurer, le cas échéant, le transport sur Bordeaux des blessés et malades nécessitant des soins spéciaux.

Les indications du transport par air sont surtout urgentes dans les pays aux larges espaces. La Suède, le Siam, etc., les ont déjà réalisées. Elles doivent s'étendre peu à peu jusqu'au jour où il sera banal de soustraire systématiquement tout blessé ou malade grave aux lenteurs et trépidations de la route, pour le confier à l'avion.

L'avion sanitaire français 14 T *bis*, amené de Bordeaux à Rome par le professeur Picqué sous la conduite du pilote Gœgel, a été présenté aux congressistes le dimanche 11 avril, à l'aérodrome de Centocelle, et un tour d'horizon a été offert à ceux qui désirèrent juger des douceurs du transport aérien.

La communication du professeur Picqué a été suivie de la projection de deux films montrant l'aviation sanitaire en action au Maroc et en France, sur terre et sur mer.

(A suivre.)

LES JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES [1]

CHIRURGIE GÉNÉRALE

La prostatectomie actuelle pour hypertrophie, par M. Maurice CHEVASSU (de Paris). L'énucléation sus-pubienne de la prostate procure aux prostatiques un véritable rajeunissement qui n'est pas suffisamment connu.

L'étude préalable des prostatiques permet de reconnaître d'avance ceux chez lesquels l'opération fera courir quelques risques et ceux chez lesquels elle peut être entreprise avec une sécurité presque absolue. Ceux qui se décident à l'opération sans trop tarder ont grande chance de rentrer dans cette deuxième catégorie.

Le danger d'hémorragie peut être actuellement considéré comme nul, à la condition de faire agir dans la cavité même de prostatectomie le moyen essentiel de lutte contre les hémorragies veineuses que constitue l'irrigation très chaude. La sonde urétro-sus-pubienne à œil prostatique réalise ce desideratum de façon simple, elle a en outre l'avantage d'éviter l'inondation des opérés pendant les jours qui suivent la prostatectomie.

Le shock et l'intoxication anesthésique sont réduits à rien si la cystostomie est faite à l'anesthésie locale, et l'énucléation prostatique pratiquée sous la narcose très brève que donne une ampoule de 3 centimètres cubes de chloréthyle administré au moyen du masque de Camus. L'énucléation prostatique rapide (elle est réalisée en moins d'une minute dans la plupart des cas) est une condition importante d'innocuité opératoire.

A condition de ne pas faire de tamponnement, ce dont la sonde urétro-sus-pubienne dispense de façon absolue, la douleur postopératoire dure quelques heures à peine. La plupart des opérés dorment une partie de la première nuit. La prostatectomie ne mérite plus la réputation de cruauté devant laquelle reculent encore trop de prostatiques.

La photothérapie dans les pays de soleil, par M. D'ALBERTE (de Tunis). La photothérapie n'est pas une nécessité thérapeutique dans les pays nordiques, pauvres de soleil, mais dans les régions inondées par le soleil, comme la Tunisie, elle complète l'héliothérapie, parce que :

1° Elle élimine du spectre solaire les rayons chauds (rouges et ultrarouges) d'action pénétrante, trop actifs, tandis qu'elle permet une plus grande introduction de rayons froids (actiniques) qui ont une action biochimique;

2° Elle agit d'une manière intense et rapide à cause de la grande quantité de rayons violets et ultraviolets dus à la lampe de Quartz, qu'on peut doser selon chaque maladie et selon la tolérance du sujet;

3° Elle peut être concentrée dans des régions très petite ou concentrée dans les cavités;

4° Elle peut agir sur les sujets qui sont, par leur nature héréditaire, fortement pigmentés.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 29, p. 457 : séance inaugurale; n° 33, p. 525 : compte rendu des travaux scientiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1926)

Remarques sur la culture d'une levure en milieu synthétique. — MM. E. AUBEL, L. GENEVOIS et J. SALABARTAN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1926)

Manifestation franco-brésilienne. — Au début de la séance, à laquelle assistait S. E. M. de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil, accompagné par M. le professeur Roger, représentant le ministre de l'Instruction publique, M. LE PROFESSEUR MIGUEL COUTO, président de l'Académie de médecine de Rio de Janeiro et associé étranger depuis 1917 de notre Académie de médecine, a lu une adresse de l'Académie brésilienne.

S'adressant à M. le président Bar, M. Couto a exprimé les vœux des savants brésiliens. Dans des termes très chaleureux il a montré quelle influence la culture française a exercé et exerce toujours sur son pays, et en quelle estime depuis la déclaration de l'indépendance brésilienne en 1822, tant sous l'Empire que sous la République, ont toujours été tenus les savants français.

Au nom de l'Académie de médecine de Rio, dont la fondation remonte à 1829, il a décerné à M. le président Bar le titre de membre honoraire de l'Académie, et lui a remis le superbe collier symbolique de sa Compagnie.

S. E. L'AMBASSADEUR DU BRÉSIL tient à remercier l'Académie de l'accueil qui lui a été fait. Comme la Monarchie brésilienne, la République brésilienne aime la France et lui en a donné une preuve visible en choisissant le 14 juillet pour célébrer la fête nationale brésilienne.

M. le professeur Couto, dit-il, est « un de nos quarante immortels, il est la plus grande figure de la médecine brésilienne, il a sauvé beaucoup de familles de Rio, à commencer par la mienne. Mais, ajoute-t-il, sans la science française il n'aurait rien pu faire », et c'est la science française que tient à remercier l'Ambassadeur en saluant l'Académie de médecine.

M. LE PRÉSIDENT BAR adresse l'expression des remerciements de l'Académie et de sa gratitude personnelle à l'Ambassadeur du Brésil et au président de l'Académie de médecine de Rio. Il rappelle tout ce que la France doit à l'amitié brésilienne : la protection que tous les savants français trouvèrent jadis auprès de l'empereur Don Pedro, l'affection qu'ils trouvent aujourd'hui auprès de la République brésilienne, amie et alliée pendant la grande guerre. Il montre la belle tâche accomplie par les médecins brésiliens dans leur croisade contre les maladies, surtout contre le paludisme et la fièvre jaune. Ils ont réalisé une œuvre splendide devant laquelle on doit s'incliner.

Syndrome de la perforation de l'aorte. — M. le professeur Miguel COUTO fait une communication illustrée de fort belles projections sur trois cas de perforations de l'aorte dans l'artère pulmonaire diagnostiquées pendant la vie.

Ces perforations ont un début brutal qui s'accompagne d'angoisse, d'asphyxie, d'orthopnée et d'une douleur en coup de poignard.

La fistule creusée entre l'aorte et l'artère pulmonaire se diagnostique facilement. On trouve un souffle systolique et un frémissement cataire dans la région de la base du cœur.

Mais la caractéristique de la lésion est le syndrome dramatique qui accompagne la perforation.

La séroréaction du cancer de Botelho. — M. Hartmann expose la technique de la séro-réaction du cancer de son élève Botelho qui, depuis plusieurs années, poursuit des recherches sur ce point au laboratoire de l'Hôtel-Dieu. Cette réaction, qui semble consister en un précipité de substances albuminoïdes, dans des conditions déterminées, s'est montrée positive chez 90 p. 100 des cancéreux examinés, et chez 14 p. 100 seulement des sujets non cancéreux. M. Hartmann n'a pas encore déterminé tous les cas de sujets non cancéreux donnant une réaction positive; il en est un cependant qui l'a frappé, le cas de la femme enceinte dont le sérum a plusieurs fois donné une réaction positive.

La réaction cesse d'être positive lorsque le cancer est enlevé en totalité ou lorsqu'il a été détruit par les rayons (rayons X ou radium). Ce point est intéressant à noter parce qu'il montre que la réaction sérique de Botelho n'est pas la manifestation d'un état diathésique, mais la conséquence de l'arrivée dans le sang de produits de la tumeur, hypothèse confirmée par Itchikawa qui, créant expérimentalement des cancers par le badigeonnage au goudron de l'oreille du lapin, a constaté, dans des expériences faites également au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, que la réaction de Botelho devenait constamment positive dans le sang du lapin que lorsque le cancer est arrivé, comme il dit, à la période achevée.

A propos du virus filtrant tuberculeux et du problème de l'hérédité tuberculeuse. — MM. Fernand Arloing et Dufourt répondent à quelques objections qui avaient été soulevées par leur dernière communication. Ils montrent que l'hérédité tuberculeuse est encore un problème et qu'il serait prématuré de changer quoi que ce soit aux mesures actuelles de prophylaxie.

M. Marfan est d'accord sur ce dernier point avec M. Arloing.

M. le Président, en remerciant M. Arloing, fait ressortir l'importance du problème posé par sa précédente communication.

Rôle de l'eau dans l'équilibre acido-basique du sang. — M. Solano Ramos (de la Havane). L'observation minutieuse des malades qui étaient soumis à des interventions chirurgicales sur l'appareil digestif a attiré d'abord l'attention de l'auteur sur l'importance du rôle que joue l'eau dans le maintien de l'équilibre acido-basique du sang.

Il a pu établir d'une façon évidente que la privation d'eau déterminait des symptômes marqués d'acidose à des degrés divers, selon la plus ou moins grande carence de ce liquide. Il a également observé ces cadres d'acidose post-opératoires, aussi bien chez les opérés sous-anesthésie générale (chloroforme, éther) que chez ceux pour lesquels on a employé l'anesthésie locale et la rachi-anesthésie.

L'ingestion de 1 à 2 litres d'eau pendant les douze heures qui précèdent l'opération, ainsi que l'application d'un goutte à goutte rectal (Murphy), immédiatement après l'intervention, et l'injection tous les jours de 300 à 500 centimètres cubes d'un *sérum salin quelconque*, évite l'acidose post-opératoire. L'auteur a obtenu les mêmes résultats en employant dans le Murphy de l'eau distillée stérilisée et de l'eau bi-distillée en injections intramusculaires.

On peut ajouter entre autres fondements cliniques, la connaissance que nous avons de l'*action acidogène* de tous les processus pathologiques où nous voyons se produire une déshydratation de l'organisme, comme par exemple : les gastro-entérites de l'enfance, atrepsie, vomissements incoercibles de la grossesse, le jeûne d'eau, la sténose œsophagique, etc.

En appliquant la loi d'Arrhénius, en ce qui a trait à l'influence de la dilution en eau, comme facteur de grande importance dans la dissociation ionique, on peut dire que le nombre proportionnel des molécules dissociées contenues dans une solution est en raison directe de la quantité d'eau qui sert à les dissoudre. D'où l'on déduit aussi que la force et la vitesse des réactions chimiques sont également en raison de la plus grande dissociation ionique des molécules présentes.

L'augmentation de la concentration diminue donc la dissociation ionique et en même temps la force réactionnaire des corps dissous.

L'eau, outre qu'elle a le plus haut pouvoir de dissociation ionique, a la propriété de former les *ions complexes*, phénomène de grande importance dans la nouvelle conception de la pathogénie de l'acidose que soutient l'auteur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 23 avril 1926)

L'hyperglycémie sans glycosurie dans les dermatoses. — M. Lortat-Jacob, à propos de la communication de M. Hudelo, rapporte qu'il a noté l'hyperglycémie dans diverses affections cutanées, le psoriasis, le lupus. Par contre, dans les dermatoses de cause externe, la glycémie paraît normale; quelquefois même on note de l'hypoglycémie.

Encéphalite épidémique à forme respiratoire et insomnique, d'apparence hébéphrénique. — MM. Laignel-Lavastine et Valence présentent un jeune homme de vingt et un ans qui a pu être pris pour un pithiatique, puis pour un hébéphrénique, en raison de troubles respiratoires considérables (hyperpnée continue à paroxysmes rappelant parfois le type Cheyne-Stokes) sans substratum organique, et d'un état mental fait d'inquiétude, d'anxiété, de bradypsychisme et de déséquilibre. En réalité, il s'agissait d'une encéphalite épidémique, comme le prouvèrent l'évolution, l'échec de la psychothérapie et les ponctions lombaires (glucose, 1,12; lympho, 3; albuminose, 0,40; Wassermann négatif).

Hernie musculaire par rupture aponévrotique spontanée chez un tabétique. — MM. Laignel-Lavastine et Valence présentent un cas de tabes confirmé, fixé (liquide céphalo-rachidien normal) et soigné depuis quatre ans qui présente, outre une paralysie de la IIIe paire droite et des ostéo-arthropathies des orteils (hallus valgus, ostéophytes, fractures spontanées), une hernie du biceps droit due à une rupture de l'aponévrose brachiale antérieure. Celle-ci fut indolore, spontanée, progressive.

Artérite oblitérante de l'humérale. — MM. André Cain et Hamburger présentent une femme de vingt-six ans, atteinte d'artérite oblitérante de l'artère humérale droite à sa partie supérieure, d'étiologie indéterminée. L'intensité des douleurs, l'accentuation des troubles circulatoires cédèrent à la sympathectomie péri-artérielle. L'oscillomètre de Pachon enregistre actuellement une tension artérielle de 10-5 au-dessous du coude et de 12-7 au-dessus; mais les battements artériels ne sont pas perçus sous le doigt. La main droite a repris un aspect presque normal.

Résultats de 58 nouveaux cas de pneumothorax chez l'enfant. — MM. P. Armand-Delille, Vanbockstaele et Panier rapportent la statistique de 58 nouveaux cas de pneumothorax thérapeutique pratiqué pendant l'année 1923 dans le pavillon d'enfants tuberculeux de l'hôpital Hérold et de 14 anciens dont le traitement a été continué. Parmi ces petits malades, il y avait 5 nourrissons pour lesquels les résultats ont été très satisfaisants 4 fois sur 5. Sur 40 cas de tuberculose unilatérale où le collapsus a pu être complet, il y a eu 18 résultats très bons, 11 bons résultats avec disparition de bacilles, 11 résultats médiocres et seulement 2 mauvais, avec tuberculisation de l'autre côté et mort. Le pneumothorax bilatéral a été pratiqué en trois cas, l'un des résultats est très bon, le deuxième médiocre, le troisième a continué à s'aggraver. Enfin, l'épanchement liquide n'a été observé que dans 10 cas.

Traitement de la diphtérie par le sérum purifié. — M. Comby relate les bons effets du sérum purifié de l'Institut Pasteur dans le traitement de la diphtérie, et insiste sur la rareté des accidents sériques.

M. Netter considère que les accidents sériques peuvent néanmoins exister.

M. Martin, tout en acceptant les conclusions de M. Comby, fait remarquer qu'il y a une différence entre le sérum de Pasteur et celui des Américains. L'un est concentré, l'autre est dilué. Il y a lieu d'ailleurs de distinguer deux variétés, l'une à hautes unités avec laquelle les accidents sériques sont

possibles, l'autre, sérum préventif avec lequel les accidents sériques sont exceptionnels. Au point de vue préventif, M. Martin semble donner la préférence à la vaccination par l'anatoxine, se basant sur plus de 4.000 vaccinations.

Examen radiologique pulmonaire par le lipiodol au cours des abcès du poumon et après la thoracoplastie. — M. Jacques FORESTIER, au cours d'une récente tournée aux Etats-Unis, a eu l'occasion d'appliquer les injections intra-trachéales de lipiodol à l'examen de cas relativement peu nombreux en France dans les abcès du poumon. Il montre les résultats d'exploration aux différents stades de l'évolution de la maladie. Chez les sujets opérés de thoracoplastie extra-pleurale l'injection lipiodolée est le seul moyen de se rendre compte de l'état du moignon pulmonaire sous-jacent.

Les fonctions rénales dans les néphrites sclérosantes. Critique des différents procédés d'exploration. — MM. M. RENAUD et Jean ROLAND ont fait l'exploration des fonctions rénales de 75 malades polyscléreux par une méthode qui permet de tenir compte avec une seule épreuve du débit aqueux, de l'excrétion de l'urée et de l'élimination de la phénolphtaléine.

Chez 25 de ces malades qui furent autopsiés, les reins étaient atteints de lésions sclérosantes dont la constance et l'intensité étaient telles qu'on est autorisé à conclure que tous les malades examinés en étaient atteints.

Or, chez la plupart de ces malades l'excrétion de l'urée était relativement peu troublée. Dans les deux tiers des cas l'azotémie se maintenait à un taux inférieur à 45, ne s'élevant à 1 gramme et au-dessus que de façon exceptionnelle et à la période terminale. La constante d'Ambard a toujours été trouvée un peu forte, mais en restant au-dessous de 80 donne plus du quart des cas et ne dépassant 100 que dans la moitié des cas.

Les chiffres de l'élimination du phénol sont plus expressifs. Dans plus des deux tiers des cas elle tombe au-dessous de 20, ce qui indique une défaillance considérable de la fonction.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1926)

Abcès du foie. — M. MAUCLAIRE a opéré une vingtaine d'abcès du foie dont plusieurs compliqués d'épanchement pleural. Il s'est très bien trouvé, dans certains cas, de recourir à une résection temporaire des dernières côtes.

Fractures bi-malléolaires. — M. KÜSS fait un rapport sur plusieurs cas de fractures bi-malléolaires adressés par MM. Cochet et Thiéry (d'Alger). Plusieurs radiographies accompagnent ces observations, faites avant et après la réduction. Dans plusieurs cas les auteurs ont dû appliquer des plaques pour maintenir la réduction.

Les résultats anatomiques ne sont pas toujours parfaits, mais suffisants.

Dans plusieurs cas la réduction simple et un appareil plâtré ont suffi.

MM. Dujarier et Alglave, à la vue des radiographies, élèvent quelques critiques sur les résultats anatomiques obtenus.

Fractures de la tête du fémur. — M. ROBINEAU apporte une vingtaine de cas dans lesquels il a eu recours à l'opération de Delbet modifiée, et il fait connaître les résultats immédiats et les résultats éloignés. Il a obtenu 8 bons résultats immédiats et 6 bons résultats éloignés. Il y a 3 résultats fonctionnels excellents, 3 résultats passables, 3 médiocres et 3 pseudarthroses.

De ces faits il résulte que les résultats sont d'autant meilleurs que les malades ont été immobilisés plus longtemps.

M. Robineau insiste sur l'importance de cette constatation.

M. DUJARIER reconnaît que M. Robineau a obtenu d'excellents résultats. Il est d'accord avec lui sur l'importance de l'immobilisation prolongée. Alors que M. Robineau parle de trois et quatre mois, M. Dujarier prolonge cette immobilisation jusqu'à cinq et six mois. La question du traitement chirurgical des fractures du col fémoral, ajoute M. Dujarier, est très difficile et mérite une étude approfondie.

M. TUFFIER demande à M. Robineau s'il n'a pas remarqué que souvent on constate de bons résultats fonctionnels malgré un résultat anatomique médiocre.

M. ROBINEAU a toujours constaté un parallélisme absolu entre le résultat anatomique et le résultat fonctionnel.

Il nous présente trois malades chez lesquels le résultat fonctionnel est absolument parfait.

Commission d'élection d'un membre titulaire. — MM. Lecène, Thiéry et Baumgartner.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 AVRIL 1926)

MM. SALOMON et J. VALTIS, recherchant l'**action des sérums normaux et antituberculeux sur les réactions tuberculiniques chez les animaux et chez les malades tuberculeux**, ont constaté :

1° Que la tuberculine mélangée avec le sérum de tuberculeux ne provoque aucune réaction locale chez le lapin sain, contrairement aux constatations de Hekmann ;

2° Que les réactions dermiques provoquées par le mélange tuberculine et sérum humain ou ovin antituberculeux chez les malades tuberculeux sont tantôt plus fortes, tantôt plus faibles que les réactions dues à la tuberculine seule ;

3° Que le sérum normal ou ovin mélangé avec la tuberculine diminue l'intensité des intradermo-réactions tuberculiniques.

Action du thorium X sur la nutrition et la croissance de l'aspergillus niger. — MM. H. LASSALLE et R. DELAS. 1° De *faibles* doses de thorium X (5 et 8 microgrammes) *augmentent la vitesse de croissance* de l'Aspergillus, *hâtent l'apparition de la sporulation* tout en réalisant, dès le troisième jour, une formule chimique analogue à celle d'un mycélium plus âgé (huit jours) ;

2° Des doses *moyennes* (18 microgrammes) n'influent pas la *sporulation*, mais améliorent considérablement le *poids* de la récolte et le *rendement*, tandis que s'élève le taux des *lipoïdes*, de la *phytostérine* et du *coefficient lipocytique*, et que décroît le taux des lécithines ;

3° Des doses plus fortes (50 microgrammes) semblent moins actives, mais cependant encore favorisantes ;

4° Des doses *élevées* (120 microgrammes) sont nettement *défavorables* et réalisent une formule lipoïdique remarquable par sa *faible teneur en phytostérine*.

L'action du thorium X paraît donc complexe, variable avec la dose, et non point limitée aux seules fonctions de croissance et de reproduction de la cellule.

Les variations concomitantes de la teneur en lipoïdes, du coefficient lipocytique, du poids de la récolte et du taux du rendement blastique nous paraissent devoir retenir particulièrement l'attention. Le parallélisme dans les modifications de ces diverses constantes cellulaires, sous l'effet de la pertubation apportée par le thorium X, nous semble constituer un nouvel argument à l'appui de la théorie d'après laquelle les substances lipoïdes, en plus de leurs fonctions dans la nutrition cellulaire, joueraient un rôle prépondérant dans le processus de croissance d'un tissu. (Laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Toulouse.)

Nicotine et adrénalino-sécrétions. — M. TOURNADE et CHABROL. A l'aide de leur technique de l'anastomose veineuse surrénalo-jugulaire, les auteurs démontrent que l'injection de nicotine provoque une sécrétion d'adrénaline suffisante pour engendrer l'apnée et la syncope chloroformique (nicotino-adrénalino-chloroformique).

Appareil de Golgi et vacuome chez les végétaux. — M. GUILLERMOND. Les formations des cellules végétales connues sous le nom de canalicules de Holmgren ou d'appareil de Golgi correspondent à des vacuomes.

Inactivation de l'adrénaline par le formol. Présence dans le sang normal de formol en quantité suffisante pour inac-

tiver l'adrénaline excrétée par les surrénales. — MM. J.-E. ABELOUS et R. DELAS.

Sur une méthode de coloration du noyau. — Mlle POPOVITZ.

Structure et évolution de la dentine. — M. RETTERER.

— Société de biologie de Lyon (séance du 19 avril 1926) :

Chocs par injection sous-durale d'extraits endocriniens désalbuminés. — MM. F. ARLOING, L. LANGERON et P. MOUNIER, continuant leur étude expérimentale du rôle des glandes endocrines dans l'hypersensibilité ou la sensibilisation anaphylactique, ont constaté qu'en première injection sous-durale l'extrait d'hypophyse donne des symptômes de choc manifestes, la thyroïde, des manifestations plus frustes et la surrénale, des signes très atténués.

Si le choc est fait vingt-quatre heures après la fin d'une endocrinisation sous-cutanée de dix jours, l'hyperthyroïdisation donne des phénomènes plus marqués que la surrénalisation; ils sont au contraire atténués après le traitement par l'hypophyse.

Enfin, si le choc est pratiqué douze jours après la fin de l'endocrinisation, les effets dus à l'hypophyse et à la thyroïde sont sensiblement atténués; la surrénale fait preuve d'une action identique. Dans tous ces cas, il s'agit d'un choc mineur primaire dû à une modification de la sensibilité par l'endocrinisation sans sensibilisation proprement dite.

Action d'une eau minérale sulfureuse isotonique sur la nutrition générale du cobaye. — MM. Fernand ARLOING et P. JOURDANET ont administré l'eau d'Uriage à des cobayes en leur donnant tous les deux jours, pendant vingt et un jours, 2, 3 ou 5 centimètres cubes en injection sous-cutanée, ou 2 et 5 centimètres cubes en ingestion.

Ils ont constaté avec l'un ou l'autre mode d'administration que l'eau minérale exerce au début du traitement une action sur la nutrition générale se traduisant au bout de la première semaine par une perte de 20 à 30 grammes sur le poids initial. Ce fléchissement n'est que temporaire puisque les animaux présentent au bout de quatre semaines un gain moyen de 150 grammes. Ce phénomène correspond à la crise thermale si fréquemment observée en clinique hydrologique.

D'autres auteurs ont obtenu des effets analogues à ceux de l'eau d'Uriage avec les eaux sulfureuses de Challes et de Saint-Honoré.

Sur la concentration et la désalbumination du sérum antidiphtérique. — MM. P. SEDALLIAN et J. LOISELEUR. Il est possible de fractionner des constituants périodiques de protéides en floculant un sérum amené à pH 4,7 par des concentrations de NaCl qui dépendent de la teneur du sérum en lipoïdes (de 18 à 25 p. 100). Dans les protéides isolées par floculation on retrouve la majeure partie des antitoxines du sérum antidiphtérique, ce qui rend possible la soustraction de 56 p. 100 des albumines dépourvues d'U A de ce sérum et la concentration de celles-ci.

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1926)

Culture du spirochète des hémoptysies tuberculeuses. — MM. F. BEZANÇON et E. ETCHEGOIN. Depuis 1923, époque à laquelle Etchegoin a décrit pour la première fois la présence d'un spirochète dans les crachats hémoptoïques des tuberculeux, les auteurs ont essayé un très grand nombre de milieux aérobies et anaérobies sans arriver au moindre résultat.

Depuis le mois de janvier les auteurs ont cultivé le spirochète en question dans le milieu suivant :

Sérum de cheval................	200 cent. cubes
Eau physiologique à 8,5 p. 1.000.	800
Eau peptonée à 3 p. 100.........	200

et ils ont déjà obtenu 5 repiquages.

Les auteurs font observer que les cultures ont poussé seulement à 37 degrés, elles se sont montrées très riches; elles sont restées pauvres à 29 degrés; à la température du laboratoire les spirochètes n'ont pu être cultivés.

Les photomicrographies qui accompagnent la note montrent les différents aspects de la culture.

Intervention synergique des réactions adrénalino-sécrétoire et vaso-motrice dans la correction des troubles de la pression artérielle. — MM. A. TOURNADE et N. CHABROL démontrent dans une expérience où ils combinent leurs deux techniques de l'anastomose veineuse surrénalo-jugulaire et du rein « irrigué » par un congénère que l'hypotension suscite à la fois vaso-constriction et adrénalino-sécrétion, et l'hypertension la vaso-dilatation et l'inhibition de la sécrétion surrénale.

Elections. — A l'unanimité, M. JOLLY est nommé secrétaire général, M. L. BINET, trésorier.

— Autres communications :

Structure comparée des défenses et des molaires de sanglier. — M. RETTERER.

La bipartition longitudinale de la plume. Faits nouveaux concernant le gynandromorphisme élémentaire. — MM. PÉZARD, SAND et CARIDROIT.

Cultures d'épithélium ovarien. — M. CHAMPY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION NATIONALE DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

La Fédération nationale des Syndicats médicaux de France (F. N. S. M. F.) a été constituée définitivement le 14 mars dernier et ses Statuts ont été votés par les délégués des Syndicats adhérents.

La base de son organisation est l'*autonomie syndicale* et la décentralisation.

Le Bureau et le Conseil, auxquels sont adjointes des Commissions nommées par les Assemblées générales, sont surtout chargés d'étudier les questions, de préparer et de coordonner les travaux des Syndicats; ils n'ont le droit de prendre des décisions exécutoires qu'en cas d'urgence ou s'ils en reçoivent le mandat de la majorité des syndiqués (majorité des trois quarts des suffrages exprimés soit dans les Syndicats par référendum, soit dans les Assemblées générales de la F. N.).

Les membres du Conseil sont nommés par les Collèges régionaux et ne peuvent être réélus plus de deux fois consécutives.

La F. N. a, comme article principal de son programme, la défense des principes de la médecine traditionnelle et n'admettra pas que ceux-ci soient violés en matière de médecine sociale. L'exercice de la médecine doit, pour être normal et moral, être basé, en toutes circonstances, sur le respect du secret professionnel, sur le libre choix absolu du médecin, sur le paiement direct des honoraires par le malade, sans que leur montant soit conditionné par celui des allocations versées aux ayants droit par les collectivités.

L' « entente directe » ainsi comprise (qu'il ne faut pas confondre avec le « paiement direct ») n'exclut pas l'établissement d'accords entre les Syndicats médicaux et les Collectivités à l'effet de permettre le fonctionnement des lois et règlements.

— Dans sa réunion du 18 avril dernier, la Commission des assurances sociales a étudié les modifications qu'il y avait lieu de proposer au législateur : la possibilité de soigner les malades suivant les principes de l'entente directe ne paraissant pas avoir été nettement prévue dans le dernier projet sénatorial.

Le Conseil de la F. N. a porté toute son attention sur les inconvénients de la loi de 1851 sur les hospitalisations, sur les augmentations de tarif des soins aux bénéficiaires de l'article 64, sur les propositions des Compagnies d'assurances fixant le tarif de la visite médicale, sur la création d'un Bulletin mensuel, organe officiel de la F. N., sur l'attitude que doit prendre la F. N. vis-à-vis des Pouvoirs publics et de l'Union des Syndicats.

Le Conseil a estimé qu'en présence de l'évolution de ce dernier groupement en faveur de l'entente directe, il y avait lieu de proposer l'établissement d'un front commun vis-à-vis de la

loi des Assurances sociales. Le Conseil de l'Union a été officiellement saisi de cette proposition.

Le Bureau de la F. N., pour 1926, est ainsi constitué : MM. les docteurs Michon, président d'honneur: Vanverts, président; Verger et Lapeyre, vice-présidents; Vauzanges, secrétaire général; Desrousseaux, secrétaire général adjoint; Bouvat, trésorier.

La correspondance doit être adressée au secrétaire général, M. le docteur Vauzanges, 25, rue Carnot, Romilly-sur-Seine (Aube). Téléph. 75.

LES APPELS DES MÉDECINS LA NUIT

Un médecin est réveillé au milieu de la uuit pour procéder à un accouchement difficile, mais quelques minutes après on l'avise que tout s'est bien passé et que l'enfant vient de naître. A-t-il droit à des honoraires, étant reconnu que le contre-ordre fut presque immédiat?

Non, a décidé M. Ducourneau, juge de paix de Béjà (Tunisie), dans un jugement récent, motif pris de ce que l'appel a eu lieu de bonne foi et qu'aucun préjudice n'a pu être justifié par le médecin.

LIVRES NOUVEAUX

Pancréatites chroniques avec ictère. Causes, diagnostic et traitement (1), par le docteur Pierre MALLET-GUY, interne lauréat des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie.

Comme l'indique, dans sa préface, M. le professeur Bérard, on connaît encore bien mal les pancréatites chroniques et, sous cette « expression anatomique », se groupent des faits cliniquement les plus divers. L'auteur dégage de ce chaos un syndrome clairement défini et très chirurgical : *Pancréatites chroniques avec ictère*.

Avant d'aborder le chapitre étiologique, il montre les diverses formes anatomiques et histologiques de la lésion, qui sont importantes à connaître, surtout en vue du diagnostic opératoire de l'affection.

Les causes de la pancréatite chronique avec ictère sont parfois nettes : affection biliaire (calcul cholédocien déjà évacué, cholécystites lithiasiques ou non), infections spécifiques. Elles restent parfois indéterminées et posent un important problème pathogénique.

A la suite de l'étude du *Diagnostic* clinique et opératoire, commence la discussion *Thérapeutique* dont les divers temps sont les suivants :

Nécessité d'assurer un drainage biliaire et discussion des interventions ne réalisant pas ce dispositif.

Valeur de la cholécystostomie.

Discussion des opérations cholédociennes (drainage à l'extérieur, anastomoses de la voie principale, drainage transvatérien).

Valeur des anastomoses biliaires.

Ici se place une étude approfondie des *résultats éloignés de la cholécystogastrostomie*, considérée comme le type de l'opération dérivatrice interne.

L'auteur conclut enfin en précisant les indications de ces diverses méthodes, faisant à la suite du professeur Bérard une large place à la cholécystostomie et en fixant les textes qui permettent dans les cas douteux de confirmer, après une intervention pour un ictère, le bien-fondé d'un diagnostic proposé de pancréatite chronique, L. G.

CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Le XXXVe Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 4 au 9 octobre 1926, sous la présidence de M. le professeur J.-L. Faure, membre de l'Académie de médecine.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès.

1° *Pathologie des ménisques du genou.* — Rapporteurs : MM. Mouchet (de Paris) et Tavernier (de Lyon).

2° *Opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes.* — Rapporteurs : MM. Gervais de Rouville (de Montpellier) et Mocquot (de Paris).

3° *Traitement des arthrites gonococciques en évolution.* — Rapporteurs : MM. Michel (de Nancy) et Mondor (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le *1er août* le titre et les conclusions de leurs communications au Secrétaire général, 12, rue de Seine, à Paris (VIe).

Extrait du règlement. — Les chirurgiens qui désirent faire partie de l'Association doivent envoyer au Secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut de ses anciens chefs de service.

XIXe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES (29 août-8 sept. 1926). — Le XIXe Voyage d'Etudes médicales, organisé par le docteur Maurice Gerst, sous la direction scientifique de M. le docteur Paul Carnot, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, et de M. le docteur Harvier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Bicêtre, directeur scientifique adjoint, aura lieu du 29 août au 8 septembre 1926.

Il se déroulera en Lorraine, en Alsace et dans les Vosges.

La visite qui avait été primitivement prévue aux stations de Spa et de Mondorf, pour aller saluer nos confrères belges et luxembourgeois, ne pourra avoir lieu cette année. Ces deux stations, de langue et de culture françaises, seront incorporées dans un autre voyage qui conduira le V. E. M. aux stations thermales et climatiques du Nord-Est de la France.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Gerst, 94, boulevard Flandin, Paris (XVIe).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 3 AU 8 MAI 1926)

THESES

Mardi 4 mai. — Jury : MM. Brindeau, président; J.-L. Faure, Vaudescal et Metzger. — M. MARQUET (L.). Etude de la sténose congénitale du col. — M. CAMUS (M.). De la bénignité des circulaires du cordon ombilical. — M. NICOLLEAU (R.). Etude de l'éclampsie postpartum.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Desgrez, président; Balthazard, Nicolas, Panisset, Petit et Robin. — M. CANAT. Le sulfarsénol au point de vue chimique, physiologique et thérapeutique. — M. DELRIEU. Action de l'ypérite sur la peau. — M. LEBEAU. De l'intoxication mercurielle chez le chien.

Mercredi 5 mai. — Jury : MM. Roger, président; Bernard, M. Labbé et Lemierre. — M. PERROT (J.). Recherches sur la toxicité urinaire. — M. DECAULNE (A.). Pneumothorax et grossesse. — M. TAMCHÈS (A.). Lécithine et cholestérine du sérum dans certains états pathologiques. — M. QUÉNÉE. Etude sur le delirium tremens.

Jury : MM. Sébileau, président; Couvelaire, Ombrédanne et Ecalle. — M. RAVINA. Thérapeutique de l'infection puerpérale. — M. TARTERAT. Etude de l'auto-hémo-sysothérapie en oto-rhino-laryngologie. — M. YOUCHNOVETZKY (J.). Ostéochondrite congénitale de la hanche. — M. WAGNER (Henri). Etude de l'otoplastie.

Jeudi 6 mai. — Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, Jeanselme et Aubertin. — M. PERDREAU (R.). Etude du cancer pleuro-pulmonaire. — M. VANDIER. Le chlorhydrate double de quinine dans le traitement des varices. — M. GANNAT (L.). La digestion dans les ptoses. — M. LACROIX (René). La splénomégalie au cours de la syphilis.

Jury : MM. Lejars, président; Cunéo, Lecène et Lemaître. — M. BERMANN (W.). Etude sur la myomectomie. — M. LAQUIÉRÉ. Relations du rein droit et de l'appendice. — M. AYZAC (Ch.). La calcification de bourses séreuses périarticulaires.

(1) Un vol. de 308 p. avec 7 pl. Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS
SIROP GIRARD
ême Composition
S'ordonne plus spécialement
en Médecine infantile
VIN GIRARD
Succédané de l'Huile de Foie de Morue
A. GIRARD
48 Rue d'Alésia. PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS
R. C., 32.028, Seine

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 29 avril. — MM. Carrié et Nicaud, 19,27; Cathala, 19,09; Boulin, 19,27.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 avril. — MM. Quénu, 20; Wilmoth, 18; Petit-Dutaillis, 20.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 avril. — MM. Raison, 17; Ruppe et Gornouec, 19.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Après concours M. le docteur Pesme a été nommé ophtalmologiste adjoint des hôpitaux. Il a été affecté à l'hôpital des Enfants.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Deuxième séance du 27 avril et séances des 28 et 29 avril. — Notes :

MM. Ricard, 15; Moulonguet, 17; Roux, 15; Brocq, 18; Wertheimer, 17; Aimes, 15; Chenut, 17; Dubouchet, 15; Swynghedauw, 17; Quénu, 18.

Séances du 30 avril. — M. Charbonnel : « Traitement chirurgical des pseudarthroses traumatiques chez l'adulte »; note : 17.

M. Gatellier : « Indications actuelles des thoracoplasties dans les affections chroniques du poumon »; note : 18.

M. Bardon : « Les indications actuelles de la splénectomie dans les splénomégalies chroniques »; note : 15.

M. Rochet : « Evolution des idées dans le traitement du cancer du rectum (curiethérapie exceptée) »; note : 17.

Séances du 1er mai. — M. de Gaudart d'Allaines : « Les ostéomes musculaires »; note : 19.

M. Richer : « Les indications thérapeutiques dans les ictères chroniques dits par rétention »; note : 14.

M. Ferrari : « Les plaies des artères. Indications et résultats comparés de la ligature, de la suture et de la greffe »; note : 14.

M. Bonniot : « Indications chirurgicales dans la maladie de Basedow »; note : 17.

MÉDECINE. — *Exposé de titres.* — Notes :

MM. Duthoit, 13; Chevallier, Morenas et Neyrac, 16; Nové-Josserand, 10; Piéchaud, 16; Dumas, 17; Donzelot, Bernheim, Langeron et Pagès, 16; Drouet, 13; Tzanck et Stévenin, 16; Piéri, 15; Lebon, 16; Aubertin, 17; Gernez, 16; Vallery-Radot, 17; Puech et Damade, 16; Guy-Laroche, 17; Baumel, 11; Feuillié, 15; Gravier, 12; Legrand et Devic, 15; Riser et Dechaume, 16; Bertoye, 15; Bénard (H.), Ben-Hamou, Moreau et Auguste, 16; Paraf, 15; Bordet, Troisier et Gardère, 14; Hutinel, 16; Roques, 14; Weill (M.-P.) et Barbier, 17; Bocca et Renaud, 14; Cathala, 15; Haguenau, Dufourt, Simonin, Bénard (Ed.), Hanns et Gaté, 16; Chabrol, 17; Weissenbach et Boulet, 16; Pujol, 15.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — Séances du 30 avril. — M. Duthoit : « Tuberculose pulmonaire fibreuse »; note : 14.

M. Chevalier : « Pleurésie interlobaire »; note : 17.

M. Morenas : « Formes cliniques de l'obésité »; note : 11.

M. Neyrac : « De l'hypothyroïdie »; note : 15.

M. Piéchaud : « Syndromes pseudo-bulbaires »; note : 14.

Séances du 1er mai. — M. Dumas : « Hémophilie »; note : 16.

M. Donzelot : « Syphilis broncho-pulmonaire de l'adulte »; note : 16.
M. Bernheim : « Formes cliniques des phlébites des membres »; note : 13.
M. Langeron : « Formes cliniques de l'insuffisance hyposaire »; note : 17.
M. Pagès : « Maladie bleue »; note : 15.
M. Drouet : « Symphyse cardiaque »; note : 10.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séance du 25 avril. — M. Bénard : « La greffe animale »; note : 17.
M. Troisier : « Diabète pancréatique expérimental »; note : 16.
Total des points : MM. Bénard, 50 1/2 ; Troisier, 48.

BACTÉRIOLOGIE. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — M. Gastinel : « Les streptococcémies »; note : 18.
M. Hauduroy : « Streptococcies »; note : 16.
Total des points : MM. Gastinel, 56; Hauduroy, 52.

NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE. — Jury : MM. Guillain, président; Abadie, Raviart et Pfendorff.
Epreuve pratique. — Séance du 26 avril. — MM. Devic, 15; Cellier, 16; Lévy-Valensi, 18; Heuyer, 19; Molin de Teyssieu, 14; Alajouanine, 20.
Exposé de titres. — MM. Heuyer, 18; Alajouanine, 19; Ceillier, 18; Lévy-Valensi et Devic, 19.
Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Ceillier : « Transformations morbides du caractère consécutives à l'encéphalite épidémique »; note : 18.
M. Heuyer : « Les myasthénies »; note : 18.
M. Alajouanine : « Les états mentaux simulant la démence précoce »; note : 18.
M. Devic : « Les catatonies »; note : 18.
M. Lévy-Valensi : « L'anxiété »; note : 18.
Total des points : MM. Alajouanine, 58; Heuyer et Lévy-Valensi, 55; Cellier et Devic, 52.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Jury : MM. J. Tapie, président; Paviot, Masson et de Jong.
Exposé de titres. — MM. Martin, Oberling et Leroux, 19.
Epreuve pratique. — MM. Leroux, 19; Martin et Oberling, 18.
Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Leroux : « Dégénérescence wallérienne et régénération des nerfs périphériques »; note : 18.
M. Martin : « Pneumonie caséeuse »; note : 17.
M. Oberling : « Tumeurs épithéliales des maxillaires d'origine dentaire »; note : 19.
Total des points : MM. Leroux et Oberling, 56; Martin, 54.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — M. le docteur Blottière, maire du VIIe arrondissement, vient d'être nommé membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — Il est créé, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, une chaire d'hydrologie et une chaire de chimie organique et minérale. (*J. O.*, 30 avril 1926.)

HOMMAGE A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR GEORGES GOUY. — Sur l'initiative de M. le professeur Depéret, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, membre de l'Institut, un Comité vient de se former pour rendre un hommage à la mémoire du grand physicien Georges Gouy, professeur à la Faculté des sciences de Lyon, membre de l'Institut, décédé au mois de janvier dernier.

Le Comité, composé de collègues et d'élèves de l'illustre savant, se propose de placer au mois d'août prochain une plaque commémorative sur la maison natale de Georges Gouy à Vals-les-Bains (Ardèche).

Cet hommage était dû à l'auteur de tant de belles découvertes relatives à la vitesse de la lumière, à la propagation des ondes sphériques de faible rayon, à la diffraction éloignée, enfin aux théories moléculaires qui sont à la base de la physique moderne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES RISQUES PROFESSIONNELS DES INTERNES DES HÔPITAUX

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a, sur le rapport du docteur Crouzon, adopté le principe du mémoire du directeur général, M. Mourier, tendant à assurer les internes des hôpitaux contre les risques professionnels.

Voici les dispositions essentielles de ce mémoire :

Le droit à un dédommagement est reconnu : aux internes des hôpitaux en exercice affectés d'infirmités résultant du service hospitalier; aux veuves et orphelins, sous certaines conditions, des internes morts à la suite d'un accident ou d'une affection contractée dans l'exercice de leurs fonctions.

Une allocation définitive sera attribuée lorsque l'infirmité sera reconnue incurable dans tous ses éléments. Une allocation temporaire sera concédée tant que l'infirmité ne sera pas reconnue incurable.

Les ascendants des élèves décédés immédiatement ou, si le décès survient ultérieurement à l'attribution à l'élève d'une allocation temporaire ou définitive, notoirement des suites de la blessure ou de l'affection contractée dans le service hospitalier, pourront prétendre à la jouissance d'allocations renouvelables.

Le taux des allocations annuelles définitives ou temporaires est fixé sur la base de 6.000 francs pour une invalidité de 100 p. 100. En cas d'invalidité partielle, le taux est fixé par référence au degré d'invalidité apprécié de 5 en 5 jusqu'à 100 p. 100. L'allocation temporaire ou définitive accordée à un élève sera, dans tous les cas, majorée d'une indemnité annuelle pour charges de famille.

MOUTARD-MARTIN

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort, après quelques jours de maladie, de notre distingué collègue et ami Robert Moutard-Martin, médecin honoraire des hôpitaux.

Né le 9 décembre 1850, neveu du docteur Edouard Moutard-Martin qui avait acquis une notable réputation, notre regretté confrère fit ses études à Paris et fut reçu en 1873 à l'internat dans la même promotion que Cuffer, Tapret, Edouard Schwartz, Ribemont-Dessaignes, Oulmont, Porak, Kirmisson, Balzer, etc.

Nommé médecin des hôpitaux en 1880, il devint, à son tour, chef de service en 1884. Il passa la plus grande partie de sa carrière hospitalière à la Charité où il a laissé les souvenirs d'un excellent praticien, entièrement dévoué à ses malades et à ses élèves, d'une conscience et d'une bonté parfaites, accomplissant simplement et modestement sa besogne quotidienne, fuyant le bruit et la réclame, d'une parfaite correction professionnelle, d'une charmante amabilité à l'égard de ses collègues, d'une entière fidélité à ses amis.

Il a fait, surtout à la Société médicale des hôpitaux, de nombreuses communications, plus spécialement sur les affections pleuro-pulmonaires.

Nous saluons en lui une de ces belles et honorables figures médicales qui, comme moyen d'arriver, n'ont jamais connu que le travail.

Nous prions sa famille de trouver ici l'expression de notre condoléance émue.

A. BROCHIN.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL COCHIN

LES VARICES

Par le professeur Pierre DELBET.

Le malade que je vous présente est atteint de varices bilatérales, mais vous remarquez tout de suite que du côté droit les dilatations veineuses sont infiniment plus marquées qu'à gauche. Il y a quatre ans, cet homme a subi la résection de paquets variqueux à la jambe et à la cuisse. La résection a été faite successivement, à quelques mois d'intervalle, du côté droit puis du côté gauche.

L'opération n'a eu aucun effet utile. Si ce malade avait guéri j'en aurais été, je vous l'avoue, tout à fait désolé : c'eût été un démenti à ce que j'enseigne depuis de longues années.

Les varices de notre malade sont énormes. Au côté droit en particulier la peau est soulevée par des dilatations vraiment gigantesques. Cependant il, n'existe aucun trouble trophique : ni pigmentation ni eczéma, encore moins d'ulcère variqueux. Vous pouvez en conclure, et vous aurez raison, qu'il n'y a aucune relation entre le volume des varices et les troubles qui si souvent les accompagnent.

Voyons d'abord quelles constatations nous pouvons faire sur l'état de le circulation veineuse dans le membre inférieur. Nous verrons ensuite à quelles déductions pathogéniques cela nous conduit.

Je prie un de mes assistants de soulever la jambe au-dessus du plan du lit. Aussitôt, les saillies ampullaires disparaissent. Les veines se vident dès que le niveau de la jambe s'élève au-dessus de celui de l'oreillette droite. A la racine de la cuisse, le niveau reste sensiblement le même que celui du cœur ; vous constatez qu'en ce point les ampoules veineuses restent saillantes. Toutes ces ampoules veineuses se comportent exactement vis-à-vis de l'oreillette droite comme autant de vases communicants.

Remarquez en passant que là où les veines sont parfaitement vidées les saillies si marquées tout à l'heure sont remplacées par des dépressions. L'amincissement extrême, non seulement de la paroi veineuse, mais aussi du derme, n'oppose plus aucune résistance à la pression atmosphérique. Derme et paroi veineuse se laissent déprimer en de véritables godets.

Examinons maintenant le malade debout. Les veines se remplissent immédiatement. Sous l'influence d'un effort, de la toux par exemple, dès que la pression augmente dans la cavité thoraco-abdominale, mon doigt appliqué sur une saillie veineuse perçoit une augmentation de volume et de tension : c'est le phénomène de l'impulsion. L'augmentation de volume est visible, vous le constatez à distance.

Tout à l'heure quand le malade était couché et que pour vider les veines j'ai prié mon aide de soulever la jambe, vous m'avez entendu recommander au malade de ne pas aider à cette manœuvre, de ne pas contracter ses muscles. Le moindre effort de sa part aurait contrarié l'expérience, empêché le sang de s'écouler librement vers la cavité thoracique sous l'influence de la pesanteur.

Nous allons d'ailleurs répéter cette manœuvre et vider à nouveau les veines par élévation de la jambe, Cette fois, vous me voyez placer à la partie moyenne de la cuisse un lien de caoutchouc circulaire. Je serre suffisamment pour interrompre la circulation dans le système veineux superficiel, pas assez pourtant pour l'interrompre dans les vaisseaux profonds.

Le lien appliqué, le malade s'étant mis debout, la différence entre les deux membres inférieurs est saisissante. A gauche, où il n'y a pas de lien, les varices sont aussi volumineuses que tout à l'heure. A droite, au-dessous du lien les varices ont disparu ; au-dessus du lien les veines forment des bosselures considérables.

Je lâche le lien, et aussitôt vous voyez la colonne sanguine tomber littéralement de haut en bas et distendre la saphène et ses affluents. Ces expériences nous démontrent de manière péremptoire, qu'il n'y a plus de valvules dans le système de la saphène, ou plutôt que les varices sont dues à un trouble purement mécanique, l'insuffisance valvulaire.

Les valvules sont disposées de telle sorte qu'elles laissent librement couler le sang des capillaires vers le cœur, mais s'opposent absolument à son reflux en sens inverse. Il en résulte que toute espèce de pression, agissant sur une veine à valvules normales, a toujours pour résultat de faire cheminer vers le cœur une certaine quantité de sang et le sang qui a franchi un échelon valvulaire l'a définitivement gagné. Il ne saurait rétrograder.

Au contraire, quand les valvules sont forcées les pressions qui agissent sur les veines peuvent faire refluer le sang vers les capillaires.

A l'état normal, il existe au-dessous de l'arcade fémorale une valvule sur la veine fémorale. Lorsque cette valvule est puissante elle assure le sujet contre les varices. Mais cette valvule, ainsi que je l'ai montré avec mon élève et ami Mocquot, est malheureusement insuffisante dans un tiers des cas.

Le sujet est alors exposé aux varices. Il n'y est pas condamné, car il lui reste encore une valvule pour protéger tout le système saphène. Cette valvule est située à l'embouchure de la saphène dans la fémorale. Si cette valvule est insuffisante, l'hypertension apparaît dans le système saphène, et de cette hypertension résultent les varices. L'hypertension est le phénomène primitif, la dilatation n'est que secondaire. Un malade peut présenter des dilatations veineuses au niveau de la jambe, la saphène étant de volume normal à la cuisse, il n'en est pas moins atteint d'insuffisance valvulaire. J'ai pu donner de ce fait une démonstration particulièrement saisissante sur un malade qui était entré dans mon service pour une hémorragie par rupture de varices. Cet homme présentait une petite dilatation veineuse vers le tiers moyen du mollet, qu'il qualifiait de verrue étoilée et qui ne l'inquiétait nullement.

Un beau jour, en déjeunant il fut surpris par la sensation d'un liquide tiède coulant le long de la jambe jusque dans son soulier. Sa stupeur fut grande en constatant que ce liquide était du sang. Retenez cette symptomatologie, l'absence de toute douleur; l'effort suffisant pour amener la rupture d'une veine variqueuse se produit à l'insu du malade. Retenez aussi qu'aucun pansement n'arrête ces hémorragies, et qu'un lien sur la jambe au-dessus du point qui saigne, bien loin d'arrêter l'écoulement sanguin, ne fait que l'augmenter. Une seule manœuvre est efficace mais elle l'est toujours et immédiatement : *l'élévation du membre inférieur au-dessus du plan du lit.* J'opérai ce malade qui ne présentait aucune dilatation veineuse de la cuisse et durant l'opération

Leçon recueillie par un de nos collaborateurs, revue par le chef de clinique et publiée avec l'autorisation du professeur.

j'introduisis dans le bout central de la saphène un tube relié à un manomètre à mercure. Si la valvule ostiale de la saphène avait été suffisante, la pression enregistrée aurait été nulle, or elle était de 1cm6. J'opérais sous anesthésie locale et je pus faire lever le malade ; la pression sur le sujet debout monte à 4 centimètres. Je priai alors cet homme tandis qu'il était debout de faire un effort; la colonne de mercure atteignit 16 centimètres. A ce moment, mon opéré, qui commencait à prendre un vif intérêt à l'expérience, me déclara qu'il pouvait faire beaucoup mieux : c'était un fort de la Halle. Il se raidit dans un effort puissant comme celui qu'il faisait pour porter un sac de 100 kilogrammes. La pression atteignit alors 26 centimètres de mercure, soit presque le double de la pression artérielle.

Ainsi, messieurs, sur ce sujet, l'insuffisance valvulaire était indiscutable, et pourtant la saphène nullement dilatée. L'insuffisance valvulaire précède donc la dilatation. Non seulement elle la précède, mais elle en est la cause. Dans les anévrismes artérioso-veineux la communication entre une artère et une veine entraîne comme dans les varices une hypertension importante dans le système veineux.

Cette hypertension, qui d'après Braman atteint 6 à 8 centimètres de mercure, suffit à amener des modifications des veines. Leur paroi s'épaissit, on dit qu'elles s'artérialisent. De même dans les varices, la première conséqence de l'hypertension n'est pas nécessairement la dilatation. Pour lutter contre une élévation de pression anormale les parois des veines s'épaississent. Pendant un temps variable les veines luttent contre l'hypertension, mais elles finissent par être forcées. A la phase de compensation succède celle d'asystolie. C'est à cette phase qu'est arrivé notre malade.

J'espère vous avoir prouvé que les varices ont pour cause l'insuffisance valvulaire. A quoi est-elle due? Je suis persuadé pour ma part qu'il s'agit d'une malformatien comparable à celle de la hernie dite congénitale. La persistance du canal péritonéo-vaginal est toujours congénitale, et pourtant la hernie n'apparaît souvent que tardivement et à l'occasion d'un effort. De même la valvule congénitalement malformée peut n'être forcée que tardivement, tantôt progressivement sous l'influence d'efforts relativement modérés longtemps additionnés, tantôt brusquement sous l'influence d'un effort considérable.

La théorie pathogénique de l'insuffisance valvulaire n'est pas la seule; d'autres ont été invoquées. Celle de la diathèse, qui fait jouer le principal rôle aux altérations pariétales de la paroi veineuse. Cette théorie cadre bien mal avec le nombre considérable des cas de varices observés chez des sujets jeunes, avec la présence des varices strictement unilatérales. L'observation du fort de la Halle que je vous citais tout à l'heure démontre que l'altération pariétale n'est pas primitive, mais secondaire. Cette observation est loin d'être isolée. J'ai eu l'occasion d'observer un nombre considérable de malades semblables. Lorsque j'étais jeune chirurgien du bureau central, j'ai fait une consultation où j'ai pu examiner plus de 1.200 variqueux. Sur tous j'ai pu mettre en évidence l'insuffisance valvulaire. Je n'ai jamais rencontré, au cours de ma carrière, un seul variqueux dont l'examen ait donné un démenti aux opinions que je défends. Et pourtant mon collègue et ami Alglave, fidèle aux enseignements de Verneuil, reste le champion d'une autre théorie mécanique, celle du coup de bélier. Verneuil pensait que les varices superficielles, celles que nous observons couramment, qui ont pour siège le système de la saphène, sont secondaires à des varices profondes. Vous avez tous entendu parler des varices internes. Le nombre des profanes qui peuvent être atteints de cette affection cachée est considérable, et l'expression a fait fortune, même en dehors du milieu médical. Or, je vous affirme que les varices internes n'existent pas.

Vous savez qu'il existe au niveau du triceps sural, en particulier dans l'épaisseur du soléaire, des plexus veineux volumineux et nombreux. Leur rôle est considérable dans la circulation veineuse du membre inférieur à cause des anastomoses qui unissent ces plexus intra-musculaires aux veines profondes d'une part, aux veines superficielles de l'autre. La théorie dite du coup de bélier est la suivante : sous l'influence de la marche et de la contraction musculaire le sang est brusquement chassé, exprimé du système veineux profond dans le système veineux superficiel. Au point où les vaisseaux communicants s'abouchent dans la saphène interne, se produit un véritable choc : le coup de bélier qui entraîne la dilatation de la saphène.

Pour que la théorie du coup de bélier fût fondée, il faudrait que normalement le sang s'ecoulât des veines profondes vers les veines superficielles, que les valvules situées dans les communicants fussent orientées de telle façon que le sang puisse s'écouler du système veineux profond vers le système veineux superficiel. C'est juste le contraire. Il y a longtemps que M. Le Dentu a montré que les valvules des communicants sont orientées de manière à favoriser le cours du sang du système veineux superficiel vers le système veineux profond. Les plexus veineux intramusculaires loin d'être pathologiques sont une disposition anatomique normale. Vous allez pouvoir constater sur ce malade dans quel sens se fait la circulation entre les veines profondes et les superficielles. Je place à nouveau un lien élastique autour de la cuisse, sur le sujet debout et sans prendre soin de vider ses varices, puis je le fais marcher devant vous. Sous l'influence de la marche, vous voyez les varices disparaître, les veines superficielles se vider dans les veines profondes. La contraction des muscles de la jambe, bien loin de chasser le sang dans les veines superficielles le chasse directement vers le cœur. Dans un second temps, chaque fois que dans la marche les muscles se relâchent, la pression dans le système veineux profond devient négative. Le sang est alors pompé de la saphène interne vers les veines profondes. Le soléaire fonctionne comme une véritable pompe aspirante et foulante, aspirant le sang du système saphène et le refoulant vers le cœur.

Si les communicants sont insuffisamment développés, si leurs valvules sont forcées, l'influence de la marche devient presque nulle. Il en résulte des indications thérapeutiques spéciales que je ne puis vous exposer aujourd'hui. Retenez pourtant de cette dernière expérience que la jarretière bien loin d'être nuisible est salutaire aux variqueux, et que la marche leur est favorable. La station debout immobile leur est au contraire préjudiciable au maximum.

La paroi veineuse a dans ces conditions le maximum de charge à supporter.

Je vous ai montré qu'il n'y avait pas de relation immédiate entre l'insuffisance valvulaire et l'ectasie veineuse; dès le début de cette leçon j'ai attiré votre

attention sur l'absence de troubles trophiques sur ce membre atteint d'une dilatation variqueuse au-dessus de la moyenne. Les ulcères variqueux sont une conséquence de l'insuffisance valvulaire, mais ils ne sont nullement en rapport avec le degré des altérations de la paroi veineuse. Les troubles trophiques des variqueux ne sont pas la conséquence comme on l'a cru d'altérations nerveuses, les troubles circulatoires suffisent à l'expliquer. Représentez-vous la situation : le sang ne peut, de la saphène, gagner directement l'oreillette droite; la seule voie qui s'offre à lui est celle que vous venez de lui voir prendre, lorsque sous vos yeux les veines se sont vidées dans le système veineux profond pendant la marche; des veines tibiales postérieures le sang a gagné par la poplité la fémorale, mais arrivé à l'embouchure de la saphène, une bonne partie va refluer dans cette dernière et accomplir le même circuit. Il s'établit ainsi une sorte de circulus veineux dans lequel le sang, qui jamais n'atteint le poumon perd de plus en plus ses propriétés vivifiantes. Ajoutez à cela que sous l'influence des efforts le sang, dans le domaine de la saphène, atteint, dépasse même parfois la pression artérielle; vous concevez dans quelles conditions défectueuses se fait la circulation au niveau des capillaires.

Ainsi se trouvent expliqués les faits d'apparence paradoxale dans lesquels avec de volumineuses varices il n'y a pas d'altérations nutritives, et ceux où, avec des varices d'apparence insignifiante les troubles trophiques sont importants. Dans les deux cas il y a une insuffisance valvulaire, une hypertension dans le système veineux.

Le malade a été opéré. Il a subi une résection étendue des paquets variqueux à la cuisse et à la jambe. La récidive s'est produite. Elle était fatale. Pourquoi? Vous le devinez. Parce qu'on a respecté la portion de la saphène voisine de son embouchure dans la fémorale. Or de cette portion se détachent des branches anastomotiques qui ont permis aux varices de se reconstituer. Pour guérir ce malade, et pour le guérir cette fois radicalement il nous suffira de réséquer le saphène au ras de son embouchure dans la fémorale. Les varices disparaîtront-elles? Non. Les dilatations veineuses resteront longtemps persistantes, peut-être même indéfiniment, étant donné l'état de distension auquel est parvenue la paroi veineuse.

Ce que nous aurons supprimé, c'est la cause du mal, l'insuffisance valvulaire et cette cause supprimée, même si la dilatation veineuse persiste, le malade ne souffrira plus. Il n'y aura plus de reflux dans les veines superficielles. Notre homme sera à l'abri de toutes les complications des varices.

Toute la pathogénie des varices peut se résumer en ces deux phrases : On n'observe jamais de varices au-dessous de valvules suffisantes; inversement on ne trouve jamais de valvules suffisantes au-dessus d'un paquet variqueux.

Clinique médicale de l'hôpital Beaujon (2e série), par Ch. Achard, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Un volume de 338 pages avec 63 figures. — Prix : 24 fr. — Paris, Masson et Cie.

La diurèse. Une nouvelle méthode d'exploration, par R. Porak, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-16 de 248 pages, avec 76 graphiques dans le texte. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ACTUALITÉS

LA RACHIFIBRINIMÉTRIE.

DIAGNOSTIC DE LA NATURE INFLAMMATOIRE OU MÉCANIQUE DES DISSOCIATIONS ALBUMINO-CYTOLOGIQUES DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN (1).

Par le docteur Léon Pollet,
Ancien interne médaillé d'or des hôpitaux de Paris.

Il existe deux variétés de dissociations entre la quantité d'albumine et le nombre de cellules du liquide céphalo-rachidien; l'une au profit de l'albumine : dissociation *albumino-cytologique*; l'autre en faveur des cellules : dissociation *cyto-albuminique*. L'une et l'autre peuvent être absolues ou relatives, évidentes ou ébauchées.

La dissociation albumino-cytologique est celle qui a la plus grande valeur séméiologique à tous ses degrés, depuis la simple hyperalbuminose résiduelle jusqu'au syndrome de Froin-Babinski. Elle s'observe dans les états pathologiques les plus variés.

Nous n'hésitons pas à les ranger sous deux chefs, suivant la nature de l'hyperalbuminose qu'ils provoquent : *mécanique* ou *inflammatoire*, bien qu'il puisse exister des cas intermédiaires mixtes, rarement d'ailleurs au point de masquer la prédominance de l'une ou de l'autre origine.

A. Dissociation albuminocytologique mécanique. — C'est la plus fréquente, au moins pour les faits vraiment dignes de ce nom.

1° Longtemps elle fut considérée comme presque pathognomonique d'une *compression médullaire*, depuis les travaux de Sicard et Foix. Cette affection occupe encore la première place dans l'étiologie de cette dissociation qui y est presque constante et y réalise les hyperalbuminoses les plus accusées, souvent même le syndrome de Froin. Insistons seulement sur ce fait que les ponctions étagées ne peuvent préciser constamment le siège de la compression médullaire. Il a été, en effet, récemment démontré qu'une hyperalbuminose intense, et même la xanthochromie peuvent s'observer au-dessus de la compression, en particulier dans les tumeurs de la queue de cheval, et cela même lorsque le blocage est complet, s'il s'agit d'une tumeur très vasculaire. Pour les compressions de siège plus élevé, la xanthochromie sus-tumorale indique d'ordinaire un blocage imparfait. Il faut donc guider l'intervention chirurgicale par des moyens autres que les seules ponctions étagées.

2° En second lieu, comme facteurs de la dissociation albumino-cytologique, viennent les *tumeurs cérébrales*. Elles réalisent d'ordinaire des dissociations moins accusées mais peuvent cependant provoquer un syndrome voisin de celui de Froin, dit syndrome de Rindfleisch.

A la condition de ne pas se contenter, dans la mesure du possible, d'une seule ponction lombaire, la fréquence de la dissociation est telle dans les tumeurs cérébrales qu'à notre avis elle revêt, au cours d'un syndrome clinique d'hypertension intracranienne, une importance diagnostique aussi grande que l'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui, elle aussi, est inconstante dans ces faits.

(1) *Th. de Paris*, 1926; J.-B. Baillière, éditeur. — Du très remarquable travail de notre excellent collègue Pollet, nous extrayons les conclusions qui sont une véritable mise au point de la question.

L'hyperalbuminose est d'ailleurs indépendante de cette hypertension humorale, ainsi que de la stase papillaire. Elle n'a pas de relation directe avec la nature de la tumeur. Le siège lui-même de la tumeur dans l'axe nerveux n'a qu'une importance indirecte ; en ce sens que, ce qui importe surtout pour provoquer la dissociation, ce sont les rapports de la néoplasie avec les vaisseaux sanguins. Et c'est parce que ces rapports sont plus intimement réalisés dans les tumeurs du tronc cérébral que celles-ci s'accompagnent d'une hyperalbuminose plus précoce et plus intense que les autres néoplasies intracraniennes.

3° Après les compressions médullaires et cérébrales, viennent les *compressions radiculaires*, dans l'étiologie de la dissociation albumino-cytologique mécanique. Tous les syndromes funiculaires peuvent la provoquer, mais surtout les funiculites que Sicard considère comme le substratum de nombreuses algies, et en particulier des sciatiques dites essentielles où l'albuminose est cependant plus modérée que dans les tumeurs.

Peut-être faut-il considérer certains faits comme des cas mixtes, formant en quelque sorte transition avec les hyperalbuminoses inflammatoires des syndromes dits polynévritiques.

4° Plus rares sont les dissociations albumino-cytologiques qui peuvent accompagner certaines *hémorragies cérébrales* ou le *ramollissement cérébral* au début. Mais ici le tableau clinique est d'ordinaire assez net pour qu'on n'attende pas de l'existence d'une telle dissociation d'importants renseignements diagnostiques.

Nous n'insisterons pas sur la phase éphémère des *hémorragies méningées* où l'on rencontre la dissociation albumino-cytologique, qui n'a dans ces faits qu'un intérêt médiocre par rapport à la dissociation xantho-albuminique qui lui succède. Mais on peut rapprocher de cette affection les *commotions cérébrales traumatiques* sans hémorragie méningée patente où la présence d'une hyperalbuminose isolée, parfois durable, a une grande valeur pour confirmer l'existence d'une lésion organique réelle, en l'absence bien entendu de toute autre cause concomitante de lésion du névraxe.

B. DISSOCIATION ALBUMINO-CYTOLOGIQUE INFLAMMATOIRE. — 1° De même que le type de la dissociation mécanique est provoqué par les compressions médullaires, de même il nous paraît que le type de la dissociation inflammatoire s'observe dans les *paralysies diphtériques*. Cependant, pour être de règle, l'hyperalbuminose isolée y est moins fréquente et moins accusée que dans les compressions. En règle générale, elle est sensiblement parallèle aux accidents cliniques nerveux, augmentant puis s'atténuant avec eux, et cette évolution régressive est habituelle dans toutes les hyperalbuminoses inflammatoires, contrastant avec l'évolution progressive des hyperalbuminoses mécaniques.

2° Tous les syndromes dits polynévritiques peuvent présenter cette dissociation, et surtout le syndrome qu'on peut appeler *polyradiculo-névrite aiguë bénigne* caractérisée par son début brusque ou rapide, ses paralysies flasques presque généralisées d'emblée, son évolution prompte vers la guérison et la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Ce syndrome revêt en somme l'aspect d'une paralysie diphtérique, mais il n'est pas dû au bacille de Klebs-Lœffler et ne débute pas par une paralysie vélo-palatine.

3° La dissociation albumino-cytologique est assez fréquente, sinon de règle, dans l'*abcès du cerveau*. Et quand les commémoratifs habituels manquent, quand la symptomatologie infectieuse est absente ou estompée, seul le diagnostic de la nature inflammatoire de l'albuminose, par les moyens que nous allons indiquer, permet de conclure à un abcès du cerveau et non à une tumeur cérébrale, en présence d'un syndrome d'hypertension intracranienne, du moins lorsque la réaction de Wassermann est négative dans le liquide céphalo-rachidien.

4° Moins importantes sont les autres causes de dissociation inflammatoire, car le liquide rachidien, bien plus souvent que dans les affections précitées, s'y montre variable, diversement altéré ou intact, de sorte que la dissociation albumino-cytologique ne peut avoir ici de valeur diagnostique. Citons seulement quelques cas de *poliomyélite antérieure aiguë*, de *neuro-myélite optique*, de *myélite nécrotique*. Mentionnons spécialement certaines *névraxites toxi-infectieuses* diverses, mal déterminées, qui ont ce caractère commun de présenter une dissociation albumino-cytologique. D'ailleurs elles s'apparentent à l'*encéphalite épidémique* qui montre parfois cette dissociation et particulièrement dans sa variété dite « périphérique ».

5° Enfin, dans la *neuro-syphilis*, la dissociation est relativement rare, par rapport à la grande fréquence. L'hyperalbuminose isolée du liquide y est surtout : soit précoce, ayant la valeur d'un signe d'alarme nécessitant une thérapeutique active ; soit tardive, revêtant un pronostic d'autant moins grave que la syphilis est plus ancienne. Il s'agit alors d'hyperalbuminose résiduelle qui par elle-même, en dehors de toute spécificité connue, n'a pas la valeur diagnostique presque absolue qu'on lui a attribuée, car elle peut s'observer dans une foule d'affections neurologiques, à la vérité moins fréquentes que la neuro-syphilis. C'est pourquoi elle doit inciter à rechercher cette dernière par tous les moyens cliniques et biologiques et peut alors fournir des indications thérapeutiques.

***

Cette distinction des dissociations albumino-cytologiques en mécaniques et inflammatoires n'est pas une simple conception théorique. Nos recherches pathogéniques démontrent sa réalité.

Nous avons été conduit à la notion d'une hyperalbuminose purement mécanique par l'étude de l'origine de la xanthochromie des liquides de compression. Celle-ci est due au pigment du plasma sanguin et n'apparaît que lorsque les albumines du plasma transsudé atteignent un taux d'environ 1g50 par litre de liquide céphalo-rachidien, ne s'accusant un peu que lorsque l'hyperalbuminose augmente beaucoup, réalisant une véritable dissociation albumino-xanthique. Elle s'oppose à la xanthochromie des hémorragies méningées due à l'hémolyse des globules rouges et réalisant une dissociation xantho-albuminique.

Nous avons vérifié l'identité des principaux caractères physiques et chimiques du liquide rachidien des compressions et du plasma sanguin des malades atteints de ces affections. Et nous en concluons que l'hyperalbuminose mécanique est due essentiellement à la transsudation de plasma dans les espaces sous-arachnoïdiens, conséquence d'une gêne circulatoire locale.

Au contraire, les hyperalbuminoses inflammatoires ont des caractères chimiques nettement différents de ceux des albumines sanguines. Elles traduisent l'exsudation dans le liquide rachidien d'une sérosité pathologique, conséquence d'un œdème inflammatoire.

Nous avons pu les caractériser d'une façon pratique, par la mise en évidence dans le liquide rachidien du meilleur test chimique des inflammations humorales ; la fibrine ou plutôt son générateur : le fibrinogène. Mais ce qui importe, ce n'est pas la quantité absolue de ce fibrinogène qui peut être élevée dans un liquide de compression très hyperalbumineux (le plasma transsudant avec son fibrinogène); ce qui importe, c'est la proportion de fibrinogène par rapport à l'albumine totale ou coefficient $F = \frac{\text{fibrinogène}}{\text{albumine totale}}$. Il est facile de le calculer indirectement par simple soustraction, après un double dosage de l'albumine totale, avant et après précipitation du fibrinogène. Ce coefficient qui oscille entre 1/15 et 1/20 dans l'hyperalbuminose mécanique, à peu près comme dans le plasma sanguin, dépasse 1/10 pour atteindre 1/5, 1/3 et plus dans l'albuminose inflammatoire.

L'étude comparative des réactions habituellement pratiquées dans le liquide céphalo-rachidien nous permet de conclure que la réaction de Weichbrodt, utilisée pour la recherche des globulines, semble spécifique du fibrinogène, qui est d'ailleurs une globuline.

Il serait utile d'établir une échelle colorimétrique faisant de la réaction de Weichbrodt une réaction quantitative et non qualitative, et d'en rapporter les résultats au chiffre total d'albumine — exactement comme pour le taux de fibrinogène et pour les mêmes raisons.

Enfin, la réaction du benjoin colloïdal — lorsqu'il y a précipitation dans les cinq premiers tubes, nous paraît un témoin de l'inflammation, d'autant plus précieux qu'elle est plus sensible que la réaction de Weichbrodt. Elle ne relève cependant aucunement d'un processus chimique d'hyperalbuminose ou d'hyperfibrinose, mais objective seulement des modifications physiques d'équilibre colloïdal.

Le simple élargissement vers la droite de la zone de précipitation normale, ou une précipitation anarchique dans les tubes extrêmes, séparés par des tubes intercalaires sans précipitation, peuvent s'observer dans les hyperalbuminoses mécaniques au même titre, semble-t-il, que dans du sérum sanguin suffisamment dilué.

Quant à la réaction de Wassermann, si elle coexiste d'ordinaire avec un certain degré d'hyperalbuminose inflammatoire, elle nous paraît quasi-pathognomonique d'une inflammation toute spéciale, la syphilis.

En résumé, une proportion élevée de fibrinogène par rapport à l'albumine totale, une forte positivité de la réaction de Weichbrodt et de celle du benjoin colloïdal permettent d'affirmer le caractère inflammatoire de la dissociation albumino-cytologique. En présence d'une hyperalbuminose isolée, les méthodes actuelles d'examen n'amènent pas toujours à un diagnostic exact. Et la notion de la nature de cette hyperalbuminose ajoute souvent à sa valeur séméiologique un appoint capital : dans certains cas, elle peut seule différencier d'emblée sans attendre des signes évolutifs, un abcès du cerveau ou certaines névraxites d'une tumeur cérébrale ; certaines myélites infectieuses ou une radiculo-névrite aiguë bénigne d'une compression médullaire, une commotion cérébrale d'une neuro-syphilis méconnue, etc.

*
**

Quant à la dissociation cyto-albuminique, elle est peut-être plus fréquente que la dissociation inverse, mais son appréciation est plus délicate dans les faits d'hypercytose modérée et sa valeur séméiologique est moindre. Elle objective simplement une réaction méningée que le plus souvent on ne peut que rapporter à un état pathologique actuel connu. Elle peut se voir dans d'innombrables circonstances cliniques mais semble plus spéciale à certains états, soit infectieux : oreillons, encéphalite épidémique et certaines neuro-syphilis où elle forme le plus souvent un signe d'alarme ; soit toxiques : où en vérité cette dissociation est rare, mais parfois assez intense pour réaliser un épanchement puriforme aseptique, en particulier dans l'urémie à forme nerveuse et l'éclampsie.

Enfin, certaines lésions en foyers de l'encéphale, hémorragies et ramollissements cérébraux, rarement tumeurs, peuvent provoquer des réactions uniquement cellulaires du liquide céphalo-rachidien.

Cependant la dissociation cyto-albuminique a deux grandes qualités séméiologiques :

1° Si le liquide est clair, elle permet d'éliminer presque à coup sûr la méningite tuberculeuse dans des cas d'étiologie douteuse : hérédo-syphilis, méningo-typhus. Elle doit faire rechercher la syphilis et, si celle-ci est connue, faire mettre en œuvre une thérapeutique active.

2° Si le liquide est trouble, elle confirme le diagnostic de réaction puriforme aseptique qui peut être délicat par la seule appréciation de l'intégrité des polynucléaires, l'étude de la glycorachie et même l'examen bactériologique parfois décevant.

La dissociation cyto-albuminique traduit simplement l'irritation congestive, légère et superficielle des méninges, d'origine surtout inflammatoire (l'origine mécanique possible restant hypothétique). Elle semble s'opposer à la forme inflammatoire de la dissociation albumino-cytologique qui, à notre avis, témoigne d'une inflammation plus profonde, sous-méningée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1926)

Crises gastriques, symptômes d'alarme du tabes. — M. CAUVY.

Migraines surrénales traitées par l'opothérapie surrénale. — M. J. SÉDILLOT.

Un cas de dyskératose vaginale ou dermatose précancéreuse de Bowen. — MM. DARTIGUES et MIRCOUCHE montrent que cette dermatose est caractérisée par une évolution viciée des cellules malpighiennes, produisant une kératinisation précoce et imparfaite. Cette maladie présente une grande analogie d'évolution avec la maladie de Paget : on l'a observée sur la fesse, à l'aisselle, à la face interne du cou-de-pied, au mollet, à l'avant-bras; leur cas, à siège vaginal, a été examiné histologiquement par le docteur Civatte : femme de quarante-deux ans. Début il y a cinq ans par des hémorragies au niveau

d'une ulcération sans adénopathie. Extirpation complète, seul traitement rationnel.

Calculs sous-préputiaux. — M. Péraire rapporte l'observation d'un malade de soixante ans qui lui avait été envoyé pour tumeur du prépuce. Miction pénible et douloureuse par phimosis très serré. Après incision dorsale, il trouva une vingtaine de calculs à facettes, dont deux gros comme un pois, les autres comme des grains de chénevis. Calculs probablement d'origine rénale (coliques hépatiques antérieures), guérison après circoncision.

Les fausses guérisons de la pneumonie des vieillards. — M. Gallois signale les erreurs de pronostic facilement commises. Les vieillards guérissent en apparence d'une pneumonie. Mais ils ne sont pas hors de danger : ils n'ont pas la force de mener à bien leur convalescence et meurent brusquement au bout de quelques jours : l'inappétence est un mauvais signe pronostic. L'auteur montre que la maladie et la mort de la reine d'Italie semblent rentrer dans ces cas.

A propos du syndrome entéro-pulmonaire. — M. Flurin insiste sur la nécessité qu'il y a à envisager dans les syndromes respiratoires les causes digestives d'une façon plus large qu'on ne tend à le faire. Tout en reconnaissant la part étiologique de l'entérocoque et des infections intestinales, il faut toujours penser à celles du tube digestif supérieur, du carrefour aérodigestif qui souvent précèdent et accompagnent celles de l'intestin.

Sur les épidémies de suicide. — M. A. Marie présente les courbes des tentatives de suicides d'aliénés admis à l'Asile Sainte-Anne pour mélancolie. Il y a deux maxima : un au printemps et un autre avant l'hiver.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1926)

De quelques acquisitions faites par la physiologie à l'aide de la notion des équilibres ioniques. — M. Ch. O. Guillaumin constatant que certains chimistes doutent des résultats utiles donnés par l'étude des équilibres ioniques rappelle cependant les avantages de celle-ci au sujet de la physiologie du sang et du milieu intérieur. L'on peut donner d'autres exemples, l'étude des ferments, la préparation de l'insuline et d'autres produits organiques. Dans l'industrie des colles, apprêts, tannage des peaux, l'ionométrie rend encore des services, etc...

En résumé, l'observation des équilibres ioniques est un instrument de travail utile et dont le champ d'action reste largement ouvert aux chercheurs, il n'a la prétention de rendre inutile aucun autre.

Rapports entre la concentration des solutions de vitamines et leur action pharmacologique et physiologique. — M. J. Lorenzini à la suite d'une série de recherches sur des pigeons et des rats arrive aux conclusions suivantes :

Une solution de vitamine au titre de 21-24 p. 100 unités du facteur B (Ganassini) suffisante pour conserver l'équilibre du poids des pigeons et des rats, peut être dédoublée, sans modifier l'action physiologique (évidemment il faut donner en ce cas un volume double de solution).

Si l'on porte la dilution de la solution type à un degré plus élevé (triple ou davantage) la même dose de vitamine perd progressivement son efficacité.

Si au contraire l'on concentre la solution type en la soumettant à l'évaporation dans le vide à 40 degrés de façon à réduire le volume d'un tiers, d'un quart, etc..., on constate chez les pigeons et les rats, une petite diminution de l'action thérapeutique.

La conclusion est que pour les vitamines extraites, il existe un degré déterminé de concentration, correspondant, d'après l'expérience, au maximum d'action physiologique et thérapeutique.

Notes sur l'action de la trinitrine dans les hypertensions artérielles. — MM. Charles Nattei et J. Dias-Cavaroni (de Marseille) après avoir exposé leur méthode d'observation donnent les résultats ci-dessous de leur étude :

a. La trinitrine a abaissé le Tmx (de 2-4 centimètres) chez trois malades sur neuf. Une courte phase hypertensive précède en général cet abaissement qui atteint son degré le plus net de dix à vingt minutes après ingestion de trinitrine.

Tmn = invariable.

b. Indice oscillométrique avait un accroissement six fois sur neuf avec accélération du poids (comme pour le nitrite de soude).

Toutes ces modifications sont passagères, et les auteurs concluent que :

La trinitrine comme le nitrite de soude par son action irrégulière et par son accroissement de l'indice oscillométrique ne doit pas être mise en bonne place parmi les hypotenseurs.

A propos des applications thérapeutiques de l'acide acétyl-ortho-crésotinique. — Dans la séance du 10 mars 1926 de la Société de thérapeutique (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 31, du 17 avril 1926), MM. Carrière et E. Gérard (de Lille) ont étudié un produit défini auquel ils avaient donné le nom de diapirine. Il leur a paru plus rationnel de rappeler son origine et de l'appeler désormais *crésopirine*.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1926)

Malformations congénitales du maxillaire supérieur et leur traitement prothétique. — M. Henri Chenet présente deux jeunes filles de dix ans et dix-sept ans présentant une béance due à une malformation probablement d'origine syphilitique du maxillaire supérieur. Rejetant l'intervention chirurgicale et l'orthodontie, l'auteur traite ces malades par une prothèse mobile.

Epulis pigmentaire. — M. Civatte, rapportant un cas assez rare de névo-carcinome, insiste sur la nécessité d'instituer dans ces cas un traitement par l'électrolyse.

Chancre de la gencive chez un édenté. — M. Puig. Intéressante observation d'un chancre dont la situation est exceptionnelle chez un édenté.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 19 MARS 1926)

Examen pré-opératoire. — M. Dupuy de Frenelle insiste sur la nécessité avant toute opération importante d'enregistrer : la capacité respiratoire, la pression sanguine, le taux de l'hémoglobine, la quantité des urines, le taux de l'urée dans le sang, le temps de coagulation du sang, la sensibilité à l'infection par l'intradermo-réaction.

L'auteur attire également l'attention sur les bienfaits de la transfusion de petites quantités de sang mélangées à de grandes quantités de sérum glucosé avant l'opération, chez les anémiés, et sur les bienfaits de l'injection sous-cutanée d'oxygène chez les insuffisants respiratoires.

Pathogénie du cancer. — M. Aug. Nemours.

Massage vésiculaire. — M. Zadok. Les vésicules séminales sont envahies par les gonocoques dans un grand nombre d'urétrites aiguës primitives, et dans l'immense majorité des cas d'urétrites chroniques. Le massage vésiculaire est susceptible d'empêcher chez les premiers le passage à l'état chronique et de réaliser chez les derniers la guérison complète.

Crises gastriques. — M. Cauvy (de Lamalou), qui a fréquemment observé les crises gastriques tabétiques, dit que ces crises sont susceptibles de constituer plus souvent qu'on ne le pense le premier symptôme apparent et révélateur de l'affection. Ces crises sont dues à des troubles vaso-moteurs du sympathique et à une hypoadrénalinémie. Contre les crises proprement dites l'adrénaline paraît avoir une certaine efficacité. En dehors des crises à côté du traitement de base

du tabes, la cure thermale de Lamalou depuis longtemps classique constitue un adjuvant puissant de la médication pathogénique en contribuant à la prophylaxie des paroxysmes.

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1926)

Sarcome du sein. — M. Maurice BLOCH.

Cancer et opothérapie. — M. NAAME présente trois observations de malades cancéreux avérés grandement améliorés par l'opothérapie.

Injections de sérum glucosé adrénaliné. — M. Raymond PETIT rapporte deux cas de malades opérés pour infections graves. L'injection sous-cutanée de sérum glucosé *adrénaliné* A dans un cas, l'injection de sérum glucosé suivie d'une injection d'adrénaline dans la même région dans l'autre cas, ont produit une vaste et profonde escharre de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Rappelant les travaux de Vignes, de Oulié, de Mario Béraud il incrimine l'état d'infection profonde et de dépression générale plutôt que l'état puerpéral invoqué par ces auteurs. Il conclut que l'on doit éviter en pareil cas d'injecter le sérum et l'adrénaline dans la même région.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 12 MARS 1926)

Emphysème sous-cutané consécutif à une laparotomie sous-ombilicale. — MM. G. de ROUVILLE et G. VILLA.

Parotidite post-opératoire. — MM. FORGUE, E. MOURGUE-MOLINES et M. LAPEYRIE. Il s'agit d'un cas de parotidite gauche, apparue le quatrième jour après une gastro-entérosmie pour sténose pylorique par cicatrice d'ulcus. Avant l'intervention on fait 3 centigrammes de génoscopolamine; le rythme respiratoire est troublé (longues expirations, courtes inspirations) rendant l'anesthésie à l'éther très pénible. Manœuvres intempestives de propulsion du maxillaire, ouvre, bouche, pince à langue, tampons montés. Evolution de la parotidite avec état général excellent. Température peu élevée, surtout douleurs et trismus. Ouverture spontanée le vingtième jour. Peu de pus. Staphylocoque.

A côté de soins buccaux insuffisants et de la diète hydrique comme cause favorisante, ces auteurs insistent sur le traumatisme local comme cause déterminante.

Lèpre nerveuse à manifestations complexes. — MM. VEDEL, A. PUECH et M. JAMBON.

BIBLIOGRAPHIE

La Menstruation, par V. WALLICH.

[Quelques jours avant sa mort si soudaine, le regretté Wallich avait bien voulu nous remettre un extrait de son article sur la *menstruation* qui doit figurer dans le *Dictionnaire de physiologie* de Charles Richet (1).

M. J.-R. Henry a bien voulu se charger de faire pour nous une analyse de cet important travail. — *N. D. L. R.*]

Définition. — Ecoulement sanguin, génital, périodique, observé en dehors de la gestation, chez la femme et quelques femelles de mammifères, depuis l'adolescence jusqu'au commencement de la vieillesse.

Phénomènes menstruels. — Le caractère essentiel de l'écoulement menstruel est d'être périodique; c'est un caractère commun à la menstruation et au rut. Exagérées par rapport aux pertes habituelles, on les appelle ménorragies par opposition aux métrorragies qui se produisent en dehors de toute périodicité.

La menstruation apparaît à la puberté, vers douze à treize ans dans nos climats, elle est plus ou moins précoce suivant que la température est plus ou moins élevée; mais d'autres causes non encore déterminées paraissent jouer un rôle important.

Les règles cessent à la ménopause, vers l'âge de cinquante ans.

Le sang menstruel a une odeur sui generis, il a une fluidité plus grande et a moins tendance à se coaguler.

Le rythme de l'écoulement menstruel est très variable suivant les sujets.

La recherche de la teneur du sang, pendant la période menstruelle, en globules rouges, en leucocytes et en hémoglobine, a donné des résultats contradictoires suivant les auteurs.

L'analyse chimique a révélé :

Parties aqueuses	12,50
Matières en suspension	10,90
Parties en solution	6,92

Le sang menstruel a été considéré comme toxique depuis la plus haute antiquité.

L'écoulement menstruel paraît durer de trois à cinq jours et la quantité perdue serait de 10 à 60 grammes.

Phénomènes généraux. — Pendant la menstruation, il se produit une congestion de tout l'appareil génital. Pour Stapfer, pendant les règles, l'utérus diminuerait de volume, la semaine suivante l'utérus est gros et il y a de l'œdème pelvien; au début de la troisième semaine, nouvelle vague menstruelle avec légère perte sanguine (règles de quinzaine); au début de la quatrième semaine, nouvel empâtement pelvien. Il y a aussi production de congestions viscérales pendant les règles (paroi abdominale, foie, thyroïde, thymus). L'approche des règles se manifeste par des malaises généraux.

Les excrétions seraient modifiées pendant la menstruation :

La quantité de gaz carbonique exhalé par le poumon augmente pendant la deuxième enfance, reste stationnaire à partir de l'établissement des règles, puis augmente à l'époque de la ménopause.

L'azote total et l'urée atteignent leur maximum dans la période préparturiante ou prémenstruelle, le coefficient azoturique ne l'atteint que dans la période parturiante ou menstruelle. Le volume de l'urine diminue avant l'accouchement ou pendant la menstruation.

La teneur du sang en calcium augmente avant la menstruation et diminue dès son apparition.

La cholestérinémie augmente cinq à six jours avant la période des règles, redescend à la normale, puis augmente à nouveau au début de l'écoulement sanguin, reste en plateau et s'abaisse à la fin des règles.

Le pouls et la tension artérielle augmenteraient avant les règles puis redeviendraient normaux vers la fin. Il y aurait une légère hyperthermie prémenstruelle.

Au moment des règles, on observe diverses modifications sensorielles.

Modifications fonctionnelles. — Aménorrhée. Les règles sont suspendues pendant la grossesse et la lactation (cependant, dans ce dernier cas, il y a nombre d'exceptions).

Exceptionnellement, on peut observer de l'aménorrhée congénitale (organes génitaux infantiles). L'aménorrhée acquise peut s'observer sous l'influence de causes très diverses (émotions, états fébriles, médications) et peut s'accompagner de règles de compensation : hémorragies se produisant dans des organes divers. L'aménorrhée peut être symptomatique d'une affection générale.

Modifications anatomiques des organes génitaux au cours de la menstruation. — Lieu d'origine de l'hémorragie. C'est au niveau de la muqueuse utérine qu'elle se produit.

Le cycle menstruel comprend : la période intermenstruelle où la muqueuse est au repos, la période prémenstruelle où la muqueuse s'hypertrophie et se congestionne, la période mens-

(1) Paris, F. Alcan.

truelle où le sang s'extravase dans le stroma, la période post-menstruelle où la muqueuse redevient à l'état normal. La trompe participe, d'une façon très réduite, à la menstruation.

Chez les animaux, au moment du rut, existent des modifications histologiques semblables à celles qui aboutissent à la menstruation chez la femme.

Les causes de l'hémorragie. On a invoqué comme cause le petit nombre de puerpéralités, la situation de l'utérus. Wallich l'explique par la différence de texture de l'utérus chez les animaux menstrués ou non.

Rapports du rut et de la menstruation. Ces deux phénomènes possèdent des caractères communs : la congestion, la périodicité, la recherche du mâle. Les modifications anatomiques observées dans la muqueuse des différentes femelles sont identiques (prénidation et nidation).

Causes des phénomènes menstruels. — Action de l'ovaire. La castration complète chez la femme aboutit à l'aménorrhée et aux troubles de la ménopause ; chez les animaux, elle s'accompagne de modifications de l'équilibre de la sexualité et du fonctionnement génital. L'action des rayons X sur l'ovaire paraît indubitable, mais momentanée bien souvent.

L'ovaire greffé vit dans l'autogreffe et même dans l'homogreffe, il fonctionne et même peut fournir des portées (chez les animaux). Chez la femme les résultats sont moins constants ; il y eut cependant des menstruations et même des fécondations dans des cas de transplantations intra-utérines.

L'opothérapie a pu améliorer certains états d'aménorrhée ou de dysménorrhée ou de troubles de la ménopause, mais les résultats obtenus par cette thérapeutique sont difficiles à délimiter.

Action partielle de l'ovaire. Le follicule en se développant produit une action excitante sur le tissu ovarien, excitation qui, transmise aux centres nerveux, produit par réflexe une congestion génitale (théorie de Pouchet-Pflüger). Cette théorie a été combattue par Alban.

Le corps jaune par sa sécrétion interne déterminerait la production des phénomènes menstruels (théorie de Fraenkel). Cette hypothèse a été infirmée par les travaux de Schikelé.

La glande interstitielle de l'ovaire, bien étudiée chez les animaux puis chez la femme, a été considérée comme présidant à la menstruation, mais les recherches de Schikelé contredisent cette hypothèse.

Cependant si l'on ne peut définir le rôle exact des divers éléments de l'ovaire, on a pu identifier sa sécrétion ; le corps jaune peut être considéré comme sécrétant des lipoïdes cholestériques et phosphorés et enlevant à la circulation des substances pigmentées qui sont mises à part comme déchets ou réserves.

La crise menstruelle. Elle consiste dans un certain nombre de modifications locales et générales. On a cherché à établir une certaine relation entre le fonctionnement de l'ovaire et celui des autres glandes vasculaires sanguines, soit cliniquement, soit expérimentalement.

L'absence de menstruation (ménopause naturelle ou artificielle) s'accompagne d'un certain nombre de troubles circulatoires nerveux ou trophiques améliorés par l'opothérapie ou à la suite d'hémorragies vicariantes.

Les troubles aménorrhéiques ne disparaissent pas par greffe ovarienne après hystérectomie et castration, ils disparaissent si après la greffe la menstruation réapparaît lors de castration sans hystérectomie.

On n'a pas encore pu préciser la nature et surtout la provenance des produits éliminés par la menstruation.

Les substances médicamenteuses ont une action très problématique sur la production des règles. Les extraits ovariens paraissent avoir un certain rôle. Les extraits ovariens ayant à certaines doses un pouvoir toxique, on a cru pouvoir expliquer ainsi la toxémie menstruelle.

L'hibernation paraît atrophier la glande interstitielle chez les animaux, et pendant la nuit polaire les femmes esquimaux ne sont pas réglées, leurs grossesses partent toutes de cette époque.

Chez la femme, le maximum de conceptions a lieu du 5 mai au 5 juin dans l'hémisphère boréal et six mois plus tôt dans l'hémisphère austral.

J.-R. HENRY.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE

HERBORISTES. REMÈDE

L'article 33 de la loi du 21 germinal, an XI, interdit de vendre toute composition ou préparation pharmaceutique à ceux qui, n'exerçant pas la profession de pharmacien, font des ventes prohibées, notamment aux herboristes auxquels l'article 37 de ladite loi confère seulement le droit de vendre, en nature, des plantes ou des parties de plantes médicinales indigènes, fraîches ou sèches.

Le droit accordé aux herboristes est très limité ; et s'ils l'excèdent ils commettent le délit d'exercice illégal de la pharmacie. La Cour de cassation, dans un arrêt du 29 janvier 1926, cassant un arrêt de la Cour de Rennes du 22 juin 1925, a décidé notamment que les herboristes excédaient leur droit, quand, par le mélange des plantes médicinales et par la façon dont ils l'offrent au public, ils présentent ce mélange comme constituant un remède.

D... avait mis en vente dans son magasin d'herboriste, sous le nom de *The Gremfields* et de *Collyre végétal lyonnais*, deux produits constitués par le mélange d'un certain nombre de plantes ou de parties de plantes médicinales indigènes ; les étiquettes apposées sur les récipients spécifiaient les maladies à combattre au moyen de ces produits, les doses à employer et la manière de les utiliser. La Cour de Rennes, dans son arrêt, avait déclaré que le *The Gremfields* et le *Collyre végétal lyonnais* n'avaient pas le caractère de véritables médicaments parce qu'ils étaient le produit de simple mélange de plantes n'ayant subi aucune altération chimique dans leur substance et que d'ailleurs les herboristes puisaient dans l'article 37 de la loi du 21 germinal, an XI, le droit de vendre au poids médicinal, même sous un nom de fantaisie, des mélanges de plantes indigènes destinées à un usage curatif.

La Cour suprême n'a pas admis cette interprétation Elle dit :

« Mais attendu que l'interdiction édictée par l'article 33 de la loi de l'an XI ne distingue pas entre les procédés à l'aide desquels les compositions ou préparations pharmaceutiques auraient été obtenues ;

Attendu, d'autre part, que si les herboristes ont reçu de l'article 37 de la loi précitée le droit de vendre en nature des plantes médicinales indigènes non toxiques ; ils excèdent le droit qui leur est ainsi limitativement conféré quand, par le mélange desdites plantes et par la façon dont ils l'offrent au public, ils présentent le mélange dont il s'agit comme constituant un remède, alors que les pharmaciens ont seuls le monopole de la préparation et de la vente des compositions faites en vue d'un emploi curatif ;

Et attendu qu'en l'état de ses propres constatations, l'arrêt attaqué en déclarant que le *The Gremfields* et le *Collyre végétal lyonnais* ne rentraient pas dans la catégorie des médicaments est tombé dans une véritable contradiction ; que, dès lors, sur ce point, son appréciation n'est pas souveraine ; qu'ainsi il y a eu violation des textes de lois visés au moyen. »

La Cour de cassation a, en conséquence, renvoyé devant la Cour d'Angers pour qu'il fût statué à nouveau. Le procès avait été intenté par le Syndicat des pharmaciens de la Loire-Inférieure qui avait exercé une action en dommages-intérêts contre D... en réparation du préjudice qui lui était causé en raison de l'usurpation qu'il avait commise.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

La famille syphilitique et la famille cancéreuse, par le docteur PFEIFFER (de Dijon). — Paris 1925, Editions de la « Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale ».

NOTES POUR L'INTERNAT

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS

Sous le nom d'hypertrophie sénile de la prostate, on désigne la production d'adénomes péri-urétraux qui obstruent le col de la vessie, refoulent excentriquement le parenchyme prostatique atrophié et entraînent une rétention d'urine progressive, allant de la rétention chronique et incomplète à la rétention aiguë complète.

Insister sur l'*excellence de l'opération de Freyer* ou prostatectomie hypogastrique.

L'*étiologie* de cette affection est *inconnue*. Les inflammations antérieures surtout blennorragiques (Marion) semblent y prédisposer, mais normalement, *à partir de cinquante-cinq ans*, la transformation adénomateuse de la prostate est extrêmement fréquente.

SYMPTOMATOLOGIE

Schématiquement, avec Guyon, nous décrirons trois phases évolutives de cette affection :

1. Phase de congestion.
2. Phase de rétention.
3. Phase de distension.

Mais il faut bien savoir que le signe révélateur peut être une complication (rétention aiguë, etc.).

1° **Phase de début ou de congestion.** — Elle est caractérisée par :

a. **Pollakiurie nocturne**, surtout dans la deuxième moitié de la nuit.

b. **Dysurie.** — Elle est *congestive*, apparaissant surtout dans la deuxième moitié de la nuit, se prolongeant ou apparaissant dans la journée sous l'influence de toutes les causes de congestion pelvienne (*constipation*, repas copieux, excitations génésiques, refroidissement, etc.). Elle se traduit par :

1. *Difficulté* de la miction (le malade pousse, se lève, attend).
2. *Retard* de la miction.
3. *Déformation* du jet (il est hésitant, filiforme, et tombe verticalement).

A ces deux symptômes d'alarme s'ajoute bientôt :

c. **La polyurie nocturne** d'origine *réflexe*.

L'état général est parfait. Le malade n'est le plus souvent incommodé que la nuit. Cette période dure un temps variable suivant l'*hygiène* du sujet, et, insensiblement, ou brusquement par une rétention aiguë, le malade passe à la phase suivante.

L'*examen physique* à ce stade tout initial montrerait une prostate un peu grosse, et l'urétrocystoscopie permettrait déjà le diagnostic.

2° **Phase de rétention chronique incomplète.** — C'est la période d'état au cours de laquelle on voit en général le malade pour la première fois.

Signes fonctionnels. — La *dysurie* devient diurne autant que nocturne.

La *pollakiurie*, la *polyurie* augmentent et apparaissent également dans la journée.

Le malade se plaint de pesanteur dans le bas-ventre, le rectum, et a la sensation de ne pouvoir vider complètement sa vessie.

Signes généraux. — La bouche est pâteuse, la langue sèche, l'inappétence s'accentue, le malade est pâle et amaigri. C'est tout le tableau de l'*intoxication urineuse commençante*.

Signes physiques. — 1. Le *sondage* (parfaitement aseptique), pratiqué aussitôt après une miction volontaire, montre la présence dans la vessie d'un RÉSIDU VÉSICAL. Il s'agit bien d'une rétention chronique incomplète (de 20 grammes à 1 litre, en moyenne 100 grammes).

2. Le *toucher rectal* montre une prostate grosse et dure.

En face d'un tel tableau, le diagnostic est fait. Il faut faire une *constante d'Ambard* et pratiquer l'opération. Sinon, le malade menacé d'*infection* ou de *rétention aiguë* va évoluer vers la phase suivante :

3° **Phase de rétention chronique avec distension.** — C'est l'*asystolie vésicale* des auteurs classiques.

A. D'abord **rétention incomplète avec distension** : le sujet urine encore à intervalles irréguliers. La polyurie et la pollakiurie sont extrêmes.

B. Puis, plus ou moins rapidement **distension avec miction par regorgement.** La miction se fait de façon continue. Le sujet, constamment mouillé par l'urine qu'il ne sent pas couler, doit garder un urinal jour et nuit.

Signes physiques. — La vessie distendue forme à l'hypogastre un *globe* perceptible à la percussion.

Signes généraux. — C'est tout le tableau de l'*intoxication urinaire progressive*. Le teint est pâle, terreux. L'amaigrissement s'accentue de jour en jour. La peau devient sèche et écailleuse. Les *troubles digestifs* sont extrêmement marqués : langue « urinaire » de Guyon, sèche, racornie, semée de muguet. *Dysphagie buccale*. Vomissements. Diarrhée.

Le malade cachectique, azotémique, devient très fragile et succombe rapidement par infection intercurrente ou complication.

COMPLICATIONS

I. **Mécaniques.** — *A.* **Rétention aiguë.** — C'est un véritable symptôme. C'est parfois même le signe *révélateur* qui fait amener d'urgence le sujet à l'hôpital.

CAUSES. — Toutes les raisons de congestion pelvienne ; repas trop copieux (la fête), excès génitaux, etc.

SYMPTÔMES. — C'est un sujet angoissé, agité, qui depuis plusieurs heures fait des efforts de miction parfaitement vains et horriblement douloureux.

A l'examen : le globe vésical bombe au-dessus du pubis, la prostate est grosse et congestionnée.

EVOLUTION. — L'*évolution* peut se faire vers la *sédation spontanée* qui peut être suivie de *rechutes*. En tous cas, c'est un accident grave, car d'un *dysurique* elle fait un *rétentionniste*, d'un *rétentionniste* elle fait un *distendu*.

B. **Les hématuries.** — 1° SPONTANÉES. — Elles sont surtout observées chez les prostatiques infectés et doivent toujours faire penser à la cancérisation si elles sont abondantes.

2° PROVOQUÉES. — *a.* Par *fausses routes prostatiques*.

b. *Exvacuo*, très abondantes, à la suite d'une trop rapide déplétion vésicale.

II. Infectieuses. — 1° **Infection urétrale** : elle s'observe surtout sur la sonde à demeure.

2° **Urinaire.** — *a.* Soit *vésicale* (les urines sont troubles, purulentes, les douleurs très vives avec ténesme rectal).

b. Soit *rénale* par *pyélonéphrite ascendante*. — Elle est de règle chez les vieux distendus dont les uretères et les reins sont dilatés et infectés. Elle se traduit par une polyurie *trouble* rebelle aux lavages vésicaux et aggrave à bref délai la déficience rénale.

3° **Génitale.** — *a.* PROSTATITE, elle se traduit simplement par un empâtement douloureux.

b. ABCÈS DE LA PROSTATE. — Il évolue à bas bruit, d'où l'utilité du toucher rectal fréquent chez les prostatiques infectés.

c. ORCHI-ÉPIDIDYMITES. — Les cathétérismes fréquents en sont la cause occasionnelle.

Soit *chronique* (gros épididyme avec vaginalité légère).

Soit *aiguë* avec *vaginalité suppurée* qui dicte l'incision large et précoce.

III. Cancérication. — C'est une complication de haute importance. L'examen systématique de coupes en série en montre la relative fréquence (Marion). Cliniquement, la dureté, la limitation imprécise de la tumeur, l'apparition d'abondantes hémorragies vésicales doivent y faire penser.

IV. Générales. — Elles sont une façon de mourir fréquente, pour ces vieux urinaires infectés, qui sont une proie facile à toute infection intercurrente; en particulier la *broncho-pneumonie*.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 37. — SAMEDI 8 MAI 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 8 MAI 1926. — N° 37.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **9 fr. 50.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . **45** *fr.*
Tarif n° 1 : **55** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Épreuve clinique.* — Séance du 5 mai 1926. — MM. Lorin, 16; Richard, 17; Pascalis, 19; Seneyne, 19.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE. — *Épreuve clinique.* — Séance du 3 mai. — MM. Boissier, 12; Thibault, 16.

Séance du 4 mai. — MM. Ruppe, 18; Gornouec, 17; Thibault et Raison 19.

Candidats admissibles : MM. Gornouec et Ruppe, 64; Raison, 61; Thibault, 60.

— CONCOURS POUR LA NOMINATION A UNE PLACE DE PHARMACIEN DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 24 juin 1926, à 14 h., dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale, des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 h., du lundi 31 mai au mercredi 9 juin 1926 inclu-sivement.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séance du 4 mai. — M. Lefèvre : « Traitement des pieds bots paralytiques »; note : 15.

M. Mozzi : « Névralgies du trijumeau »; note : 15.

M. Mourgues : « Indications générales et résultats du traitement sanglant des fractures diaphysaires récentes fermées »; note : 15.

MÉDECINE. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séances du 4 mai. — M. Tzanck : « Complications articulaires de la blennorragie »; note : 17.

M. Stévenin : « Formes cliniques du pneumothorax spontané »; note : 13.

M. Piéri : « Le bruit de galop »; note : 16.

M. Lebon : « Valeur séméiologique de l'hémoptysie »; note : 16.

M. Aubertin : « Signes physiques des épanchements liquides de la plèvre »; note : 17.

M. Gernez : « Les bases du pronostic de l'hypertension artérielle »; note : 15.

Séances du 5 mai. — M. Pasteur Vallery-Radot : « Claudication intermittente des membres inférieurs »; note : 20.

M. Puech : « Les œdèmes angio-neurotiques »; note 15.

M. Damade : « Formes cliniques du goître exoqhtalmique »; note : 14.

M. Guy-Laroche : « Diagnostic des syndromes parkinsoniens »; note : 17.

M. Feuillié : « Spirochètose ietéro-hémorragique »; note : 18.

OBSTÉTRIQUE. — Total des points : MM. Coll de Carrera, 53; Levant et Cleisz, 37; Houel, 48; Vermelin, 51; Portes, 39; Rivière, 51; Balard, 32; Vignes, 34.

MM. Levant, Cleisz, Portes, Balard et Vignes étaient réglementairement dispensés de l'épreuve clinique.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE. — Jury : MM. Jeanselme, président; Spillmann, Dubreuilh et Pautrier.

Épreuve pratique. — MM. Sézary, 19; Bertin, Blum et Joulia, 18; Lacroix, 15.

Exposé de titres. — MM. Sézary, 20; Bertin et Joulia, 19; Blum, 18; Lacroix, 17.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Joulia : « Le contrôle sérologique de la syphilis; son importance pour le traitement »; note : 18.

M. Sézary : « Séméiologie des cicatrices »; note : 20.

M. Bertin : « Opothérapie et dermatoses »; note : 18.

M. Blum : « Du rôle de l'artérite dans la syphilis »; note : 18.

M. Lacroix : « Lichen et lichénification »; note : 10.

Total des points : MM. Sézary, 59; Bertin et Joulia, 55; Blum, 54.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Jury : MM. Sébileau, président; Lannois, Canuyt et Portmann.

Épreuve clinique. — MM. Terracol, 19; Rebattu et Jaccod, 18.

Exposé de titres. — MM. Terracol, 18; Jaccod, 16; Halphen, 15; Le Mée, 14; Rebattu, 13; Philip, 12.

Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Rebattu : « La sinusite frontale aiguë »; note : 13.

M. Jaccod : « Sinusites frontales chroniques fistulaires » ; note : 12.
M. Halphen : « Les chondro-périchondrites laryngées » ; note : 17.
M. Philip : « Les formes anatomo-cliniques de la méningite aiguë » ; note : 15.
M. Le Mée : « L'infection veineuse des sinus de la dure-mère cranienne dans les suppurations de la tête et du cou » ; note : 13.
M. Terracol : « Les troubles des nerfs craniens (nerfs sensoriels exceptés) dans les suppurations de l'oreille » ; note : 17.
Total des points : MM. Terracol, 54 ; Jaccod, 46 ; Rebattu, 44 ; Halphen, 32 ; Le Mée et Philip, 27.
MM. Halphen, Le Mée et Philip sont réglementairement dispensés de l'épreuve clinique.

DEUXIÈME CONCOURS D'OPHTALMOLOGIE. — Jury : MM. Lagrange, président ; Rollet, Truc et Duverger.
Epreuve clinique. — MM. Toulant, 19 ; Colrat, 15 1/2.
Exposé de titres. — MM. Colrat, 17 ; Beauvieux, 19 ; Toulant, 18 1/2 ; Magitot, 19.
Leçon orale de 3/4 d'heure. — MM. Magitot, 19 ; Beauvieux, 18 1/2 ; Colrat, 17.
Total des points : MM. Magitot, 38 ; Beauvieux, 37 1/2 ; Colrat, 34.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un concours pour un emploi de chef de clinique des maladies nerveuses s'ouvrira à l'Ecole de médecine de Marseille le jeudi 24 juin 1926.

— NANTES. — M. le docteur Brétéché est nommé, à dater du 1er avril 1926, chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Nantes, en remplacement de M. le docteur Barbanneau.

FACULTÉS ÉTRANGÈRES. — LIÉGE. — M. le professeur P. Snyers a été déclaré émérite à l'Université de Liége.

— EDIMBOURG. — L'Université a adressé à l'Académie de médecine une lettre l'invitant à assister aux fêtes qui auront lieu les 10 et 11 juin prochain, à l'occasion de la célébration du second centenaire de la fondation de sa Faculté de médecine.

CENTRE ANTICANCÉREUX DE NANTES. — M. le docteur Henri Lerat, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine, est nommé chirurgien du Centre de lutte contre le cancer, en remplacement de M. le professeur Guilbaud, décédé.

MARINE. — Les concours suivants auront lieu :
A. A Brest, le lundi 21 juin 1926 et jours suivants : adjoint au professeur de bactériologie et d'épidémiologie à l'École d'application du Service de santé de la marine, à Toulon.
Jury. — Président : M. le médecin général de 1re classe, inspecteur général du Service de santé ; membres : MM. Averous et Brunet, médecins en chef de 1re classe.
B. A Brest, le lundi 21 juin 1926 et jours suivants : professeur de pathologie interne et thérapeutique à l'Ecole principale du Service de santé de la marine, à Bordeaux.
Jury. — Président : M. le médecin général de 1re classe, inspecteur général du Service de santé ; membres : MM. Averous et Brunet, médecins en chef de 1re classe.
C. A Toulon, le samedi 10 juillet 1926 et jours suivants : professeur de physique biologique à l'École annexe de médecine navale de Rochefort.
D. A Toulon, le samedi 17 juillet 1926 et jours suivants : professeur de physique biologique aux écoles annexes de médecine navale de Brest et Rochefort.
Jury. — Président : M. Lautier, pharmacien chimiste général de 2e classe ; membres : MM. Izambert, pharmacien chimiste en chef de 1re classe ; Chaix, pharmacien chimiste en chef de 2e classe.
Les concours pour les emplois de prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon auront lieu dans chacun de ces ports le 11 octobre 1926.
Jury. — Président : M. le directeur du Service de santé du port ; membres : A Brest, MM. Averous, médecin en chef de 1re classe ; Loyer, médecin de 1re classe.
A Rochefort, MM. Faucheraud, médecin en chef de 2e classe ; Rondet, médecin de 1re classe.
A Toulon, MM. Oudart, médecin en chef de 2e classe ; Dalger, médecin de 1re classe.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 5 juillet 1926, à 14 heures.
Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.
Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau), de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 31 mai au 12 juin 1926.

NOUVEAUX TRAITEMENTS DES MÉDECINS DES SANATORIUMS PUBLICS. — Le *Journal officiel* du 24 avril 1926 publie l'échelle des nouveaux traitements des médecins des sanatoriums publics. Ces traitements vont de 15 à 20.000 fr. pour les directeurs, de 10 à 14.000 fr. pour les adjoints.

L'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATOLOGIE A L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT. — Les affections cutanées des animaux, dont l'étude était jusqu'ici émiettée dans les différents enseignements de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, viennent d'être groupées en un enseignement autonome qui a été confié à MM. A. Henry, professeur, et Ch. Leblois, chef de clinique de parasitologie.
Le nouvel enseignement a été inauguré le 24 avril en présence de MM. Leclainche, inspecteur général des écoles vétérinaires ; Barrier, inspecteur général honoraire ; le professeur Nicolas, directeur de l'Ecole. Le professeur Henry ont fait ressortir l'importance de cette innovation, puis M. le docteur Thibierge, membre de l'Académie de médecine, a insisté sur l'intérêt que présente l'étude comparée des dermatoses chez l'homme et chez les animaux, et a fait une conférence sur la pathologie générale de la syphilis.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une très douloureuse émotion la mort dramatique de Mme Faxton E. Gardner, née Gabrielle Debains, docteur en médecine de la Faculté de Paris, décédée à l'hôpital de Peekskill, près New-York, à la suite d'un accident d'automobile. Nous adressons à notre bien cher collaborateur le docteur Faxton E. Gardner l'expression très affectueuse de notre profonde sympathie.

— Nous avons encore le profond regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Ernest Chardin, décédé à Void ; le professeur Ernesto Brugnatelli, titulaire de la chaire d'obstétrique et de gynécologie, à Sassari (Italie) ; Couturier (de Beaurepaire), Degaud (de Saint-Rambert d'Albon), F. Lentz (de Tournai), Antoine Magnin (de Besançon), Paul Houvet (de Huy) ; Léon Augé, radiographe à Narbonne, décédé à l'âge de 58 ans, victime du devoir professionnel ; Walter-James Leckie, décédé à Marseille ; B.-A. de Cintra (de Chêne, près Genève) ; les professeurs Louis Buttin (de Lausanne) et M. Henseval (de Gand) ; les docteurs Agular Jordan, pédiâtre réputé (de Valence, Espagne) ; Bouchard (d'Orléans), Léon Lelubre (de Tournai), Joseph Loviny (de Lille), Vila Cuñer (de Barcelone), Paul Boncour, ancien interne des hôpitaux de Paris.

REVUE GÉNÉRALE

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU SIGNE DE BABINSKI

Par Henri ROGER,
Professeur de Clinique neurologique à l'École de médecine de Marseille.

Laissant de côté la séméiologie proprement dite du signe de Babinski (caractères du réflexe plantaire pathologique en extension, modes de recherche, zones réflexogènes, influences qui peuvent le modifier), question bien connue et pour les détails de laquelle le lecteur pourra se reporter à notre récent article, « signe de Babinski et réflexe cutané plantaire normal : modes de recherche et caractères cliniques » (*Sud méd. et chir.*, 15 fév. 1926), nous bornerons cette revue à la valeur séméiologique de ce signe.

Nous l'étudierons successivement dans les maladies organiques du système nerveux, dans les maladies non systématisées au système nerveux, dans les névroses.

Nous nous contenterons d'envisager cette valeur séméiologique surtout chez l'adulte, en tout cas en dehors de la première enfance, époque où à l'état physiologique le réflexe plantaire normal se fait en extension.

LE SIGNE DE BABINSKI DANS LES MALADIES ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX

Nous étudierons le signe de Babinski dans les diverses affections organiques du système nerveux, affections de la voie pyramidale, de la voie extra-pyramidale, de la voie cérébelleuse, syndromes nerveux périphériques, infections plus ou moins localisées aux centres nerveux.

PERTURBATIONS DE LA VOIE PYRAMIDALE

Nous passerons en revue les perturbations d'origine cérébrale et celles d'origine médullaire.

Origine cérébrale. — C'est d'abord et surtout dans les HÉMIPLÉGIES ORGANIQUES que le signe de Babinski a été particulièrement recherché (1).

Les nombreuses *statistiques* rapportées par les auteurs fournissent des chiffres qui, sauf de rares exceptions, montrent la valeur de l'extension des orteils comme signe de perturbation pyramidale. Cestan et L. Le Sourd 92 p. 100 sur un ensemble de 68 cas (2) ; Marinesco 90 p. 100, Ganault 85 p. 100, Boeri 76 p. 100, Sabattini 72 p. 100, Walton et Paul 70 p. 100 (sur un ensemble de 200 cas), Epps (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, avril 1901) 57 p. 100 (sur 118 hémiplégiques), Chadzinski 50 p. 100 dans les hémiplégies droites et 60 p. 100 dans les hémiplégies gauches, Charuel 13 fois sur 19 cas, Vires et Calmette 10 fois sur 17, Guibert 6 fois sur 15.

La *nature*, la *cause* et le *siège* de la lésion cérébrale jouent-ils un rôle dans l'apparition du signe des orteils ?

La plupart des auteurs ont insisté sur sa plus grande fréquence dans les *hémiplégies* et dans les *diplégies cérébrales infantiles* du type Little. Rien d'étonnant d'ailleurs ; car le type en extension est habituel chez le jeune enfant même normal. C'est chez de pareils malades qu'on trouve une extrême diffusion de la zone réflexogène à la presque totalité du territoire cutané comme dans les cas de Babinski, de Guillain et Dubois. Koenig cependant (*Arch. f. Psych.*, t. XXXIII, f. 1, 1900) croit ce signe assez rare ; car il ne l'avait pas trouvé dans 9 cas de paraplégie d'origine cérébrale. Peut-être faut-il voir la raison de cette discordance d'avec l'opinion classique dans la confusion, qui existait à l'époque où l'auteur observait, entre les contractures pyramidales et les rigidités d'origine extra-pyramidales. Celles-ci assez fréquentes chez l'enfant, ne s'accompagnent pas de Babinski.

De ces encéphalopathies infantiles il faut rapprocher le syndrome de *débilité motrice* de Dupré (*Soc. de psych.*, 16 déc. 1909) caractérisé par la paratonie, les syncinésies, l'exaltation des réflexes tendineux et l'altération du réflexe plantaire, qui est tantôt absent, tantôt indifférent, tantôt en extension ; cette débilité motrice est attribuée à l'hypogénésie congénitale ou acquise des voies motrices.

Le signe de Babinski dépend peu de la NATURE et de la CAUSE de la lésion (hémorragie, ramollissement, tumeur, abcès, tuberculose, syphilis, etc.) qui provoque l'hémiplégie. On a discuté pour savoir si les lésions irritatives ne provoquaient pas le réflexe plus souvent que les lésions destructives et si le signe de Babinski n'est pas plus fréquent dans le syndrome d'excitation que dans le syndrome de déficit pyramidal. Mais l'intrication de ces deux syndromes est complexe ; et le problème est difficile à résoudre.

Ce qui est admis par tous, c'est le caractère souvent peu stable et même passager des perturbations pyramidales, qui sont cependant susceptibles de se révéler par un Babinski ; tels les troubles circulatoires des cardiaques ou des artério-scléreux, hypertendus ou azotémiques, qui, à la faveur d'une embolie minime avec spasme surajouté ou d'un spasme primitif soit de la sylvienne soit d'une de ses branches, font des hémiparésies ou des monoparésies crurales de quelques heures de durée, accompagnées d'une extension transitoire du gros orteil.

Renuci (*Rev. of neurol. and psych.*, mai 1912) a publié un cas curieux de kyste hydatique de la région frontale gauche avec Babinski bilatéral. Après la ponction du kyste, le réflexe plantaire se faisait en flexion ; le kyste venant à se remplir à nouveau, le Babinski réapparut ; une fois le kyste enlevé chirurgicalement, le réflexe des orteils redevint physiologique.

Bychowski signale le cas de blessures craniennes de la zone motrice, où la compression de l'écorce cérébrale à travers l'orifice de trépanation suffisait, si on chatouillait en même temps la plante, à réveiller un Babinski jusqu'alors absent. Cependant le même auteur a observé divers cas de tumeur des méninges ou d'hématomes sous-duraux comprimant l'écorce sans provoquer le réflexe en extension.

Il est intéressant de noter l'état du réflexe plantaire dans les *hémiplégies chez les tabétiques*, hémiplégies évoluant chez des tabétiques avérés ou tabes s'installant chez d'ancien hémiplégiques. Le signe de Babinski, en particulier dans les cas d'hémiplégie prétabétique de Leenhardt et Norero (*Revue neurol.*, 1906, p. 377), de Moutier (*Revue neurol.*, 1906, p. 1085), de Guillain et Laroche (*Revue neurol.*, 1907, p. 176), persiste malgré l'abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, et peut

(1) Cf. Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique, par M. Babinski : *Gaz. des hôpit.*, 1900, nos 52 et 53.

(2) *Gaz. des hôpit.*, 1899, n° 133.

être le seul reliquat (avec parfois une légère exagération des réflexes tendineux d'un membre supérieur) d'une hémiplégie déjà ancienne. Dans un cas que nous avons publié avec notre maître le professeur Rauzier (*Soc. sc. méd. de Montpellier*, 19 mai 1911) le réflexe plantaire était absent du côté hémiparésié, en flexion du côté sain.

Le SIÈGE de la lésion sur le trajet cérébral du faisceau pyramidal a-t-il une influence sur l'apparition du signe de Babinski ? Cette question est importante à résoudre, non seulement à cause de la physiopathologie de ce signe et de la localisation du siège cérébral du réflexe pathologique, mais au point de vue diagnostique pour la localisation à telle ou telle partie de l'encéphale de tel ou tel syndrome s'accompagnant du réflexe en flexion ou en extension.

P. Marie avait pensé que le signe de Babinski était plus rare dans l'hémiplégie *corticale* que dans l'hémiplégie sous-corticale (capsulaire ou mésocéphalique). Babinski n'est pas du même avis. Nous venons de signaler des cas d'irritation corticale temporaire avec extension des orteils. Dans les blessures de la zone rolandique Mme Athanasio-Benisty (*Th. de Paris*, 1918) note souvent la diminution ou l'abolition du réflexe plantaire dans l'hémiplégie corticale, s'accompagnant à peu près toujours du signe de Babinski : elle croit au siège cortical du centre du réflexe pathologique des orteils.

Le réflexe plantaire se fait en extension des deux côtés dans les lésions cérébrales des pseudo-bulbaires par foyer de cérébro-sclérose lacunaire de la *capsule interne*, aussi bien que dans les paraplégies en flexion dues à une double lésion des lobules paracentraux (Alajouanine) : mais il arrive souvent que le Babinski est plus accentué d'un côté que de l'autre. Que le Babinski accompagne une lésion pédonculaire ou protubérantielle ou capsulaire, il ne semble pas présenter de différence nette.

Il est assez intéressant, sans qu'on puisse malheureusement y attacher pour le moment une valeur pratique quelconque, de signaler quelques *cas, suivis d'autopsie, où des lésions pyramidales parfois considérables ne s'accompagnaient pas d'extension des orteils*. Tel le cas de P. Marie (*Revue neurol.*, 1909, p. 271), où un ramollissement extraordinairement étendu de la sylvienne droite détruisait les circonvolutions motrices et la capsule interne et où le réflexe plantaire se faisait à gauche en flexion nette. Marinesco a trouvé 10 fois le signe de Babinski absent chez des hémiplégiques ; sur 4 autopsies qu'il a pu faire, les lésions consistaient en une pachyméningite hémorragique, en lésions capsulaires et du noyau caudé, en lésion capsulaire sans participation du corps strié. Bielchowski (*Journ. f. Psych. u. neurol.*, I., 1922) a publié deux cas d'hémiplégie spasmodique, où la dégénérescence a frappé seulement la troisième couche de l'écorce corticale, laissant intacte la couche des cellules pyramidales de Betz, et où le signe de Babinski faisait défaut. Tournay, retrouvant dans la thèse de Roussy 3 cas de lésion thalamique avec absence de signe de Babinski malgré la dégénération histologique du faisceau pyramidal, se demande « si la couche optique n'intervient pas en modifiant le régime de la réaction normale de la voie pyramidale irritée » : toutefois le syndrome thalamique peut s'accompagner d'extension (obs. VII de la même thèse).

Dans une observation de Potts et Weisenburg (*Revue of. neurol. de psych.*, oct. 1910) concernant une tumeur située dans le centre cortical du membre supérieur, le signe de Babinski n'apparaît que lorsque la tumeur envahit le centre de la jambe ou les fibres qui en émanent.

A *quelle période de l'hémiplégie* apparaît le plus souvent le signe des orteils ? Certains auteurs pensaient autrefois qu'il n'existait pas à la période de paralysie flasque et qu'il ne se montrait qu'au moment du passage à la contracture. C'est l'évolution indiquée dans l'hémiplégie infantile par Cruchet.

En réalité, tout au moins chez l'adulte ou le vieillard, les exemples d'extension du gros orteil apparaissant dès l'ictus apoplectique abondent : Goldflam, Cestan et L. Le Sourd (7 cas), Miraillié et Gendron (*Gaz. méd. de Nantes*, 23 sept., 1905), Rossi (*Riv. Neuropatologica*, n° 2, 1908), Brissaud, Pierre Marie (*Revue neurol.*, 1902, p. 1175), etc. Dans un cas, Higier (*Neurol. Centralbl.*, 15 fév. 1910) a eu l'occasion d'examiner un malade quelques minutes avant et après l'ictus : avant, les réflexes cutanés étaient normaux ; un quart d'heure après, le Babinski était net. Crouzon l'a rencontré quelques minutes après l'attaque apoplectique.

Peppo Achiotte (*Congrès Madrid*, 1903) a même signalé le phénomène des orteils comme signe prémonitoire d'un ictus, dans un cas de parésie légère et de paresthésies unilatérales, suivies huit jours après d'une hémiplégie.

La durée du signe de Babinski dans l'hémiplégie est variable. Le même auteur a constaté un Babinski ne durant que deux à trois heures au cours d'une congestion cérébrale avec délire et hémiplégie gauche. Brissaud l'a vu disparaître quatre jours, six jours, huit jours après l'ictus. Dufour (*Revue neurol.*, 1902, p. 1069) a vu le signe de Babinski, bilatéral au début d'une paralysie pseudo-bulbaire chez un jeune, faire place vers le quinzième jour à la flexion des orteils, alors que les réflexes tendineux, absents au début, s'exagéraient et réalisaient même de la trépidation épileptoïde.

Dans d'autres cas, au contraire, le Babinski persiste alors que la réflectivité s'atténue et il reste alors presque le seul reliquat de l'hémiparésie.

D'une façon générale l'extension des orteils est plus marquée dans l'hémiplégie récente que dans l'hémiplégie ancienne (Babinski).

Le signe de Babinski peut dans une hémiplégie exister *du côté sain* comme du côté malade. Nous avons récemment observé avec Aymès un cas où la contracture en flexion des orteils du côté parésié empêchait l'extension du gros orteil et où celle-ci n'existait que du côté en apparence sain. Je dis en apparence sain : car il est vraisemblable que, chez les artérioscléreux âgés qui font une hémiplégie, la circulation de l'autre hémisphère n'est pas toujours brillante et qu'il y existe des lacunes, des petits foyers de ramollissement de la voie pyramidale, suffisants pour provoquer le phénomène des orteils sans parésie appréciable. Dans quelques cas, on rattache le signe de Babinski du côté sain à la partie du faisceau pyramidal qui ne s'entrecroise pas, faisceau homolatéral.

Nous avons déjà insisté ailleurs sur les modalités du réflexe plantaire contralatéral chez les hémiplégiques pour y revenir à nouveau ici.

A l'opposé du syndrome pyramidal, comme l'hémiplégie, dans lequel le déficit prédomine, se place le syndrome excito-moteur cortical réalisé par l'ÉPILEPSIE.

Babinski (*Soc. de neurol.*, 6 juillet 1899) est des

premiers à avoir signalé l'extension des orteils, uni ou bilatérale, au moment et après la crise d'épilepsie essentielle ou symptomatique, et à faire de ce symptôme, quand il existe, un élément de diagnostic différentiel important avec l'attaque d'hystérie.

Crouzon (*Revue neurol.*, 1900, p. 1007) trouve l'extension des orteils au cours de 37 paroxysmes convulsifs chez 27 malades, parfois durant tout le cours de la crise, parfois seulement à la fin de la crise, ou même quelques minutes après. Charuel (*Th. de Nancy*, 1899-1900) le trouve à la fin de la crise, un quart d'heure ou même une demi-heure après son début, quand le malade n'a pas encore repris complètement conscience, 21 fois sur 36 cas, soit dans 76 p. 100 des cas. Pour Crouzon l'extension des orteils peut parfois se retrouver encore le lendemain de la crise.

D'après Esmenard (*Th. de Paris*, 1902) chaque malade réagit toujours de la même façon au cours de ses crises. Les uns réagissent au chatouillement plantaire d'abord par l'immobilité, puis par la flexion; d'autres par l'immobilité, puis par l'extension, enfin par la flexion; d'autres encore par l'extension durant tout l'accès.

Pour Stempel et Berg (*Neurol. Centralbl.*, 16 août 1910), qui chez 50 épileptiques essentiels constatent dans 86 p. 100 des cas une extension, bilatérale (29 cas) ou unilatérale (9 cas), la répétition des crises augmente la durée de la période pendant laquelle on peut provoquer le signe de Babinski, mais non pas la fréquence du signe. Chez leurs épileptiques, ces auteurs ont constaté dans 28 p. 100 le signe d'Oppenheim et dans 8 p. 100 celui de Mendel-Bechterew.

Chez un malade de Landau (*Presse méd.*, 23 juillet 1917), le chatouillement de la plante provoquait au début de la crise une extension du gros orteil, qui devenait spontanée et permanente pendant la généralisation du mal et disparaissait après la crise. Un malade d'Olivier et Aymès (*Presse méd.*, 8 juillet 1918) qui avait un Babinski d'un côté ne présentait que le réflexe d'adduction du pied de l'autre côté, où le membre était atteint de paralysie du sciatique poplité externe.

Dans tout cas de crise nerveuse à diagnostic difficile, il est donc important de rechercher le réflexe plantaire, si l'on assiste à la crise ou si on peut voir le malade peu après cette dernière. Cette année-ci encore nous avons pu chez un malade de notre service hospitalier, en instance de pension de réforme, conclure, grâce à l'extension post-paroxystique des orteils, à l'organicité de crises dont la nature ne nous avait pas paru au premier abord des plus franches.

La cause de l'épilepsie importe peu pour la production de l'extension de l'orteil au cours de l'attaque. Elliot et Walsh (*Lancet*, 1925, n° 2) l'ont signalée dans un cas d'éclampsie.

Sauf dans certains cas d'épilepsie symptomatique d'une lésion cérébrale avérée (encéphalopathie infantile, tumeur, etc.), on ne trouve pas le réflexe plantaire en extension dans l'intervalle des accès convulsifs.

Signalons le cas assez curieux d'un malade de Tournay (*Soc. de neurol.*, 15 mars 1925), atteint d'hémorragie méningée traumatique, dont le réflexe plantaire, en extension en dehors des crises, était aboli momentanément durant la crise, pour réapparaître en extension une minute après.

Des hémiplégies et des lésions vasculaires, infectieuses ou néoplasiques de la voie pyramidale qui les provoquent, des épilepsies essentielles ou symptomatiques, nous pouvons rapprocher les MÉNINGITES ET LES MÉNINGOCORTICALITES, qui peuvent irriter plus ou moins le cortex rolandique et provoquer le signe de Babinski.

D'après Netter, dans la *méningite cérébro-spinale*, le signe de Babinski est très rarement constaté, à l'exception des cas qui se compliquent d'hémiplégie définitive ou transitoire. Dans certaines épidémies cependant il serait retrouvé dans 40 p. 100 des cas (Brudzinski) ou tout au moins serait fréquent (Krause, *Berl. Klin. Woch.*, 1905, nos 31 et 32); le plus souvent il est transitoire. Hutinel et Voisin l'ont noté 3 fois sur 15.

Dans la *méningite tuberculeuse*, Bruzinski constate l'extension des orteils dans 50 p. 100 des cas survenant après la première enfance. Il y a souvent des différences entre les réflexes plantaires des deux côtés : cette différence s'accentue dans la forme hémiplégique de la méningite tuberculeuse.

Dans la *méningo-encéphalite syphilitique*, la paralysie générale, Ardin Delteil et Rouvière (*Soc. de neurol.*, nov. 1900) trouvent le signe de Babinski 7 fois sur 35, Charruel (*Th. de Nancy*, 1899-1900) 14 fois sur 20 (7 fois unilatéral, 7 fois bilatéral), Nicolo Casillo (*Ann. di neurol.*, 1906) dans 26 p. 100. Par contre Gordon (*Journ. of neurol. and psych.*, 1907) l'a rarement observé sur un ensemble de 60 paralysies générales, et Robert et Fournial (*Revue neurol.*, 1906, p. 977), 1 fois sur 66 cas. Ces derniers auteurs insistent par contre sur l'apparition transitoire (durant quelques jours) du signe de Babinski au cours des ictus apoplectiformes ou épileptiformes de la paralysie générale.

Le signe de Babinski ne paraît pas avoir été trouvé dans diverses *maladies mentales*, qui ne s'accompagnent d'aucun substratum organique. Maillard attache une certaine importance dans la démence précoce (*Soc. de psychiat.*, 16 déc. 1909) à la dissociation entre les réflexes tendineux exagérés et le réflexe cutané plantaire aboli : le réflexe plantaire serait aboli dans 75 p. 100 des cas de démences précoces (Maillard trouve, il est vrai, une proportion énorme d'abolition du réflexe plantaire 41 p. 100 des cas chez d'autres malades). La dissociation des réflexes cutanés et tendineux se rencontrerait dans 70 p. 100 des démences précoces et dans 15 p. 100 seulement des autres psychoses.

Perturbations pyramidales d'origine médullaire. — Ici aussi, comme pour les manifestations pyramidales d'origine cérébrale, il y a lieu d'étudier les modalités du réflexe plantaire dans les diverses paraplégies, suivant les affections médullaires ou périmédullaires en cause, suivant le siège en hauteur de la lésion.

C'est surtout au cours des *paraplégies spasmodiques* qu'on constate le signe de Babinski : dans une proportion de 100 p. 100 sur un ensemble de 35 cas observés par Cestan et L. Le Sourd, dans 96,35 p. 100 pour Nonna Baranow (*Encéphale*, janv. 1912), dans 85 p. 100 d'après Chadzinski. L'extension des orteils peut être observée dans les paraplégies flasques, surtout dans celles qui passeront ultérieurement à la spasmodicite, mais également dans celles qui restent définitivement flasques.

Dans les myélites transverses et surtout dans la méningomyélite syphilitique à type de *paraplégie d'Erb*, l'extension bilatérale des orteils est de règle.

Dans la claudication intermittente de la moelle, le signe de Babinski, comme le clonus du pied, peut n'apparaître qu'avec la fatigue de la marche ou être exagéré par elle. (Déjerine, *Presse méd.*, 29 nov. 1911, p. 981.)

Dans la *syringomyélie*, le signe de Babinski fait rarement défaut : 6 fois sur 6 (Cestan et L. Le Sourd), 4 fois sur 9 (Chadzinski), associé avec l'hyperréflectivité des membres inférieurs.

Dans la *sclérose en plaques*, l'extension du gros orteil est notée 18 fois sur 19 (Cestan et L. Le Sourd), 10 fois sur 15 (Chadzinski) uni, ou le plus souvent bilatérale. Guillain (Rapport *Réunion neurol.*, 1925) signale l'extension de la zone réflexogène à tout le territoire de $L^5 S^1 S^2$ (face postéro-externe de la jambe et face postérieure de la cuisse) et la fréquence (1/3 des cas) de l'inversion du réflexe cutané plantaire suivant la position donnée au malade (extension dans le décubitus dorsal, flexion dans la position ventrale jambes fléchies). Déjerine et Thomas notent la variabilité du signe de Babinski, du moins au début de la maladie, variabilité qui peut être rapprochée de l'intermittence des autres symptômes de la sclérose en plaques.

Il est curieux de voir par contre l'extension des orteils manquer souvent dans une affection aussi fréquemment spasmodique que la *sclérose latérale amyotrophique*. Ce fait, signalé incidemment dès 1898 par Cestan et L. Le Sourd (3 faits négatifs sur 3 cas examinés), a été mieux étudié, depuis que Chatelin (*Soc. de neurol.*, 6 nov. 1913) y a consacré une courte note : sur 6 cas, le réflexe plantaire était en extension dans 3 cas, dont deux avec troubles moteurs des membres inférieurs, en flexion dans 3 autres concernant des formes supérieures avec atrophie brachiale et paralysie labioglossolaryngée. Guillain et Alajouanine (*Soc. de biol.*. 2 fév. 1924), à propos de 4 cas s'accompagnant d'exagération des réflexes et même dans 2 cas de clonus du pied, insistent sur la valeur diagnostique de cette dissociation (surréflectivité tendineuse avec réflexe cutané plantaire en flexion), que Monrad Krohn (*Soc. de neurol.*, juin 1925) retrouve dans 3 cas, Bing note également l'absence du signe de Babinski 6 fois sur 6. Le réflexe plantaire, primitivement en flexion, peut ultérieurement se faire en extension (cas d'Head et Riddoch, de Lhermitte, de Monrad Krohn).

Cette absence fréquente d'extension des orteils dans la S. L. A. a reçu des explications différentes. Guillain se demande s'il ne faudrait pas faire intervenir une atteinte simultanée des cornes antérieures du Ve segment lombaire. Dans un des cas de Monrad Krohn, l'atrophie marquée des extenseurs des orteils d'un côté expliquait par l'intervention d'un facteur périphérique le plantaire en flexion de ce côté, alors que, du côté opposé non atrophique, l'extension était nette. Pour Patrikios, qui note le réflexe en flexion dans la moitié des 21 cas personnels qu'il a réunis dans sa thèse (Paris 1918), le faisceau pyramidal serait moins atteint que ne le disent les classiques. Pour Brunschwiller (*Soc. de neurol.*, juin 1925, p. 843), il faudrait peut-être incriminer l'association aux altérations pyramidales, de lésions des éléments anatomiques conduisant la sensibilité nocioceptrice (thalamus, ruban de Reil, substance réticulée du bulbe ou cordons antérolatéraux).

Le signe de Babinski, avons-nous déjà constaté à propos des lésions cérébrales, ne signifie pas toujours lésion, mais parfois simple irritation du faisceau pyramidal. Il n'est donc pas étonnant de le voir apparaître, et ceci avec une fréquence très grande, au cours des *compressions médullaires*, par pachyméningite, par tumeur radiculaire, mal de Pott ou néoplasme secondaire du rachis.

C'est au cours des compressions par *tumeurs des méninges* que se trouvent développés au maximum les réflexes de défense; et bien des auteurs considèrent l'extension des orteils comme une première ébauche des réflexes de défense. Cependant dans la paralysie en flexion, dont la contracture cutanéo-réflexe s'accompagne d'exagération considérable des réflexes de défense, le signe de Babinski est inconstant (Nicaud, *Th. de Paris*, 1914).

Les paraplégies pottiques sont presque toujours spasmodiques. Dès leur début, même quand elles paraissent flasques, les réflexes tendineux sont le plus souvent exagérés et le signe de Babinski constant (Dupré et Camus. *Revue neurol.*, 1906, p. 1. Bard. *Revue neurol.*, 1905, p. 508). Dans la paraplégie en flexion le signe de Babinski peut disparaître avec l'abolition des réflexes tendineux, et le pronostic en est alors sérieux. De même dans les cas de parésie flasque permanente où le signe des orteils vient à s'effacer (Mme Sorrel-Déjerine. Thèse de Paris 1925).

Dans le cancer vertébral, dans la paraplégie douloureuse des cancéreux, l'atteinte reste longtemps plus radiculaire que médullaire, et à cette première phase le réflexe plantaire se fait en flexion, comme nous l'avons souvent constaté (*Marseille méd.*, 15 fév. 1925). Ce n'est qu'à une phase tardive que la spasmodicité apparaît et avec elle le signe de Babinski.

Une question intéressante est celle du réflexe plantaire dans les *lésions traumatiques de la moelle*. Dès ses premières recherches, Babinski avait constaté l'absence d'extension du gros orteil dans deux cas, mais ne voulait tirer aucune conclusion de ces deux seuls faits. Déjerine, avec Lévy-Valensi, puis avec Long, avait publié un cas de destruction traumatique complète du VIIe segment cervical avec flexion plantaire des orteils et réflexe de défense (*Soc. de neurol.*, 12 déc. 1912). Les nombreuses blessures de la moelle dues à la guerre ont permis de mieux élucider cette question.

Mme et M. Déjerine, avec Mouzon (*Revue neurol.*, 1915, p. 160), opposent dès le début de la guerre le syndrome de section incomplète où le réflexe plantaire se traduit d'une façon constante par l'extension (7 cas de paraplégie flasque ou spasmodique) et le syndrome de section complète, où la réaction habituelle est la flexion. Dans 6 de ces derniers cas, ils notent cependant d'une façon passagère une extension du gros orteil, généralement précédée d'une légère flexion. Ils insistent sur la variabilité des mouvements des orteils suivant la zone excitée ou la période de l'excitation, sur l'instabilité de ces réflexes.

Dans certains cas ils ont vu, après une phase de choc où le réflexe était absent, la flexion s'installer du deuxième ou cinquième jour et persister en flexion jusque quelques heures avant la mort, même chez un malade suivi jusqu'au quarantième jour. Pour ces auteurs « le fait que dans les sections complètes de la moelle épinière la réaction à l'excitation de la plante du pied se traduit habituellement par la flexion plantaire du gros orteil montre que pour conditionner le signe des orteils, il faut autre chose que la dégénérescence du faisceau pyramidal. »

Guillain et Barré, dans leur étude sur 16 cas de section totale de la moelle (*Annales de méd.*,

avril 1917 et *Soc. de neurol.*, 6 fév. 1919) confirment les recherches de Mme et M. Déjerine. Le réflexe cutané plantaire, en cas de destruction brusque et complète de la moelle dans la région dorsale, conserve son sens normal, en flexion ; mais il est de type anormal : lenteur sans brusquerie, parfois faiblesse, mais souvent assez grande amplitude, temps de latence exagérée, lenteur du retour à la position de repos. Le réflexe en flexion a été constaté deux heures après la blessure et gardait la même forme durant la période agonique. Il y avait dans la plupart des cas abolition des réflexes cutanés de défense.

Un réflexe cutané plantaire persistant en extension à tous les examens « permet donc d'affirmer qu'il n'existe pas de section anatomique ou physiologique de la moelle » (*Presse méd.*, 9 nov. 1916). A noter cependant dans quelques-uns de leurs cas de section complète, mais d'une façon toujours passagère, deux fois une extension du gros orteil avec flexion des petits, parfois une extension succédant à une flexion initiale.

L'opinion de Mme et M. Déjerine, de Guillain et Barré n'est cependant pas admise par tous les auteurs. André Thomas (*Soc. de neurol.*, 6 mars 1919), dans deux cas de section complète de la moelle, voit au réflexe plantaire en flexion de la période de début se substituer un réflexe en extension qui persiste jusqu'au décès. Dans un cas où l'autopsie montre une séparation de la moelle en deux tronçons au niveau de la IIIe dorsale, Litvak (*Bull. delle scienze med.*, fév. 1919) observe le signe de Babinski dès le deuxième jour. Lhermitte, Rose, Fernand Lévy, Marburg, Foerster, Brouwer, Saenger ont eux aussi constaté le phénomène des orteils dans les sections complètes.

Riddoch (*Brain*, 1917, p. 265) dans les sections totales voit les réflexes passer par trois phases : abolition des réflexes cutanés et tendineux à la période de flaccidité musculaire, — retour des réflexes plantaires coïncidant avec la période d'activité réflexe et se faisant, soit sous forme d'adduction et de flexion des orteils, avec ou sans relâchement des muscles extenseurs du pied, soit sous forme d'extension des orteils avec contraction des muscles extenseurs du pied, — disparition progressive des réflexes vers l'approche de la mort. Dans les sections incomplètes, le réflexe plantaire en extension est plus fréquent que le réflexe en flexion.

Pour Claude, au début de la phase de coma médullaire, le réflexe plantaire, contrairement à l'opinion de Guillain et Barré et conformément à celle de Déjerine, de Riddoch, est momentanément aboli. Dans certains cas le réflexe en extension dans la section totale peut s'expliquer par une lésion du sciatique poplité externe ou de ses racines.

En résumé la forme du réflexe ne paraît pas pouvoir trancher d'une façon absolue le diagnostic entre la section complète ou incomplète ; toutefois l'apparition précoce d'un signe de Babinski serait plutôt en faveur d'une section incomplète.

Pour Minkowski l'évolution du signe dans le temps aurait une certaine valeur pronostique : un réflexe en flexion se transformant au bout de quelques jours ou de quelques semaines en un réflexe en extension serait l'indice d' « une évolution progressive de la moelle isolée » et serait d'un pronostic moins mauvais que le passage de l'extension à la flexion, puis à l'aréflexie plantaire.

Nous ne pouvons abandonner la pathologie médullaire sans consacrer une courte étude au signe de Babinski dans la *poliomyélite*.

Dans la poliomyélite chronique de l'adulte, dans le syndrome d'Aran-Duchenne, le signe de Babinski fait défaut. Mais parfois ce syndrome n'est que le début d'une syphilis médullaire, d'une syringomyélie, d'une sclérose latérale amyotrophique et à une phase tardive, quand le processus ne reste plus localisé aux cornes antérieures et envahit le faisceau pyramidal, l'extension plantaire apparaît.

Dans la poliomyélite aiguë épidémique, dans la *paralysie infantile*, infection considérée pendant longtemps comme strictement localisée aux cornes antérieures, le réflexe plantaire se fait habituellement en flexion. D'assez nombreux neurologistes ou pédiatres ont publié cependant des exceptions avec extension du gros orteil.

Déjerine et Thomas (in « Maladies de la moelle », *Traité* Gilbert et Carnot), Netter et Devé, Netter et Halipré, Lesné (cités par Schreiber, *Th. de Paris*, 1912), Saunderns (*Roy. soc. of. méd. of. London*, 14 déc. 1911), Salmon (*Riv. crit. di clin. med.*, 1921, n° 11 et 12), Tournay (*Soc. de neurol.*, 6 nov. 1924), Monrad Krohn et Lossen 2 cas, Babonneix (*Soc. de neurol.*, avril 1924), etc. La fréquence de cette extension est variable suivant les auteurs. Mme Tinel-Giry (*Th. de Paris*, 1912) réunit 156 observations de paralysie infantile avec Babinski dans deux cas seulement. Par contre Léri et Basile (*La Médecine*, février 1923) retrouvent le signe de Babinski 5 fois sur 10. Sans pouvoir fournir de statistique précise, nos recherches personnelles nous ont montré la fréquence relative de l'extension du gros orteil dans les divers cas examinés dans ce but.

Il faut, comme Souques avec Stephen Chauvet et avec Ducroquet (*Soc. de neurol.*, 6 juil. 1911 et 6 mars 1924), comme Sicard avec Haguenau et avec Seligmann (*Soc. de neurol.*, 15 mars 1919 et 8 janv. 1925) y ont insisté, distinguer deux sortes de faits, pour lesquels des explications différentes sont valables.

Dans un premier groupe, il s'agit d'un faux Babinski d'origine périphérique par dysharmonie tonique locale, par prédominance du tonus des extenseurs sur celui des fléchisseurs. L'atteinte polimyélitique a été discrète. Les fléchisseurs sont atrophiés, alors que les extenseurs sont conservés. Le malade ne peut spontanément fléchir la première phalange du gros orteil, alors qu'il peut l'étendre. L'examen électrique montre une réaction de dégénérescence partielle des muscles de la loge postérieure, complète des interosseux, des court fléchisseur, adducteur et abducteur du gros orteil, alors que l'extenseur propre du gros orteil ne présente aucun trouble de l'excitabilité électrique. L'excitation plantaire mettant par voie réflexe en action les agonistes (fléchisseurs) et les antagonistes (extenseurs), et la réponse ne pouvant se faire en flexion, seul le mouvement d'extension a lieu.

Fait particulier, dans ces cas, l'atrophie des muscles fléchisseurs se traduit par une déformation du pied avec griffe des orteils et concavité plantaire exagérée. Sur 12 reliquats de paralysie infantile qu'ils examinent, Souques et Ducroquet trouvent 4 fois l'extension des orteils, en rapport avec cette griffe pied creux; 8 fois le phénomène des orteils faisait défaut, en coïncidence avec une altération des extenseurs des orteils. Laignel-Lavastine (*Soc. méd. des hôpit.*, 29 mai 1925) a vu, chez une paraplégique à début brusque d'origine poliomyélitique, le réflexe plantaire, en flexion au début à la phase de paralysie diffuse, puis en extension au stade d'atrophie mus-

culaire avec réaction de dégénérescence des muscles plantaires et intégrité relative de la loge antéro-externe.

Il n'est que juste de rappeler la remarque princeps de Babinski (1898) : « Je n'ai pas constaté le signe des orteils dans la poliomyélite antérieure, sauf chez un sujet dont les fléchisseurs étaient complètement atrophiés. Il s'agissait là d'un cas tout spécial, les orteils se trouvant en raison du siège de l'amyotrophie, dans l'impossibilité d'exécuter de mouvement volitionnel ou de mouvement réflexe de flexion ».

Dans un second groupe de faits rentrent les signes de Babinski légitimes, par extension de la lésion poliomyélitique au faisceau pyramidal, et avec souvent atrophie globale des divers groupes musculaires du membre sans dystonie locale. Il pourrait y avoir dans ces cas éventail et ébauche de retrait réflexe du membre.

Léri, ayant observé chez ses paralytiques l'absence de griffe pied creux et dans un cas tout au moins un tonus plus puissant dans les fléchisseurs que dans les extenseurs, se rattache plutôt à l'origine médullaire qu'à l'origine périphérique de l'extension des orteils dans la poliomyélite. Dans nos cas, nous avons fait étudier comparativement la réaction électrique des fléchisseurs et des extenseurs et nous n'avons pas remarqué de différence bien sensible. Nous avons vu récemment le Babinski à un stade assez précoce, et, à l'inverse de l'hypothèse de Souques, dans le membre le moins atteint par la paralysie infantile. Babinski ne disait-il pas d'ailleurs, il y a une quinzaine d'années (*Revue neurol.*, 1910, p. 601) : la présence du signe des orteils « confirme ce que l'anatomie pathologique avait déjà montré, à savoir que les lésions de la poliomyélite antérieure aiguë peuvent ne pas rester cantonnées dans les cornes antérieures de la moelle et envahir les cordons latéraux. Sa fréquence prouve que dans cette affection l'envahissement de la substance blanche est chose assez commune ».

Dans le *tabes*, Pierre Marie (*Leçons sur les maladies de la moelle*) trouve le réflexe plantaire irrégulier, tantôt conservé, tantôt aboli, surtout dans les cas d'anesthésie plantaire, mais jamais en extension. Cestan et L. Le Sourd notent 19 fois la flexion, 15 fois le silence.

Le réflexe plantaire peut se trouver en extension s'il y a association d'une lésion pyramidale comme dans les cas d'hémiplégie chez les tabétiques.

Le SIÈGE EN HAUTEUR des lésions pyramidales dans la moelle n'a pas d'importance pour la modalité du signe de Babinski. Cependant les scléroses latérales amyotrophiques type cervical s'accompagnent moins d'extension des orteils que le type inférieur à forme de paraplégie spasmodique. Seule l'atteinte grave du segment médullaire L^4 L^5 S^1, correspondant au réflexe cutané plantaire, ou des conducteurs qui en partent, peut empêcher la production du réflexe en extension. Péron, dans son intéressante thèse sur *Le Syndrome des nerfs de la queue de cheval* (Paris, 1926) signale l'abolition du cutané plantaire dans le syndrome traumatique complet lombosacré L^2 S^6, le caractère indifférent de ce réflexe dans le syndrome moyen L^5 S^6. Il insiste sur le caractère en flexion ou l'absence de réponse (par griffe associée) dans les tumeurs de la queue de cheval; l'existence d'un signe de Babinski situe la lésion au-dessus du renflement lombaire.

SYNDROMES EXTRAPYRAMIDAUX

A côté des syndromes pyramidaux ont pris place ces derniers temps une série de syndromes, qui, pour quelques-uns tout au moins, avaient été longtemps confondus avec eux, se rapprochant des contractures pyramidales par une rigidité, d'ailleurs de type spécial, et s'en distinguant par la coexistence de mouvements automatiques anormaux (tremblement, athétose, etc.). A part quelques exceptions, ces syndromes ne modifient pas le réflexe cutané plantaire.

Huet et Alquier (*Soc. de neurol.*, 4 juin 1903) ont étudié ce dernier dans 27 cas de *maladie de Parkinson* : le réflexe se fait toujours en flexion tant que la raideur n'immobilise pas complètement les orteils. Avant eux, Cestan et L. Le Sourd avaient signalé le caractère normal du réflexe chez 4 parkinsoniens. Quelques cas ont été signalés (Raymond, Lhermitte, Loewy) de Babinski positif, témoignant sans doute d'une extension du processus à la voie pyramidale; mais les documents anatomiques font encore défaut.

Dans l'*athétose* pure, dans la *maladie de Wilson*, le signe de Babinski n'a été relevé qu'exceptionnellement et à titre temporaire. Et encore peut-on se demander avec Cecile Vogt s'il ne s'agit pas d'un faux Babinski par mouvements athétoïdes spontanés des orteils.

Mais souvent les syndromes striés ne sont pas purs. Aussi n'est-il pas étonnant que, par exemple dans les syndromes strio-pyramidaux des encéphalopathies infantiles avec double athétose, on puisse avoir au contraire, comme dans une observation de Guillain et Dubois, un signe de Babinski constant avec zone réflexogène particulièrement étendue.

Tel est également le cas de la *chorée*. Dans les chorées chroniques pures, en particulier dans la chorée d'Huntington, le signe de Babinski est absent, du moins dans les trois cas que nous avons vus récemment (avec J. Reboul-Lachaux et P. Antonin, *Marseille méd.*, 5 avril 1925, — avec G. Aymès, *ibidem*, 15 juin 1920). Mais dans la chorée de Sydenham, infection diffuse des centres nerveux, qui, tout en prédominant au niveau des corps striés, atteint également les voies cérébelleuses et le système pyramidal, on peut trouver le réflexe des orteils en extension avec même éventail. Telles les observations de Charpentier (*Soc. de neurol.*, 6 déc. 1906), d'André Thomas (*Soc. de neurol.*, 6 mai et 3 juin 1909, 10 mars 1910). Babinski l'a constaté prédominant du côté le plus choréique et évoluant parallèlement à la chorée. Babonneix a noté sa présence uni ou bilatérale 3 fois sur 23 cas (*Arch. de méd. enf.*, déc. 1908). Les signes d'Oppenheim et Schaefer sont moins fréquents. Nous avons noté le réflexe plantaire tantôt en flexion, tantôt en extension surtout dans les cas qui s'accompagnent d'hémiparésie : il ne s'agissait pas bien entendu de mouvements choréiques spontanés du gros orteil qui peuvent parfois en imposer pour un Babinski.

Rappelons que, pour Poussep, le réflexe en abduction du petit orteil par excitation de la partie externe de la plante serait particulier (ce qui est contesté par Babinski) aux syndromes extrapyramidaux.

SYNDROMES CÉRÉBELLEUX

Un syndrome cérébelleux pur, par exemple l'hémiplégie cérébelleuse par artérite, ne modifie pas le réflexe cutané plantaire. Nous ne connaissons qu'une

observation un peu ancienne, celle de Lamy (*Soc. de neurol.*, 6 juillet 1905) concernant un ramollissement hémorragique cortical du cervelet gauche, avec Babinski bilatéral; l'auteur rattache d'ailleurs l'extension des orteils, non à la localisation cérébelleuse, mais à l'ictus apoplectique qui s'est manifesté, malgré l'absence de lésion hémisphérique ou d'hémorragie méningée, par une hémiparésie et des convulsions épileptiformes.

Il peut y avoir des syndromes cérébelleux par tumeur, qui, par l'intermédiaire de l'hypertension intracranienne ou par compression directe du pédoncule ou de la protubérance, irritent le faisceau pyramidal et provoquent le signe de Babinski.

Certaines lésions des pédoncules cérébelleux supérieurs retentissent sur la voie pyramidale. Dans la maladie de Friedreich, association cérébello-pyramidale classique, Cestan et L. Le Sourd signalent le signe de Babinski dans les 8 cas qu'ils ont étudiés à ce point de vue (ce signe de Babinski fait contraste avec l'abolition des réflexes tendineux). Il a été également constaté dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse, au cours de laquelle les réflexes tendineux sont plutôt exagérés.

SYNDROMES PÉRIPHÉRIQUES

L'état du réflexe cutané plantaire pathologique dans les affections nerveuses périphériques a fait l'objet d'un petit nombre de travaux.

Lortat-Jacob a publié un cas de *polynévrite* avec signe de Babinski bilatéral, prédominant d'un côté. A part quelques réserves qu'on pourrait émettre avec Marguerite Noel (*Th. de Paris*, 1925) au sujet du diagnostic (possibilité d'une poliomyélite douloureuse), rappelons que Lortat-Jacob admet dans son cas une pathogénie analogue à celle du signe des orteils dans la poliomyélite, faux Babinski d'origine périphérique par hypertonie des extenseurs sur les fléchisseurs.

Pareille dystonie peut se constater dans les *paralysies du nerf crural*. Quand on commande au malade de raidir sa cuisse, les muscles cruraux ne pouvant se contracter et l'influx volontaire diffuse dans les muscles antagonistes tributaires du sciatique. Les extenseurs du pied relèvent énergiquement le gros orteil, les autres orteils et même le pied, surtout si le mouvement est exécuté dans la position horizontale, le malade étant couché (Sicard et Roger. *Marseille méd.*, 1918, p. 340). Dans 4 sur 7 observés récemment par Sicard et Haguenau (*Revue neurol.*, 1919, p. 457) « le chatouillement plantaire localise le réflexe normal de défense dans les seuls muscles à motricité conservée, et parmi ceux-ci les extenseurs du pied étant prépondérants, l'extension du gros orteil peut se dessiner nettement ». La méconnaissance du mécanisme de ce faux Babinski d'origine périphérique avait fait antérieurement supposer une association médullaire inexistante.

Bersot a étudié le réflexe cutané plantaire dans les *lésions du sciatique* (*Arch. suisses de neurol.*, 1921, p. 339). Dans la section totale le réflexe plantaire normal existe : la conduction centripète se ferait par la suppléance du nerf saphène interne qui entrerait en une sorte de surfonction. L'excitation du bord interne provoque plus souvent la réaction que l'excitation du bord externe. On trouverait parfois le signe de Babinski parmi les réactions contralatérales obtenues par excitation du côté lésé ainsi que parmi les réactions homolatérales obtenues du côté sain.

Déjerine et Jumentié attribuent l'absence unilatérale du signe de Babinski, dans une lésion médullaire transverse incomplète avec état spastique d'origine traumatique, à l'association d'une blessure périphérique du sciatique poplité externe qui causait une paralysie complète de l'extension du gros orteil.

Pour Mlle Athanassio-Benisty (*Formes cliniques des lésions des nerfs*, Masson, 1916), dans les paralysies totales du sciatique, le réflexe cutané plantaire, cherché sur le bord interne du pied, amène quelquefois une contraction du fascia lata, mais sans aucun mouvement du pied. Dans les sections du sciatique poplité externe, le réflexe cutané plantaire se fait toujours en flexion. L'auteur ne signale pas l'état du réflexe dans les paralysies du sciatique poplité interne.

Pitres et Vaillard (*Maladies des nerfs périphériques*, Baillière, 1924) notent l'abolition du réflexe cutané plantaire dans les sections du tronc du sciatique ou du sciatique poplité interne.

On voit les discordances qui existent entre les divers auteurs.

Dans la *névralgie sciatique*, le réflexe cutané plantaire est généralement affaibli (Barré) ou parfois aboli, en tout cas souvent incomplet, avec absence de la contraction du tenseur du fascia lata (Bonola. *Revue neurol.*, 12 fév. 1917, Sicard, 1915). La constatation d'un signe de Babinski au cours de cette névralgie doit attirer aussitôt l'attention sur la moelle et orienter vers le diagnostic de syphilis ou de compression médullo-radiculaire.

Dans les MYOPATHIES, Crouzon (*Congrès de méd.*, Lyon 1911) signale un signe des orteils en extension chez un enfant de huit ans qui n'avait pas encore marché et se demande s'il ne s'agissait pas d'une agénésie pyramidale. Léri, Girot et Basch (*Soc. de neurol.*, 1er mars 1923) ont observé sur sept cas de myopathie deux fois le signe de Babinski uni ou bilatéral chez des adultes aux réflexes tendineux et idiomusculaires abolis. Ils rapportent ce signe à une atteinte pyramidale et le rapprochent des contractions fibrillaires, de l'abolition des réflexes tendineux avec conservation des muscles, de la réaction de dégénérescence, des lésions médullaires nécropsiques signalées dans certaines observations, tous symptômes en faveur d'une atteinte médullaire dans les myopathies.

Nous avons avec Aymès et Rottenstein publié un cas où les dystrophies musculaires à type de myopathie pseudo-hypertrophique vraisemblablement hérédo-syphilitique s'associaient à une contracture en flexion du membre inférieur gauche avec luxation congénitale de la hanche et pied bot et à un état spasmodique des membres inférieurs avec Babinski gauche (*Marseille méd.*, 1922, p. 773-780).

Nous avons par ailleurs dans divers autres cas de myopathie trouvé assez de petits signes médullaires pour admettre l'origine pyramidale de ce signe de Babinski. On pourrait, il est vrai, comme Sicard a proposé cette explication pour le cas de Léri, songer dans notre cas, en raison du pied bot, à une origine périphérique; mais l'électrodiagnostic ne montrait pas de différence dans les deux branches du sciatique.

Un facteur périphérique pourrait intervenir également dans le Babinski qu'on constate dans le RHUMATISME CHRONIQUE. Mme Marguerite Noël en rap-

porte dans sa thèse un cas dans une rigidité du cou-de-pied après infiltration scléreuse de la jambe d'origine variqueuse chez un syphilitique: l'on avait d'abord pensé à une lésion médullaire associée, mais Sicard conclut à un faux Babinski d'origine périphérique.

Bard, à l'occasion d'un cas de paraplégie pottique (*Revue neurol.*, 30 mai 1905) et d'un cas d'hémiplégie (*Revue neurol.*, 30 juin 1907) avait déjà incriminé une déformation du pied comme susceptible d'expliquer la création, par un fonctionnement asymétrique des deux pieds dans la marche, d'un régime de réflexe des orteils différent des deux côtés. L'usage habituel de la machine à coudre pourrait également, d'après cet auteur, par le fonctionnement spécialisé de certains muscles, exercer une influence sur les réflexes normaux et par contre-coup sur leurs perturbations pathologiques.

Léri, sur 50 *rhumatisants chroniques* du service de P. Marie, a trouvé 8 fois un réflexe en extension; l'extension était aussi fréquente que la flexion, exclusion faite des nombreux cas d'orteil immobile ou de plante douloureuse. Cet auteur se demande si cette extension ne plaide pas en faveur d'une origine médullaire possible des rhumatismes ou si elle est la conséquence d'une irritation méningo-médullaire d'origine spondylosique (*Bull. méd.*, 11 mai 1910, et *Soc. de neurol.*, 6 juillet 1911). Par contre, Sanz (*Revue clin. de Madrid*, 1er août 1911) n'a pas retrouvé le phénomène des orteils; dans les 14 cas où il l'a recherché, le réflexe plantaire se faisait en flexion.

SYNDROMES INFECTIEUX DES CENTRES NERVEUX

Nous avons déjà étudié les modalités du réflexe plantaire et l'apparition du signe de Babinski dans la chorée de Sydenham, dans la poliomyélite épidémique, dans la syphilis cérébro-médullaire.

L'*encéphalite épidémique*, quoique se localisant plus particulièrement aux noyaux gris centraux, atteint l'ensemble du névraxe (névraxite épidémique). Aussi modifie-t-elle parfois le cutané plantaire et détermine-t-elle un signe de Babinski (Khoury, Claude, Widal, Achard). Nous avons eu l'occasion de constater le phénomène des orteils à diverses reprises, surtout dans les cas graves. Mais, comme pour les réflexes tendineux, il y a une grande variabilité (Achard, Leblanc et Rouillard. *Soc. de neurol.*, 3 juin 1920), suivant les moments, et surtout des dissociations curieuses du syndrome pyramidal, clonus du pied sans Babinski ou Babinski avec réflexes tendineux diminués.

Par contre, Bychowsky n'aurait pas constaté de signe de Babinski dans 100 cas d'encéphalite.

D'autres infections localisées aux centres nerveux comme le tétanos, la rage paraissent susceptibles de s'accompagner de signe de Babinski.

Rappelons la constatation du phénomène des orteils dans les méningites aiguës.

SIGNE DE BABINSKI ET MALADIES NON SYSTÉMATISÉES AU SYSTÈME NERVEUX

Le signe de Babinski a été signalé dans diverses infections, intoxications, auto-intoxications qui peuvent retentir dans les cas graves sur le névraxe.

INFECTIONS. — *Dans la fièvre typhoïde*, L. Lévi (*Soc. de neurol.*, 8 nov. 1900) l'a constaté 10 fois sur 20, soit dans 50 p. 100 des cas, du septième au quarantième jour et même après la convalescence, en concordance ou non avec la trépidation épileptoïde du pied assez fréquente dans les formes graves de la maladie, mais toujours associé à des troubles délirants. Dans deux cas seulement, il paraissait exister un début de myélite. Kornilof (*Deutsch. Zeitsch. f. Nerven.*, 1903, p. 216) l'a également signalé dans la fièvre typhoïde.

Dans la *scarlatine*, Kiroff (*Soc. de neurol.*, 9 nov. 1905) a remarqué, dans certains cas graves avec hyperthermie, forte éruption, délire, méningisme ou méningite, un réflexe plantaire en extension, qui redevenait en flexion dès que la température baissait, que l'éruption pâlissait et que l'état nerveux se calmait. Sur 17 de ces cas, 10 se sont terminés par la mort, 5 par méningite, 3 par méningisme et 2 par broncho-pneumonie; à l'autopsie de l'un d'entre eux, on n'a trouvé que de l'hyperémie du cerveau et de la pie-mère. Rolleston (*Quaterly journal of. med.*, janv. 1908) a observé : 20 cas graves avec 14 cas de phénomène des orteils généralement bilatéral, précoce et persistant une vingtaine de jours, — 23 cas légers avec 4 signes de Babinski de plus courte durée, — 132 cas moyens avec 66 fois extension des orteils. Le signe des orteils est d'autant plus fréquent que le sujet est plus jeune.

Dans la *diphtérie*, le même auteur (*Rev. of neurol.*, juil. 1910) relate le signe de Babinski dans 19 p. 100 des cas, chez l'adulte comme chez l'enfant, surtout dans les formes graves; le réflexe se fait à nouveau en flexion à la convalescence. Rolleston attache au phénomène des orteils une valeur pronostique appréciable (Kiroff l'a également noté dans 3 angines diphtériquee graves) et même une valeur diagnostique, les autres angines aiguës modifiant peu le réflexe cutané plantaire.

INTOXICATIONS. — Dans l'anesthésie par l'*éther*, on pourrait d'après Bickel observe un réflexe en extension au moment qui précède la suppression complète des réflexes, mais ce fait n'est pas confirmé par tous les auteurs. De même dans la narcose *chloroformique* (d'après Elliot et Walsh).

Walton et Paul signalent le signe des orteils dans l'*intoxication alcoolique*, Babinski dans l'intoxication par la *strychnine* (avec réapparition du réflexe cutané plantaire normal quarante-huit heures après).

Le coma profond de l'intoxication *véronalique* s'accompagne de signe de Babinski (Wilcox, Cole). Dans une intoxication par le sulfonal (0.90 par nuit pendant cinq nuits), on pensa à cause de ce signe à une méningite tuberculeuse; avec la guérison le réflexe revint à la flexion.

Dans l'intoxication oxycarboné, Wilson et Winklemar ont obtenu dans 2 cas la flexion, l'extension dans 2 cas (qui moururent).

AUTO-INTOXICATIONS. — Curschmann (*Münch. med. Woch.*, 26 sept. 1911, p. 2135) accorde une grande valeur au signe de Babinski comme symptôme prémonitoire d'un coma *urémique* : dans 3 cas, cette constatatien permit à l'auteur, vingt-quatre à trente-six heures avant, de prédire l'attaque urémique.

Fette (*Berlin klin. Woch.*, 17 janv. 1910), qui a rencontré moins souvent ce signe, lui attache moins d'importance. Quelques auteurs ne trouvent ce signe de Babinski dans l'urémie qu'au cours ou à la suite des crises épileptiques.

Dans le *diabète*, Emmons oppose certains cas de coma avec réflexe plantaire en extension à la crise

de confusion mentale légère et d'inquiétude qui accompagne les cas légers d'hypoglycémie insulinique où le réflexe plantaire se fait en flexion.

Elliot et Walsh (*Lancet*, 1925, n° 2) insistent sur la présence d'un signe de Babinski bilatéral dans *les atteintes graves du foie*, d'origine infectieuse, toxique ou néoplasique, à la période terminale de délire et de coma. Ils rapportent des observations analogues de Rolleston (atrophie jaune aiguë) et de Willcox (ictères infectieux graves). Ils se demandent si l'auto-intoxication d'origine hépatique ne joue pas un rôle dans l'atteinte pyramidale de certaines maladies infectieuses ou toxiques.

Duse (*Arch. di. psich. neuropat.*, 1904, p. 5058) a observé le signe de Babinski chez les *pellagreux*, surtout dans les formes invétérées.

Signalons enfin le signe de Babinski à un stade avancé des *anémies pernicieuses progressives*, par suite de l'atteinte médullaire qui, quoique prédominant aux cordons postérieurs, peut léser la voie pyramidale (syndrome neuro-anémique de Mathieu).

Dans tous ces syndromes infectieux, toxiques ou auto-toxiques, l'apparition du signe de Babinski doit être interprétée comme due à une perturbation du faisceau pyramidal sous des influences toxiques d'origine microbienne, chimique ou dyscrasique.

SIGNE DE BABINSKI ET NÉVROSE

Il reste maintenant à étudier l'importante question du réflexe cutané plantaire pathologique dans la névrose, et en particulier du signe de Babinski dans l'hystérie, question qui a fait couler beaucoup d'encre.

Dès le début de ses travaux, Babinski a insisté, et il y est revenu à maintes reprises, sur l'absence du phénomène des orteils dans les troubles purement fonctionnels, dans l'hystérie. Brissaud, Oppenheim, Binswanger sont du même avis.

Cestan et L. Le Sourd ne trouvent jamais d'extension des orteils dans l'hémiplégie ou la monoplégie pithiatiques.

Pour Ferrier, la réponse en extension est certainement organique; il n'a vu aucune exception à cette règle. Pour Crocq, « lorsque cette extension existe chez l'adulte, il y a 999 chances sur 1.000 pour que l'on ait affaire à une lésion organique du faisceau pyramidal ».

On a bien publié il y a dix à quinze ans quelques cas de paralysie névropathique avec signe de Babinski. Mais avec le recul du temps, on se rend bien compte aujourd'hui qu'il s'agissait d'associations névrosoorganiques. Dans la plupart de ces observations on note l'association de trépidation épileptoïde du pied; or, contrairement à l'opinion qu'avec mon maître Grasset j'avais soutenu dans ma thèse (Montpellier 1908) sur l'exagération des réflexes tendineux dans l'hystérie, les faits nous ont montré qu'on ne peut aujourd'hui rattacher ce clonus qu'à l'irritation pyramidale.

En relisant l'observation de Gentès (in Thèse Fauché, Bordeaux 1899), celle de van Gehuchten concernant une paraplégie spasmodique variable avec antérieurement paralysies oculaires (*Le Névraxe*, 25 janv. 1907), on ne peut s'empêcher de songer à une sclérose en plaques. Le cas de Becco (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liége*, juillet 1903), où une monoplégie crurale passagère s'accompagnait de mouvements de rotation du tronc et de l'épaule, évoque l'idée d'une encéphalite. De même celui d'Ingegnieros (*Presse méd.*, 1906, p. 105) où successivement une hémiparésie passagère s'installe des deux côtés et rétrocède rapidement. Celui de Garbini (*Ann. del manicomio de Perrugia*, août-sept. 1909), concernant une hémiplégie avec aphasie transitoire, paraît correspondre à un de ces spasmes surajoutés à une légère artérite sylvienne que nous avons bien appris à connaître.

Nous-même, nous avions observé d'une façon toute transitoire un signe de Babinski dans une chorée d'allure bizarre que nous avons qualifiée d'hystérique; nous rangerions aujourd'hui certainement ce cas parmi les chorées encéphalitiques.

En résumé, si l'on élimine le faux Babinski d'origine périphérique par atrophie des fléchisseurs plantaires et prédominance des extenseurs des orteils, l'extension réflexe du gros orteil est un signe capital d'une atteinte organique de la voie pyramidale. En dehors des lésions nettement localisées à ce système, la constatation d'un signe de Babinski au cours d'une autre affection nerveuse ou d'une maladie générale oblige à suspecter l'association d'une perturbation pyramidale. Depuis trente ans qu'il a été découvert, le petit signe de l'extension des orteils reste une des acquisitions les plus importantes faites en neuropathologie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 19 MARS 1926)

Péricardite suppurée complication d'une ostéomyélite de la hanche. — MM. Massabuau, Guibal et Laux.

Céphalée consécutive à une anesthésie rachidienne. Guérison par injection sous-cutanée d'eau distillée. — M. G. Sicard.

Tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë; traitement par les rayons ultra-violets. — MM. E. Leenhardt et J. Reverdy.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 10 mai. — Jury : MM. Hartmann, président; Ménétrier, Lemierre et Lardennois. — M. Guérin (M.). De l'acanthome infectieux. — M. Pasgrimaud. La résection du cancer recto-sigmoïdien. — M. Merilio-Sovie. Etude des angiomes de l'intestin grêle. — M. Pariente (Mario). Avicenne (980-1037). — M. Freysselinard. Etude sur une nouvelle forme d'iode.

Mardi 11 mai. — Jury : MM. Carnot, président; Nobécourt, Aubertin et Baudouin. — M. Legate. Diurétiques et carbonaturie. — M. Tolila (H.). Etude sur le traitement de la syphilis. — M. Lévy. Etude sur les cachexies des nourrissons. — M. Lecocq (R.). Diabète sucré infantile et infections.

Jury : MM. Brindeau, président; Lejars, Guillain et Metzger. — M. Lair. De la cholécystite et de quelques affections du rein droit. — M. Lévy-Lang (P.). Etude sur la stérilisation temporaire chez la femme. — M. Tournilhac. Etude de la lithiase urinaire phosphatique.

Vendredi 14 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Hartmann, président; Ménétrier, Coquot, Maignon, Dechambre, Moussu et Panisset. — M. Lestradet. Traitement des plaies par les ventouses. — M. Cros. La race ovine des Causses du Lot. — M. Patriat. L'élevage dans le département de la Meuse.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2* : 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 7 mai 1926. — MM. Bloch (René), Fey et Soupault, 17; Wilmoth, 19.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — MÉDECINE. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séances du 6 mai. — M. Legrand : « Polyglobulies » ; note : 17.

M. Devic : « Les symphyses pleurales » ; note : 15.

M. Riser : « Formes cliniques et traitement de la méningite cérébro-spinale » ; note : 18.

M. Dechaume : « Les procédés de terminaison de la pneumonie lobaire aiguë » ; note : 13.

M. Bertoye : « Les ictères hémolytiques » ; note : 14.

M. Bénard (H.) : « Tachycardie paroxystique » ; note : 20.

Séances du 7 mai. — M. Ben-Hamou : « Valeur séméiologique des grosses vésicules biliaires » ; note : 12.

M. Moreau : « Valeur séméiologique des atrophies musculaires » ; note : 18.

M. Auguste : « Les bases du diagnostic de l'encéphalite épidémique » ; note : 17.

M. Paraf : « Zona » ; note : 19.

M. Bordet : « Formes cliniques de la lithiase biliaire » ; note : 12.

Séances du 8 mai. — M. Gardère : « Complications respiratoires de la rougeole » ; note : 16.

M. Hutinel : « Formes cliniques du cancer de l'estomac » ; note : 19.

M. Roques : « Symptômes et évolution de l'insuffisance ventriculaire gauche » ; note : 15.

M. Weill (M.-P.) : « Insuffisance tricuspidienne » ; note : 19.

M. Barbier : « Syndrome de Raynaud » ; note : 19.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Lamoureux, ministre de l'Instruction publique, après avoir pris connaissance de l'avis exprimé par le Conseil de l'Université réuni à la suite des incidents de l'Ecole de médecine, a pris un arrêté suspendant jusqu'à nouvel ordre le cours d'histologie du professeur Prenant.

Cette fermeture entraîne pour cet enseignement la suspension de tous les actes scolaires (inscriptions et examens, décret du 21 juillet 1897, article 40, paragraphe 4).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

(A titre posthume.) *Au grade de chevalier.* — « Service de santé de l'armée française du Rhin : Rocca (Charles-Paul-Emile), médecin-major de 2e classe; médecin-major dont le dévouement et l'esprit d'abnégation se sont affirmés en Orient pendant la guerre 1914-1918, et au Maroc au cours des opérations de pacification de 1924. Titulaire de deux citations élogieuses pour ses brillants services de guerre, est décédé, victime du devoir, le 22 août 1925, faisant preuve d'un stoïque courage devant la mort. A été cité. » (*J. O.*, 6 mai 1926.)

TRAVAUX PUBLICS (promotion de l'Exposition de Grenoble). — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Pierret (de Paris), H.-R.-F. Hervé; M. Barillot, directeur général de la Société des Eaux minérales d'Evian; M. Baugnies, vice-président de l'Union des établissements thermaux.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Porcheron (de Marseille); MM. Bonnet, directeur de la librairie Baillière, à Paris; Vermeylen, directeur de l'Etablissement thermal du Mont-Dore.

COMMISSION DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES. — MM. le sénateur Pelissier, le député Vincent et M. Merveau sont nommés membres de la Commission.

COMMISSION DU CODEX. — M. le professeur Tiffeneau est nommé membre de la Commission.

INDEMNITÉS DE DÉPLACEMENT. — Les dispositions de l'arrêt interministériel du 8 juin 1925, relatives aux indem-

nités de déplacement (art. 64) sont applicables pendant l'année 1926. (*J. O.*, 21 avril 1926.)

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — En comité secret et sur le rapport de M. Rebelliau, l'Académie décerne le prix fondé en 1894 par Mme Ve Audiffred pour honorer « les plus beaux, les plus grands dévouements de quelque genre qu'ils soient », au docteur Maxime Ménard, chef du service central d'électro-radiologie de l'hôpital Cochin, mutilé à plusieurs reprises par suite des blessures subies par lui dans la pratique de la radiologie. Ce prix est de 15.000 francs.

CONGRÈS. — La Le session de l'Association française pour l'avancement des sciences se réunira à Lyon, du 26 au 31 juillet 1926.

La XIIe section (médecine et chirurgie) sera présidée par M. le professeur J. Teissier.

Questions mises à l'ordre du jour et à discuter aux séances de la XIIe section au Congrès de Lyon 1926 :

1° « Des asystolies d'origine réflexe »; M. Dumas, médecin des hôpitaux à Lyon, rapporteur.

2° « Evolution des chlorures dans l'organisme »; M. Florence, professeur agrégé, rapporteur.

3° Questions diverses.

Adresser les adhésions au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris (VIe), avant le 20 juin.

CONGRÈS. — Le LXe Congrès des délégués des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira à la Sorbonne le mardi 19 avril 1927, à 14 heures.

Les journées des mardi 19, mercredi 20, jeudi 21 et vendredi 22 seront consacrées aux travaux du Congrès.

La séance générale de clôture aura lieu le samedi 23 avril, à 14 heures.

VIIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE (1er et 2 juin 1926). — La VIIe Réunion neurologique internationale annuelle, organisée par la Société de neurologie de Paris, sous le patronage de M. le président du Conseil, du ministre des Affaires étrangères, du ministre de l'Instruction publique, du Conseil municipal de Paris et du directeur général de l'Assistance publique à Paris, se tiendra à Paris les mardi 1er et mercredi 2 juin 1926, dans l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital.

Les séances auront lieu le matin de 9 à 12 heures, l'après-midi de 15 à 18 heures.

La question suivante est mise à l'étude : « Les moyens actuels d'exploration du système sympathique en clinique et leur valeur. » Rapporteurs : MM. André Thomas (de Paris) et Soderbergh (de Göteborg).

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE NANCY ET DE L'EST. — La session annuelle de la Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est se tiendra les mercredi 19 et jeudi 20 mai, à la Faculté de médecine de Nancy.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE SEXUOLOGIE. — La Société internationale de sexuologie organise son 1er Congrès qui aura lieu à Berlin du 11 au 15 octobre 1926.

Ce Congrès étudiera toutes les questions touchant à la vie sexuelle, au point de vue social, médical et biologique.

Toutes demandes concernant la Société et le Congrès doivent être adressées au docteur Moll, Berlin W. Kurfürstendamm, 45, où au docteur Stutzin, Berlin W. Kurfürstendamm, 44.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Le Comité annonce la vacance d'un poste de médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle, des dispensaires de l'Ardèche.

Les honoraires du médecin seront de 18.000 à 20.000 fr. par an, sans compter le remboursement des frais de déplacement.

Les dossiers devront être envoyés au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris, avant la fin du mois de mai.

PROTESTATION CONTRE UNE CAMPAGNE DE DIFFAMATION. — Le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France, profondément indigné de l'inqualifiable attaque dont les Eaux de la station d'Evian ont été l'objet dans un pamphlet adressé récemment à tous les médecins, tient à s'associer à la protestation du Syndicat médical d'Evian en l'assurant de sa complète solidarité.

Le président : Ray. DURAND-FARDEL.

(Communiqué par l'Association de la Presse médicale française.)

L'EXERCICE ILLÉGAL PAR VOIES D'AFFICHES. — Un de nos confrères qui revient de Bretagne nous signale une affiche où sont assez maltraités les médecins. Citons le passage suivant :

« La médecine officielle, toujours impuissante, renvoie volontiers ses clients à la chirurgie. Or, une opération, dans un cas de maladie, est un crime. Une maladie se guérit par un médicament, mais jamais à coups de couteau! Une opération est toujours, en pareil cas, un assassinat à petites doses, et le criminel qui s'en rend coupable est digne des galères! »

Le signataire, qui n'est pas médecin, se déclare partisan à outrance de l'homéopathie.

Pour lui « le médecin allopathe ne peut par profession que mentir, voler et tuer! »

Cette affiche ne relève pas de la discussion mais du Parquet.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique.* — Un cours de perfectionnement sera fait à la Salpêtrière par MM. Ch. Foix, agrégé; Th. Alajouanine, L. Girot, P. Mathieu, J. Périsson, chefs de clinique; P. Léchelle, chef de laboratoire; Bourguignon, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière; H. Lagrange, ophtalmologiste de la Clinique; Truffert, oto-rhino-laryngologiste de la Clinique.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de quinze leçons : la première série a commencé le mardi 4 mai 1926, à 15 heures, à l'amphithéâtre de la Clinique Charcot, et continuera les jours suivants, à la même heure; la deuxième série commencera le mardi 25 mai, à 15 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 200 francs.

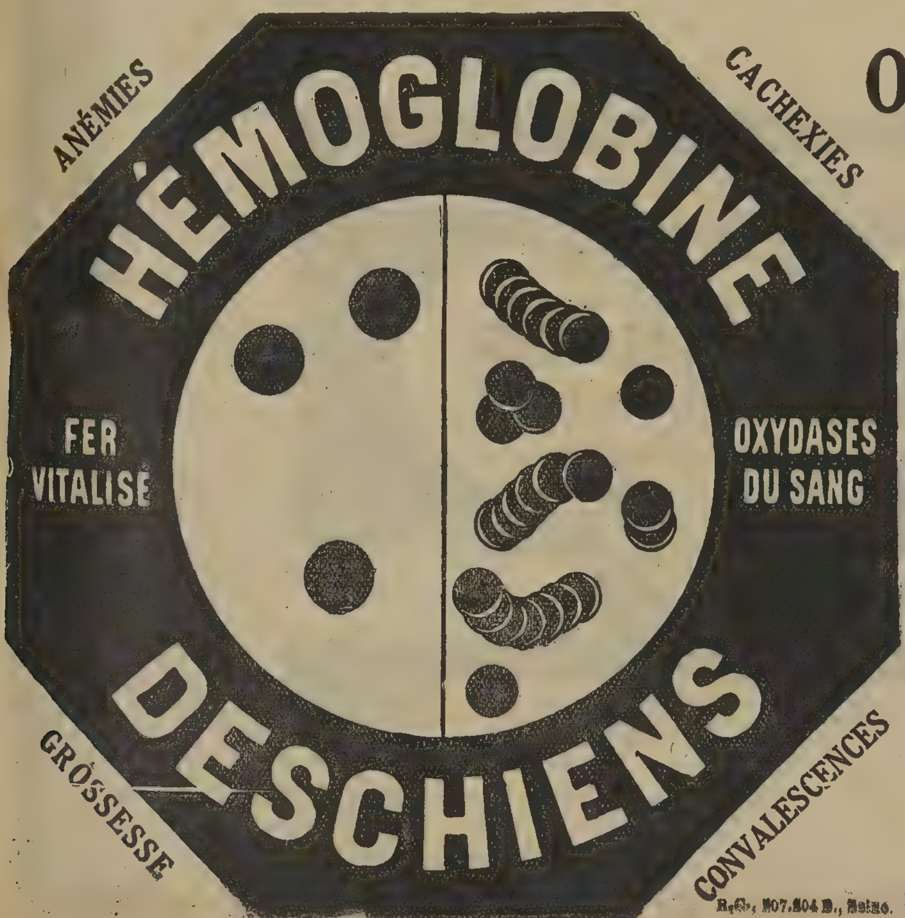
Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE, (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques). — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie des voies urinaires), en dix leçons, par M. le docteur Jean Braine, prosecteur, a commencé le lundi 26 avril à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations,

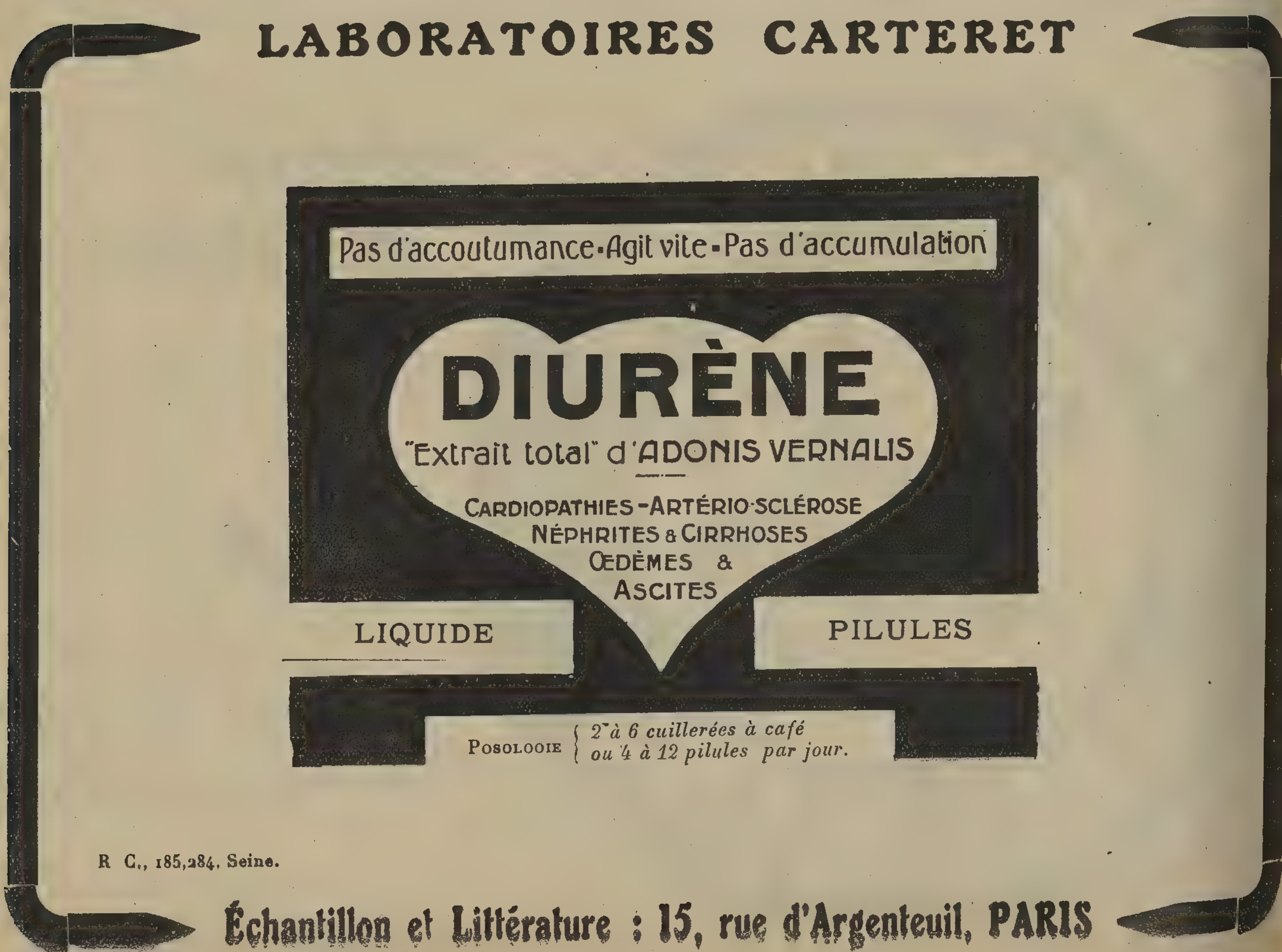
Droit d'inscription : 250 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).


SEDOL
Remplace la morphine
SUPPO-SEDOL
Suppositoire inaltérable
S'emploie dans tous les cas où l'injection de SEDOL n'est pas réalisable


ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER VITALISE
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES


PRODUIT ORGANIQUE ASSIMILABLE
EMINEMMENT APTE AUX SYNTHÈSES
DE L'ÊTRE VIVANT
(PHOSPHORE - CALCIUM - MAGNESIUM)
PHYTINE
CIBA
Marque Déposée
PAR SON ORIGINE VÉGÉTALE EST
LE PLUS RICHE ET LE PLUS ASSIMILABLE DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
REMINÉRALISATEUR ET HÉMATOPOÏÉTIQUE
La Découverte de la Phytine a résolu le problème de la Médication phosphorée
Trois Formes
Cachets.... à 0 gr. 50 : 2 par jour.
Comprimés à 0 gr. 25 : 4 » »
Granulé : 2 cuillères à café » »
R. C. 10.694, Lyon.
LABORATOIRES CIBA. O. ROLLAND, 1, PLACE MORAND _ LYON


LABORATOIRES CARTERET
Pas d'accoutumance-Agit vite-Pas d'accumulation
DIURÈNE
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS
CARDIOPATHIES-ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES &
ASCITES
LIQUIDE
PILULES
POSOLOGIE 2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour.
R. C., 185,284. Seine.
Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

PARALYSIE DE LA CORDE VOCALE DROITE

CHEZ UN SYPHILITIQUE ATTEINT DE PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE AVEC LYMPHOCYTOSE RACHIDIENNE

Par MM. Fernand LÉVY et OGLIASTRI.

En dehors des syndromes médullaires et cérébro-méningés, la syphilis nerveuse touche volontiers les nerfs craniens et périphériques. On connaît sa prédilection pour les oculomoteurs, pour le facial, pour l'auditif qu'elle paralyse par lésion nucléaire, par plaque de méningite sclérogommeuse circonscrite ou par névrite (1).

Il est assez rare de constater l'atteinte isolée d'autres nerfs craniens coïncidant avec une méningite histologique chez un syphilitique méconnu par lui-même et les autres.

La lésion dissociée du nerf récurrent est assez exceptionnelle. Si les troubles respiratoires laryngés sont bien connus dans la syphilis, en particulier chez les tabétiques, les perturbations de la seule fonction vocale, en dehors de la compression, n'ont guère été signalées.

C'est l'intérêt que présente l'observation que nous rapportons. Il s'agit d'un malade entré à l'hôpital Rothschild le 18 janvier 1926 pour des modifications de la voix datant déjà de plusieurs mois. Les troubles vocaux se trouvaient du reste améliorés au moment de son hospitalisation. La voix qui, au début, était complètement éteinte, avait pris le caractère bitonal.

En dehors de cette première constatation, et mis à part quelques phénomènes cénesthésiques vagues d'ordre digestif, sur lesquels nous reviendrons, notre homme n'accusait aucun autre symptôme pouvant attirer l'attention; la respiration, en particulier, était absolument normale.

L'examen laryngoscopique (1) permit d'attribuer la dysphonie présentée par le malade à une *paralysie récurrentielle droite*, la corde vocale se trouvant en position médiane complète. S'agissait-il d'une compression du récurrent droit ?

Les divers examens du médiastin furent négatifs ; la radioscopie notamment nous permit de constater l'absence de toute cause de compression. Le malade ne présentait aucun signe de néoplasme œsophagien. Il n'avait ni goitre, ni adénopathie cervicale, et on ne pouvait incriminer ni anévrisme des gros vaisseaux de la base du cou, ni même pachypleurite du sommet droit.

Etant donné qu'il existait deux tumeurs lipomateuses : l'une à la partie latérale du cou, l'autre à la région deltoïdienne droite, on pouvait se demander s'il n'y avait pas, dans le voisinage du récurrent, une cause analogue de compression. Rien de semblable n'apparaissait.

Etions-nous en présence d'une névrite récurrentielle, d'une plaque de méningite bulbaire ? En ce cas l'hypothèse de syphilis devait être envisagée. Du reste, quelques petits signes éveillaient l'idée d'une spécificité ancienne : légère irrégularité des pupilles qui réagissaient avec une certaine paresse aux impressions lumineuses ; teinte leucoplasiforme des commissures, sans qu'on pût affirmer de véritable leucoplasie.

Au point de vue de l'infection syphilitique, nous avons pu aboutir à des constatations intéressantes : le Wassermann du sang était partiellement positif, il l'était également ainsi que le benjoin colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien, et la ponction lombaire nous révéla une lymphocytose rachidienne avec hyperalbuminose.

En présence de signes humoraux aussi évidents, il nous fut facile de rapporter à la syphilis cette paralysie récurrentielle.

Restait la question de savoir si nous avions affaire à une paralysie tabétique. Nous avons cru pouvoir éliminer l'hypothèse d'un tabes, de par l'absence complète de signes associés. Les réflexes tendineux, en particulier, étaient absolument normaux. Il n'y avait pas de douleurs fulgurantes, pas d'Argyll, pas de Romberg, pas de troubles génito-urinaires.

Entre la névrite spécifique du récurrent et la possibilité d'une lésion méningée très circonscrite déterminant une paralysie récurrentielle isolée, sans autres phénomènes au niveau du voile du palais ou de la langue, nous ne nous sommes pas encore prononcés à l'heure actuelle.

Mais le cas de ce sujet est intéressant à un autre point de vue. A côté de cette paralysie récurrentielle, il existe un SYNDROME MENTAL qui nous avait au début, complètement échappé, et que seul, un interrogatoire minutieux nous a permis de mettre en évidence, le malade n'ayant fait de confidences qu'au bout d'un certain temps.

Dès notre premier examen, nous avions bien constaté chez lui quelques manifestations hypocondriaques. La loquacité avec laquelle il nous décrivait toute une multitude de troubles divers, des préoccupations vives qui le tourmentaient au sujet de sa santé, la ponction lombaire qu'il redoutait et qui le hantait, tout cela nous avait frappé, sans toutefois fixer davantage notre attention. Ce ne fut que quelques jours plus tard, qu'au cours d'une conversation un peu plus prolongée, le malade, mis en confiance, entra dans la voie des aveux et nous révéla un magnifique délire de persécution avec quelques hallucinations sensorielles.

Le début de ces troubles mentaux paraît remonter à quatre ans. A cette époque, notre homme, qui jusque-là, avait vécu bien tranquille et exerçait paisiblement son métier de coupeur, commença à s'apercevoir que des individus, qui lui étaient d'ailleurs totalement inconnus, le suivaient dans la rue, et épiaient ses moindres gestes. D'autre part il avait remarqué qu'à plusieurs reprises, on avait essayé de l'empoisonner : des consommations prises dans certains cafés avaient provoqué en lui de violents troubles digestifs qui lui semblaient être des symptômes d'empoisonnement.

Un médecin qu'il alla consulter à cette époque lui conseilla une ponction lombaire à laquelle il se refusa.

Les persécutions dont il était l'objet (*et qui ne se manifestaient jamais lorsqu'il était accompagné*) ne firent que s'accentuer de jour en jour. Il se mit à éprouver une foule de malaises qu'il attribua à l'action de ses ennemis inconnus. Ceux-ci devenaient de plus en plus nombreux. Il y avait autour de lui toute une organisation acharnée à sa perte. C'étaient pensait-il, des francs-maçons ou des communistes. On le filait dans la rue, des gens le croisaient en le narguant, il surprenait constamment des conversations à son sujet où il était injurié, bafoué, tourné en ridicule; « il resssemble à Louis XVI, dit-on un jour » ; — « c'est une tête à décapiter ! ».

(1) Nous laissons bien entendu de côté les lésions indirectes par compression.

(1) Fait par M. G. Veil que nous remercions.

Une autre fois, on essaya de l'hypnotiser, de le suggestionner. Des voisins d'atelier voulurent le persuader qu'il allait mourir.

Puis il s'aperçut qu'on agissait sur lui sans qu'il pût se défendre, qu'on l'obligeait à exécuter certains gestes, ou à prononcer certaines paroles contre sa propre volonté. D'autre part il acquit la certitude qu'on connaissait sa pensée, qu'on la lui volait, que tout le monde savait ce qu'il faisait.

Plus tard on alla jusqu'à faire pénétrer dans sa propre demeure des gaz toxiques. Il sentait de mauvaises odeurs chez lui et elles lui étaient envoyées par des voisins. Dans ses aliments aussi, on versait des produits chimiques. Plus d'une fois il lui arriva de trouver un goût d'essence à ce qu'il mangeait.

A l'heure actuelle il éprouve de temps en temps des sensations pénibles sur tout son corps, surtout des douleurs gastriques (ce sont ces troubles cénesthésiques qui nous frappèrent quand il vint consulter). Il accuse ses persécuteurs d'en être la cause, ne cesse de récriminer contre eux : « C'est honteux, ce qu'ils font!... C'est un scandale!... Moi qui n'ai jamais fait de mal à personne! ». Il est même allé trouver un avocat dans le but de déposer une plainte. Jusqu'à présent l'idée ne lui est pas encore venue de se faire justice lui-même.

La constatation de ces troubles mentaux posait chez notre malade un problème nouveau.

Etions-nous en présence d'un délire de persécution avec préoccupations hypocondriaques symptômatiques d'une paralysie générale? Mais ce délire, si bien systématisé, à base d'interprétations, la conservation de l'auto-critique, du sens moral, des facultés intellectuelles, de la mémoire de fixation et d'évocation, enfin de l'attention, nous permettent d'éliminer pour le temps présent cette hypothèse. Aussi bien ne retrouve-t-on pas davantage dans le domaine physique les signes habituels de la méningo-encéphalite diffuse : Il n'y a ni dysarthrie, ni tremblement de la langue, ni signe d'Argyll, ni troubles de l'écriture.

Nous nous trouvons donc en face d'un délire systématisé progressif à base d'interprétations. Il faut se demander, la paralysie générale étant éliminée, si l'on a affaire à une psychose hallucinatoire chronique, sans aucun rapport avec la syphilis de cet homme, ou si, au contraire, il ne s'agit pas d'un délire systématisé, symptômatique, reconnaissant comme étiologie la syphilis, en un mot, d'une psychose syphilitique.

Le problème ne saurait évidemment être résolu sans une épreuve thérapeutique à laquelle nous avons eu recours. Le malade a été soumis à un traitement intensif (novar et cyanure) encore actuellement en cours. Si tous les troubles mentaux disparaissent rapidement, complètement et définitivement, nous aurons eu affaire à une psychose syphilitique. Dans le cas contraire c'est d'une psychose hallucinatoire chronique qu'il s'agirait.

L'observation neuropsychiatrique de cet homme nous a paru intéressante à un double point de vue.

Et par sa paralysie récurrentielle, qui, avec de légers troubles pupillaires, se trouve être la seule manifestation clinique d'une syphilis nerveuse attestée par les résultats de la ponction lombaire.

Et par son syndrome mental; c'est en effet ici la question toujours épineuse du diagnostic de la paralysie générale qui se pose. Nous croyons l'avoir résolue quant à présent, par la négative tout en faisant des réserves sur l'avenir.

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE

(Rome, 7-10 avril 1926) (1)

RAPPORTS

CHIRURGIE DE LA RATE

Rapport de M. le professeur CORTES-LLADO (de Séville).

Nous ne possédons que des connaissances peu approfondies sur la physiologie splénique. Seules, les fonctions hémolytiques et le rôle de filtre de la rate sont connus.

Dans les interventions pour affections du foie et du système réticulo-endothélial, les guérisons et les améliorations cliniques ne coïncident pas avec les modifications hématiques, de telle façon qu'il nous est impossible de préciser exactement le mécanisme de l'amélioration. La suppléance des fonctions spléniques par d'autres fonctions réticulo-endothéliales explique la récidive dans quelques maladies.

Après la splénectomie, il survient parfois des phénomènes de pathogénie très discutable (fièvre, augmentation de la résistance globulaire à la putréfaction, auto-agglutination).

Les résultats les plus importants s'observent dans les interventions dirigées sur les processus classiques; des interventions opératoires peuvent toutefois se présenter dans d'autres affections où la splénectomie peut rendre de grands services.

Dans les ruptures et les plaies, le tamponnement, la suture et la splénectomie trouvent leurs indications respectives. Cependant, dans la majorité des cas, il est préférable de recourir à l'ablation du viscère.

Dans les ectopies, on trouvera rarement l'occasion de pratiquer une splénectomie; celle-ci ne se fera que s'il existe des conditions très favorables.

Dans les kystes non parasitaires, on choisira l'incision, ou mieux, l'ablation totale de la rate. Dans les kystes hydatiques, le choix entre la méthode conservatrice et la splénectomie dépend de différentes circonstances.

Dans les tumeurs de la rate et les tumeurs anévrismales spléniques, la splénectomie a donné de bons résultats.

Dans la splénomégalie à septicémie subaiguë, l'ablation de la rate a fourni certaines guérisons. Dans les abcès, l'extirpation de la rate sera faite s'il n'existe que peu d'adhérences faciles à rompre; dans le cas contraire, on se contentera d'une incision et drainage de la collection.

Rapport de M. Maurice PATEL (de Lyon).

La chirurgie de la rate a vu, depuis peu, s'accroître le domaine de ses indications, et les résultats déjà obtenus permettent de leur donner une véritable base scientifique :

I. **Lésions traumatiques.** — Dans les traumatismes fermés (contusions, ruptures) pouvant se traduire par des accidents tardifs, la splénectomie est presque la règle; ses succès sont d'autant plus grands que l'indication est plus précocement posée.

Dans les traumatismes ouverts (plaies), l'indication est posée d'emblée. Les plaies par armes blanches sont souvent justiciables d'interventions conservatrices (splénorraphie), en raison des lésions maintes fois limitées et superficielles. Les plaies par armes à feu, par leurs dégâts profonds et cachés, par l'infection menaçante, nécessitent la splénectomie.

II. **Rate mobile.** — La splénopexie est réservée aux rates saines et de volume normal; la splénectomie est la règle, si la rate est pathologique. L'indication opératoire est basée sur les accidents ressentis.

III. **Maladies infectieuses.** — *a*. Les suppurations spléniques quelle que soit leur origine, sont justiciables d'une incision simple, surtout si l'abcès a rompu la capsule de la rate. Une splénectomie secondaire peut être nécessaire.

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, nº 32, p. 506, et nº 36, p. 565.

b. La tuberculose localisée de la rate relève d'une intervention radicale, qui peut donner quelques succès.

IV. **Tumeurs kystiques.** — *a.* Les kystes hydatiques de la rate sont souvent très adhérents et infectés; aussi, la marsupialisation est-elle indiquée dans un grand nombre de cas. L'ablation sera faite secondairement si une fistule persiste.

b. Les kystes séreux, en général non adhérents et non infectés, relèvent rarement d'une intervention palliative (splénotomie, splénectomie partielle). La splénectomie est l'opération de choix et donne de beaux résultats.

V. **Tumeurs solides.** — Elles sont mal connues et mal différenciées au point de vue histologique (angiomes, sarcomes, splénocytomes). La splénectomie est le seul traitement.

VI. **Splénomégalies diverses.** — *a.* MALADIE DE GAUCHER. — Quelle que soit l'interprétation anatomo-pathologique ou pathogénique donnée à ce terme, le traitement chirurgical (splénectomie) donne des succès, alors que le traitement médical reste inefficace.

b. LEUCÉMIE. — Malgré quelques rares succès, douteux du reste, la contre-indication opératoire reste toujours formelle, dans les cas de leucémie.

c. PALUDISME. — En France, les indications opératoires fournies par le paludisme sont rares, et limitées aux accidents des splénomégalies palustres (torsion, rupture). Dans les pays où règne le paludisme, la splénectomie est maintes fois pratiquée dans le but de conjurer l'infection; quelques résultats encourageants sont signalés; l'indication opératoire semble persister en dehors d'atteinte de l'appareil hépatique et de l'état général.

d. MALADIE DE BANTI. — De très nombreux succès ont été obtenus, principalement par la splénectomie pratiquée dans la période de début; la maladie semble vraiment arrêtée. Plus tard, en cas d'anémie prononcée ou de cirrhose hépatique, les indications demandent à être sérieusement discutées, malgré des résultats encourageants obtenus.

e. SPLÉNOMÉGALIES RARES. — Quelques cas de syphilis splénique, de splénomégalies par leishmaniose généralisée, d'anémie splénique infantile, de thrombose splénique ou de cirrhose hépatique avec splénomégalie ont paru justiciables particulièrement de la splénectomie.

VII. **Affections d'origine sanguine.** — *a.* ICTÈRE HÉMOLYTIQUE. — Le nombre des splénectomies faites au cours de cette affection est suffisamment élevé aujourd'hui pour permettre de dire que l'opération fournit ici des succès tout à fait remarquables. La maladie d'origine essentiellement splénique est enrayée.

b. ANÉMIE PERNICIEUSE. — L'indication de la splénectomie est ici des plus douteuses, en raison du caractère général de la maladie.

c. PURPURA HÉMORRAGIQUE. — Le traitement chirurgical paraît être, comme dans l'ictère hémolytique, un traitement vraiment causal, parce qu'il supprime un foyer de destruction des hématies. Des succès fort appréciables ont été obtenus.

VIII. **Particularités techniques.** — Les interventions spléniques exigent : 1° la position cambrée; 2° une incision suffisamment large. Parmi toutes les voies d'abord proposées, l'incision transversale, avec débridement vertical latéral, paraît réunir le maximum d'avantages.

Les opérations conservatrices ont une technique très simple, dont le fait important réside dans la suture, qui, pour être étanche, demande à être pratiquée au gros catgut, disposé en points en U.

La splénectomie exige, avant toutes choses, une hémostase parfaite, qui ne peut être obtenue qu'avec les ligatures systématiques et soigneuses, en raison de la friabilité des vaisseaux. Les adhérences constituent une très grave difficulté, qu'une hémostase préventive peut largement atténuer.

Rapport de M. N. LEOTTA (de Bari).

Après avoir exposé l'état actuel de nos connaissances sur la physiologie de la rate et sur les conséquences de sa suppression sur l'organisme, l'auteur couclut que la rate n'est pas indispensable à la vie, et que la splénectomie, bien tolérée fonctionnellement, est compatible avec une existence normale.

De toutes les lésions spléniques d'importance chirurgicale, il résume ce que l'on connaît aujourd'hui sur l'étiologie et la pathologie, sur l'anatomie pathologique et l'évolution clinique, pour en déduire les indications au traitement chirurgical qu'il analyse particulièrement en se basant sur les données doctrinales et les résultats obtenus jusqu'à présent.

I. **Lésions traumatiques.** — Pour les contusions et les ruptures sous-cutanées et les différentes blessures par armes blanches et à feu, la splénectomie est le traitement exceptionnel, auquel on n'aura recours que dans les cas de lacérations partielles.

L'auteur traite à part dans ce chapitre les hernies traumatiques de la rate.

II. **Splénomégalie infectieuse.** — Dans ce groupe l'auteur s'occupe des splénomégalies par infections aiguës ou chroniques, avec localisation splénique chirurgicalement importante, c'est-à-dire :

a. ABCÈS SPLÉNIQUES. — Divisés en abcès par propagation et abcès originaires de la rate qui sont les plus importants. Dans les abcès multiples, les plus fréquents, il est toujours indiqué d'enlever la rate, dans l'abcès unique, on aura recours à la splénotomie.

b. TUBERCULOSE DE LA RATE. — Pour cette affection, la splénectomie est indiquée d'une façon absolue dès que le diagnostic est posé, comme la néphrectomie dans la tuberculose rénale.

c. SYPHILIS DE LA RATE. — La splénectomie est indiquée dans les formes résistant au traitement, afin de supprimer un gros foyer de spirochètes en même temps que le symptôme douleur.

d. SPLÉNOMÉGALIE MALARIQUE. — Sont indiqués les traitements médicaux associés à la radiothérapie dans toutes les splénomégalies de n'importe quel volume en situation normale. La splénectomie est indiquée seulement dans les complications : ptose douloureuse et torsion du pédicule.

e. LEISHMANIOSE GÉNÉRALISÉE. — La splénectomie est contre-indiquée.

f. SPLÉNOMÉGALIE PAR ENDOCARDITE LENTE. — La splénectomie est indiquée.

g. SPLÉNOGRANULOSE SIDÉROTIQUE. — La splénectomie est indiquée.

III. **Splénomégalie hémopatiques.** — Ce chapitre, le plus neuf, est le plus fécond pour la chirurgie splénique.

a. LEUCÉMIE. — Asolument contre-indiquée dans la leucémie en pleine évolution, la splénectomie est un traitement d'exception à réserver aux cas de leucémie chronique au début, dans de bonnes conditions générales, avec crase sanguine convenable, sans manifestations hémorragiques, ni troubles notables de la splénomégalie.

b. ALEUCÉMIE. — La splénectomie est contre-indiquée dans toutes les formes.

c. LYMPHOGRANULOME. — Contre-indiquée.

d. MALADIE DE GAUCHER. — Nettement indiquée, la splénectomie donnera d'autant meilleurs résultats qu'elle sera plus précoce.

e. ANÉMIE PERNICIEUSE PROGRESSIVE. — La splénectomie n'est pas indiquée, en dehors de quelques cas exceptionnels, à évolution lente, avec splénomégalie notable, en ayant soin de pratiquer des transfusions répétées avant et après l'opération.

f. ANÉMIE SPLÉNOMÉGALIQUE INFANTILE. — Elle ne demande pas de traitement chirurgical, mais un traitement médical en rapport avec l'étiologie. La splénectomie peut répondre dans certaines formes à étiologie obscure, rebelles aux traitements médical et radiothérapique, à l'indication de supprimer une source importante de toxines et d'atténuer le processus hémoclasique en rompant le déséquilibre entre l'hémolyse et l'hémopoïèse.

g. POLYCYTHÉMIE ET ÉRYTHRÉMIE. — Contre-indiquée.

h. ICTÈRE CHRONIQUE HÉMOLYTIQUE. — Indication absolue et précise, la splénectomie peut donner la guérison complète.

i. PURPURA HÉMORRAGIQUE. — Absolument indiquée comme l'unique traitement capable de donner la guérison complète de l'affection.

IV. **Splénomégalies cirrhotiques.** — Elles comprennent trois groupes qui intéressent le chirurgien.

a. MALADIE DE BANTI. — Nettement indiquée dans la première et la deuxième période. Tout en étant moindre dans la troisième période, si le malade est en état de la supporter et si elle est permise par des adhérences, la splénectomie est justifiée dans cette période en l'associant à l'omentopexie.

b. MALADIE DE HANOT. — Tout traitement chirurgical est contre-indiqué.

c. CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE SPLÉNOGÈNE. — Indiquée dans toutes les formes dans lesquelles le processus hépatique est d'origine splénique ou tout au moins accompagné d'une splénomégalie notable, qui prouve dans la rate un processus identique à celui du foie.

V. **Splénopaties circulatoires.** — Par lésion des artères et des veines.

a. ANÉVRISME DE L'ARTÈRE SPLÉNIQUE. — Le traitement indispensable est la splénectomie, associée à l'extirpation du sac anévrismal, exécutée le plus précocement possible.

b. SPLÉNOMÉGALIE SPLÉNOTHROMBOTIQUE. — Indiquée et donne toujours la guérison quand la thrombose de la veine splénique n'est pas étendue à la porte. Quant la veine porte est entreprise sans cependant être complètement oblitérée, la splénectomie reste indiquée, quoique le résultat soit incertain. Si l'occlusion de la porte est déjà complète, l'affection est au-dessus des moyens chirurgicaux.

c. SPLÉNOMÉGALIE PYLÉTHROMBOTIQUE. — Dans les thromboses du tronc de la veine porte la splénectomie n'est pas indiquée, comme ne le sont pas non plus les autres formes de traitement chirurgical (dérivations circulatoires, fistule d'Eck, etc.).

VI. **Néoplasmes de la rate.** — Les primitifs sont rares : eux seuls intéressent le chirurgien. Parmi les bénins les plus fréquents sont les angiomes, dans lesquels la splénectomie est indiquée. Parmi les malins, le moins rare est le sarcome, qui réclame la splénectomie. Le splénome doit être considéré comme un vulgaire sarcome.

VII. **Kystes de la rate.** — Intéressant surtout le chirurgien :

a. KYSTES A ÉCHINOCOQUES. — La méthode de choix est la marsupialisation; la splénectomie n'est indiquée que dans les kystes multiples et très volumineux non adhérents, et dans les kystes sous-diaphragmatiques ; l'énucléation et la réduction sans drainage n'a pas pour la rate les mêmes indications que pour le foie et peut être seulement retenue pour les kystes juxtaspléniques.

b. KYSTES NON PARASITAIRES (dermoïdes, hématiques, séreux, séro-hématiques). — Même traitement; préférer en général la marsupialisation et réserver la splénectomie dans n'importe quelle forme évolutive de la torsion.

Technique. — Dans la dernière partie du rapport, l'auteur s'occupe des différentes opérations sur la rate. Il conseille une incision personnelle pour la splénectomie, incision qui donne un jour considérable tout en respectant le plus possible l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la paroi abdominale.

Rapport de M. Th. PAPAYOANNOU (de Ghezireh, Egypte).

I. La fonction physiologique de la rate est hématopoiétique, hémolytique, spondolytique, et, en même temps pondératrice de la moelle osseuse.

II. En principe, l'ablation de la rate n'a aucune répercussion fâcheuse sur l'organisme. La splénectomie provoque : lymphocytose, éosinophilie, augmentation des hématoblastes et hypoglobulie passagère suivie d'une vraie polycythémie.

III. La suppléance fonctionnelle de la rate, après la splénectomie, est assurée par la moelle osseuse et les ganglions lymphatiques. On a remarqué aussi des ganglions hémolymphatiques hypertrophiés après l'ectomie, auxquels on a attribué une certaine considération pratique au point de vue suppléance.

IV. Après une ablation complète de la rate, on a constaté une régénération de cet organe. V. Stubenrauch et Fattin seuls ont remarqué, après splénectomie, de nombreux éléments de régénération qu'ils ont désignés sous le nom de splénoïdes ou de nouvelles rates surnuméraires.

V. La splénectomie est, à l'heure actuelle, l'opération par excellence dans le champ d'activité chirurgical. L'indication des autres procédés opératoires est tellement limitée, et les chirurgiens ont si rarement l'occasion d'y recourir, qu'on peut les considérer comme n'ayant plus qu'un caractère historique.

VI. La splénectomie doit être considérée comme intervention très favorable dans les ruptures de la rate, les tumeurs kystiques et syphilitiques, la tuberculose localisée et, si elle est précoce et pratiquée au stade initial de leur évolution, dans les splénomégalies égyptiennes et la maladie de Banti.

VII. Dans la malaria, elle débarrasse l'organisme du foyer principal de l'infection, mais elle n'assure pas une guérison radicale. En ce qui concerne le kala-azar, le nombre des cas n'est pas suffisant pour déterminer la valeur exacte de l'opération. Cependant, si l'on en juge par les quelques cas guéris, et notamment par notre cas personnel dont le résultat éloigné de quatorze ans est remarquable, on pourrait conclure que, faite à temps, la splénectomie peut aboutir à la guérison.

VII. Après splénectomie, la récidive est presque constante dans les tumeurs malignes. Les quelques guérisons observées et mentionnées dans la littérature sont relativement trop récentes pour envisager une guérison définitive.

IX. Quant à l'influence de la splénectomie dans les maladies du sang, c'est dans l'ictère hémolytique qu'elle a remporté les plus brillants succès, tandis que dans l'anémie pernicieuse on n'a constaté que des rémissions du processus morbide.

X. Dans l'anémie splénique infantile, elle paraît donner des résultats heureux et durables.

XI. Dans la vraie polycythémie et la leucémie, elle est nettement contre-indiquée.

XII. On a obtenu par la splénectomie des résultats surprenants dans la thrombopénie essentielle; il reste à contrôler si ces résultats seront durables en plus grande proportion.

XIII. Dans les maladies du sang, les résultats post-opératoires permettent d'envisager un avenir beaucoup plus favorable en employant préalablement la radiothérapie et la transfusion du sang répétée.

XIV. Pour la technique de la splénectomie, un progrès réel a été effectué par la ligature de l'artère splénique, méthode de Leonte, pour l'ectomie à blanc. Nous devons prendre en haute considération ce procédé de compression préalable de l'artère et éventuellement de la veine splénique, le pratiquer et le contrôler, au lieu du procédé brutal de ligature en masse du pédicule qui n'est pas sans danger pour le pancréas.

XV. A en juger par le résultat parfait obtenu par V. Stubenrauch dans un cas de thrombopénie essentielle, la ligature de l'artère splénique doit être tentée et contrôlée comme moyen thérapeutique dans d'autres maladies du sang également.

XVI. La radiothérapie est un traitement de choix dans les affections leucémiques. En deuxième lieu, elle est utilisable pour toute espèce de splénomégalie. Son indication est moindre dans les affections du système érythropoiétique. Dans tous les cas, l'on ne saurait envisager une guérison absolue.

Rapport de M. le professeur C. HENSCHEN (de Saint-Gall, Suisse).

I. **Fonctions de la rate.** — 1° Rôle régulateur dans la production et la destruction des globules sanguins : *a*) participation de la rate embryonnaire à l'érythro et à la myélopoièse : *b*) participation à la leucopoièse lymphatique : *c*) organe principal de la destruction globulaire physiologique. 2° Rôle de protection et de conservation sanguines en tant que réservoir de globules rouges et d'hémoglobine. 3° Organe de défense (élimination, phagocytose, formation d'anticorps). 4° Organe endocrinien entretenant des relations étroites avec les autres glandes à sécrétion interne. 5° Rôle important dans le métabolisme général de l'organisme (échanges nutritifs; métabolisme du fer, des lipoïdes et des graisses; fonctions régulatrices dans les échanges gazeux respiratoires et l'élimination de l'eau). 6° Organe présidant, avec le foie, aux transformations de l'hémoglobine.

II. **Conséquences de la suppression de la rate.** — 1° Modifications de la formule sanguine (pendant la première année, lymphocytose et éosiniphilie consécutive ; taux normal des globules rouges, ou polycythémie ou anémie hémolytique),

2° Modifications du métabolisme (fer, cholestérine). 3° La tolérance vis-à-vis des infections et des intoxications peut demeurer la même que chez l'individu normal; elle peut être aussi, soit augmentée, soit diminuée. 4° Remplacement anatomique de la rate extirpée par régénération de résidus du hile splénique, par auto-greffes spontanées, par excroissances réticulo-endothéliales extraspléniques, par hypertrophie des glandes lymphatiques. 5° Lésions médiates ou immédiates des organes voisins (estomac, pancréas, veine porte, côlon). Le plus grand nombre des splénectomisés compensent entièrement la perte de l'organe, seul un petit nombre la compensent insuffisamment.

III. Greffes spléniques. — Les greffes hétéro et homoplastiques demeurent sans effet; possibilité de réimplantation autoplastique par suture vasculaire ou par autogreffe libre.

IV. Méthodes de diagnostic.

V. Indications opératoires. — 1° *Lésions traumatiques* : opération précoce même en cas de diagnostic incertain ; lorsque c'est possible, conserver l'organe, sinon splénectomie.

2° Dans les ruptures spontanées, opérer hâtivement, quelle que soit la maladie primitive.

3° Les rates mobiles nécessitent la splénopexie extra-péritonéale, la splénectomie ou la ligature de l'artère splénique.

4° *Tumeurs de la rate* : *a*. Kystes et angio-cavernomes, suivant les conditions anatomiques, on pratiquera la splénectomie, l'énucléation-résection du kyste, l'ablation de la paroi kystique proéminente, l'évidement sous-capsulaire de la rate ou la marsupialisation. *b*. Tumeurs malignes : splénectomie et irradiation consécutive; dans les cas de tumeurs inopérables, on liera l'artère splénique, puis on détruira l'organe par électro-coagulation et l'on s'adressera à la rœntgenthérapie.

5° *Kystes hydatiques* : splénectomie lorsque c'est possible, sinon marsupialisation du kyste.

6° *Splénomégalies infectieuses.* — *A*. Dans les abcès de la rate (importance du diagnostic et de l'opération précoces), on opérera par voie transpleurale transdiaphragmatique, ou par voie abdominale, ou lombaire, ou intercostale-extrapleurale, avec ouverture de l'abcès en un ou deux temps. Toutes les fois que ce sera possible, on pratiquera la splénectomie. *B*. La splénectomie est occasionnellement indiquée dans les infarctus spléniques infectieux non suppurés. *C*. L'extirpation de la rate en cas d'endocardite septique s'est révélée jusqu'à présent inutile. *D*. La nécrose splénique toxémique (tableau clinique de pancréatite) nécessite une intervention précoce. *E*. La périsplénite plastique douloureuse commande la splénectomie. *F*. Les splénomégalies par tuberculose localisée peuvent être guéries par l'extirpation de l'organe. *G*. L'extirpation d'une grosse rate syphilitique est justifiée dans les cas où ce symptôme prédomine, dans les formes hépato-spléniques, anémisantes, hémolytiques, leucopéniques du type Banti, et celles qui se révèlent réfractaires aux arséno-benzènes. *H*. Malaria : splénectomies sur indications chirurgicales (rupture, rate mobile, kyste hydatique, abcès) ou médicales (résistance à la quinine, formes hémolytiques ou leucopéniques). *J*. Leishmanioses splénomégaliques : splénectomie dans les formes réfractaires à la médication stibiée. *K*. Le lymphogranulome isolé, cliniquement diagnostiquable, de la rate commande l'extirpation précoce de l'organe.

7° *Groupes des splénomégalies angio-spléniques.* — *A*. Dans les anévrismes et la splénomégalie anévrismale : ligature centrale de l'artère ou splénectomie. *B*. Les splénomégalies consécutives à une thrombose veineuse ou à une thrombophlébite peuvent être guéries par la splénectomie, à condition de bien choisir les cas et le moment de l'intervention. *C*. La splénectomie est contre-indiquée dans la maladie de Baumgarten.

8° *Groupe des splénomégalies médullo-hémo-spléniques.* — *A*. Leucémie chronique myéloïde et lymphatique : la splénectomie peut être admise comme opération palliative sous certaines conditions chez des leucémiques spécialement préparés en vue de l'intervention. *B*. La polycythémie contre-indique l'extirpation de la rate. *C*. La splénectomie est justifiée dans l'anémie pseudoleucémique infantile, lorsque le traitement médical a échoué. *D*. La splénectomie précoce, exécutée précocement pendant la première période de rémission est susceptible de prolonger la vie dans l'anémie pernicieuse (forme hémolytique). *E*. Dans l'ictère hémolytique héréditaire et acquis, la splénectomie amène la guérison clinique. *F*. Dans la thrombopénie essentielle bénigne, l'extirpation de la rate constitue le traitement souverain, de beaucoup supérieur à toutes les autres méthodes.

9° *Groupe des splénomégalies réticulo-endothéliales.* — *A*. Dans la maladie amyloïde de la rate, l'intervention ne se justifie qu'en cas de rupture spontanée de l'organe. *B*. Dans la maladie de Gaucher, la splénectomie ne donne, à vrai dire, pas de guérison anatomique, mais de bons résultats cliniques.

10° *Groupe des splénomégalies hépato-spléniques.* — *A*. Le syndrome de Banti réclame l'intervention précoce dans ses premier et deuxième stades ; la splénectomie peut, occasionnellement, donner des résultats satisfaisants et même bons dans le troisième stade; dans les formes ascitiques, il est recommandable d'associer à la splénectomie l'opération de Talma; les formes thrombopéniques et leucopéniques sont parmi celles qui fournissent le plus de succès. *B*. Dans les formes anémisantes leucopéniques et thrombopéniques de cirrhoses hépatiques splénomégaliques, la splénectomie dans une série de cas est capable d'amener, sinon la guérison, tout au moins une amélioration notable et une rémission des symptômes. *C*. Certains cas choisis d'atrophie aiguë ou subaiguë du foie, peuvent être influencés favorablement par diverses opérations (splénectomie; drainage du canal hépatique ; « laparotomies thérapeutiques », sans ou avec ouverture de canaux biliaires superficiels ectasiés).

DISCUSSION

M. Alessandri traite des indications de la splénectomie et insiste en particulier sur le traitement chirurgical des splénomégalies paludéennes. L'échinoccose de la rate, les tumeurs (sarcome) de la rate, donnent les plus beaux résultats. Sa statistique personnelle 42 cas, — 9 pour trauma, 6 pour kyste échinococcique, 7 pour Banti, 1 Hanot, 16 pour paludisme.

M. Beer (de New-York) étudie d'abord les traumatismes de la rate. Il pense que les indications, dans le purpura en particulier, doivent être précisées afin d'abaisser la mortalité. Etudiée sur 90 cas, montre 28 morts. Il s'agissait de 13 ruptures, 7 tumeurs, 4 « splénites », 20 maladies de Banti, 21 purpura. Les plus mauvais résultats dans la leucémie (5 cas), l'anémie pernicieuse (3 cas) et la cirrhose du foie avec splénomégalie (2 cas).

M. le professeur Giordano (de Venise) est intervenu dans 143 cas. Il insiste sur un cas de tuberculose de la rate complètement guéri par la splénectomie, et rappelle que la splénopexie, bien que d'indication rare, ne doit pas être tenue sous silence.

M. le professeur Sheen (de Cardiff) fait précéder la splénectomie d'un traitement par l'émanation de radium. Il insiste sur les adhérences de la rate dans les leucémies qui rendent l'opération impraticable. Mais beaucoup de splénomégalies restent actuellement inclassifiables, même après l'examen histologique.

M. Jentser (de Genève) apporte un cas de kyste non parasitaire de la rate, kyste vrai avec endothélium vérifié histologiquement, et dont la rareté est extrême. Cette malade put mener à bonne fin une grossesse trois ans après. Il discute la pathogénie de ces kystes que l'on peut rattacher au système réticulo-endothélial.

M. Silvestrini (de Rimini) insiste sur les contre-indications de la splénectomie dans la leucémie et l'anémie pernicieuse, qui entraînent une mortalité immédiate élevée. La transfusion sanguine et le traitement médical sont seuls indiqués.

M. Zawadsky (de Varsovie) apporte quelques cas de chirurgie traumatique de la rate. Il a pratiqué dès 1903 une hémisplénectomie en recouvrant la tranche de section avec une greffe épiploïque. Il obtint une guérison immédiate, mais le malade mourut par abcès sous-phrénique dû à une perforation d'ulcus gastrique, suite sans doute de la splénectomie Il apporte ensuite deux cas de rupture sous-cutanée de la rate avec étude des variations de la numération globulaire.

M. Tansini (de Pavie) a pratiqué depuis 1901 l'association de la splénectomie et de l'opération de Talma dans les maladies de Banti au troisième degré. Depuis, on a pu utiliser avec succès cette opération dans les splénomégalies paludéennes, dans les thrombophlébites.

M. Frœlich (de Nancy) rapporte deux observations de kyste hydatique de la rate, l'un chez un enfant de douze ans, qui fut guéri par l'extirpation partielle du kyste après formolisation, capitonnage de la poche et fermeture de l'abdomen sans drainage.

Dans la deuxième observation, il s'agissait d'un cas de kyste hydatique qui avait suppuré, après ponction et injection d'une solution de sublimé, chez un homme de trente-quatre ans.

L'extirpation partielle fut très pénible à cause des adhérences et la marsupialisation ne put se faire; un grand drainage de Mickulicz placé dans le kyste protégea le péritoine et le malade guérit en trois semaines.

M. Dominici (de Sassari) présente plusieurs pièces fort intéressantes de rates enlevées chirurgicalement. Il insiste sur les accidents, en particulier d'occlusion, dus à la ptose de rates volumineuses. La rœntgenthérapie peut être utilisée avec fruit dans les premiers stades de la splénomégalie paludéenne.

Quant à la technique, elle doit savoir se plier aux exigences de chaque cas.

M. Felice Rossi (d'Aquila) apporte sa statistique de splénectomies, 4 cas : 2 cas de lésions traumatiques durant la guerre, 1 cas de kyste hydatique et 1 cas de splénomégalie avec kyste séro-hématique difficile à interpréter.

M. Schœmaker (de La Haye), signale la possibilité d'hémorragies intestinales faisant faussement penser à une ulcération gastrique ou intestinale. Lorsque les hémorragies importantes ne peuvent être rapportées à aucune ulcération vraie du tube digestif, il faut penser à une lésion de la rate. Il a pratiqué dans deux cas la splénectomie avec guérison.

M. Kummer (de Genève) apporte 7 cas personnels relatifs à des cas différents et suivis de bons résultats. Dans un cas de leucémie guéri par la splénectomie, une intervention bénigne (cure de hernie) fut suivie d'une rechute grave de leucémie.

M. Donati (de Padoue), décrit une nouvelle forme de splénomégalie dont il a observé deux cas chez l'adulte : splénomégalie lymphatique avec mononucléose et lymphocytose relative. Les deux malades ont guéri par la splénectomie.

M. Girasek (de Prague) expose ses idées sur les indications de la splénectomie.

M. Jurasz (de Posen) insiste sur l'irradiation rœntgenthérapique de la rate comme traitement préopératoire en cas de diminution du temps de coagulation. Il en a obtenu des résultats intéressants.

M. de Souza (de Lisbonne) apporte une statistique de 36 cas avec étude très soignée de la formule hématologique après splénectomie. Il existe un syndrome d' « hypersplénie » dans certaines maladies (Banti, kala-azar, Gaucher). Ce sont les cas où la splénomégalie est indiquée hématologiquement. Mais il y a aussi des syndromes d'hypofonctionnement splénique (hyperglobulie). L'auteur, qui a pratiqué la première splénectomie pour kala-azar, rappelle les bons résultats qu'il a obtenus dans cette affection (20 cas).

M. Capelli (d'Ancone) discute l'opportunité de la splénectomie dans la maladie de Banti, puis il expose les relations de la thrombosplénite avec les ménorragies de la puberté.

M. Lorthioir (de Bruxelles) apporte des cas anciens et longtemps suivis de splénectomie chez les enfants, tous avec de bons résultats.

M. Petridis (Alexandrie d'Egypte) étudie certaines splénomégalies spéciales à l'Egypte où elles sont si fréquentes : 13 p. 100 des entrées à l'hôpital sont dues à cette affection, qui est probablement d'origine bilharzienne mais secondaire à l'envahissement du foie.

M. de Mathas (de Coïmbre) expose les difficultés de la splénectomie dans certaines rates ectopiques, mais fixées secondairement et impossibles à extérioriser. Il cite un cas personnel où la rate était fixée entre la vessie et la paroi antérieure, faisant penser à une tumeur génitale.

Il faut reprendre le vieux terme de Rioten : rate dystorte.

M. Herman (d'Anvers) envisage la rupture de la rate traitée par splénectomie, au point de vue fonctionnel quant aux accidents du travail.

Le pourcentage accordé est de 20 à 25 p. 100, mais après trois ans, au moment de la revision, l'incapacité fonctionnelle est très réduite, sinon disparue.

M. le docteur Leonte (de Bucarest) apporte plusieurs cas de rupture de la rate, dont un cas grave ayant nécessité la transfusion sanguine, traités par la splénectomie et suivis de guérison complète.

Conclusion. — M. le professeur Heuschen (de Saint-Gall) insiste pour conclure sur les nécessités d'utiliser l'hématologie pour en déduire les indications opératoires. Il rappelle la splénectomie extrapéritonéale et l'opération intra-capsulaire, qui peuvent rendre des services dans une opération avec de nombreuses adhérences.

M. le professeur Cortes résume la discussion, puis le professeur Leotta insiste sur les résultats de la splénectomie dans le paludisme.

(A suivre.) Marcel Thalheimer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 26 avril 1926)

L'agent de la scarlatine. — MM. Charles Nicolle, E. Conseil et P. Durand apportent les résultats de leurs recherches expérimentales. Ces expériences donnent aux travaux des Dick la confirmation expérimentale qui leur manquait. Un streptocoque est bien l'agent de la scarlatine. La vaccination préventive s'impose contre cette maladie dans les conditions formulées par les Dick ou dans des conditions voisines.

Action du chloralose sur le système nerveux végétatif. — MM. J. Gautrelet, R. Bargy et Mme Vechin.

La méthode à l'acétone permet de localiser dans la sérum-albumine l'hémolysine d'un immunsérum hémolytique. — M. Maurice Piettre.

Spirochètes des selles typhiques et paratyphiques; leur agglutinabilité possible par le sang du porteur; leur présence dans la péritonite par perforation. — M. Sabrazès. Chez tous les typhiques et paratyphiques, il existe des spirochètes dans les selles; dans les péritonites par perforation on en trouve dans l'exsudat. Les spirochètes associés dans l'intestin aux bacilles typhiques ou paratyphiques jouent peut-être, chez certains malades, un rôle pathogène qui demande à être défini.

Quelques expériences sur l'infection charbonneuse. — MM. Georges Blanc et Jean Caminopetras.

Influence de la dose du médicament sur la défense de l'organisme. — M. Marage. Les hautes dilutions homœopathiques peuvent avoir des effets très actifs. Evidemment d'après les théories actuelles sur la constitution de la matière, dans ces hautes dilutions, au-dessus de la trentième, le médicament, en tant que médicament n'existe plus, mais il y a peut-être autre chose, et cet autre chose, estime l'auteur, vaut la peine d'être étudié.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 4 mai 1926)

L'acide β-oxybutyrique dans l'urine des diabétiques. — M. Desgrez présente un travail de M. Bierry et Mme Gabriel Moquet sur un procédé très simple pour évaluer l'excrétion urinaire de l'acide β-oxybutyrique. Ce procédé pourra être utilisé par les praticiens pour suivre, chez les diabétiques, les

variations de cet acide si utiles à connaître au point de vue de l'établissement des régimes équilibrés.

Histologie des nerfs de l'ovaire. — M. Dupont, en son nom et au nom de M. Lhermitte, donne lecture d'une note sur l'histologie des nerfs de l'ovaire, plus particulièrement dans l'ovarite scléro-kystique.

Les auteurs décrivent le mode de pénétration des nerfs dans l'ovaire et en concluent que dans les cas d'ovarite scléro-kystique l'élongation de ces nerfs peut suffire pour calmer les douleurs et permettre d'éviter l'opération.

Recherches sur le développement du bacille tuberculeux et essais de vaccination antituberculeuse du cobaye. — M. Albert Vaudremer fait une importante communication dont voici le résumé.

Depuis la découverte du bacille tuberculeux, on a admis, sans discussion, que ce bacille, une fois coloré à chaud par la fuchsine phéniquée, conservait sa coloration quand on le soumettait à l'action des acides minéraux dilués et à celle de l'alcool absolu. Le bacille de Koch a été, dès lors, considéré comme étant acide et alcoolo-résistant ne poussant qu'à des températures relativement élevées, dans des milieux riches en substances grasses et azotées. Ces conditions rendaient impossible la vie du bacille en dehors de toute vie parasitaire.

Or, Vaudremer montre dans sa communication que les caractères du bacille tuberculeux considérés jusqu'ici comme absolus ne sont que relatifs.

Il résulte des recherches de l'auteur que le bacille tuberculeux se développe en suivant un cycle dont le premier stade est la forme granulaire et dont le dernier est la forme acido-résistante. Entre ces deux stades on voit le bacille présenter une série d'aspects variés qui, dans tous les échantillons étudiés par l'auteur, n'ont jamais manqué d'apparaître.

Pendant tout le cours de son développement, le bacille tuberculeux peut pousser dans les milieux les plus différents et dans des températures variant de 15 à 39 degrés. Il se développe dans des milieux ne contenant que des traces d'azote et de substances minérales. Dans ces conditions, il n'est pas acido-résistant et ne produit pas de tuberculine. La production de tuberculine par le bacille de Koch n'est possible qu'en présence d'un milieu riche en matières azotées, de même que l'acido-résistance n'apparaît que dans des cultures riches en matières hydro-carbonées et en présence d'un large apport d'oxygène. Ces conditions sont réalisées dans la vie parasitaire; ce sont elles qui avaient amené Koch à penser que le parasitisme du bacille tuberculeux était obligatoire. En fait, cette obligation n'existe que pour la forme acido-résistante du germe infectieux. Ce germe, composé d'éléments granulaires, possède des particules qui peuvent traverser les filtres serrés de porcelaine. Les éléments filtrés peuvent déterminer chez les cobayes des accidents semblables à ceux rencontrés dans les tuberculoses chirurgicales de l'homme quand ils sont injectés sous la peau. Ils peuvent aussi provoquer des septicémies rapidement mortelles, sans folliculites, quand l'inoculation est intraveineuse. Ces faits ont amené l'auteur à étudier la vaccination antituberculeuse du cobaye par l'injection sous-cutanée de bacilles poussés sur du bouillon de pomme de terre sans glycérine, et tués par la chaleur à 59 degrés. Par ce procédé les cobayes vaccinés depuis quinze mois ont résisté à l'infection et à la réinfection de doses de bacilles tuberculeux ayant tué en soixante jours environ les cobayes témoins de l'expérience.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Coutière sur le prix Demarle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 30 avril 1926)

Les résultats de la vaccination antidiphtérique à l'anatoxine de Ramon. — MM. P. Lereboullet, Boulanger-Pilet et Gournay rapportent leurs résultats portant sur près de 2.000 enfants appartenant au milieu hospitalier des Enfants-Malades ou à diverses collectivités. Une bonne partie de ces vaccinations a été faite aux frères et sœurs de diphtériques hospitalisés, de préférence à la séroprévention antérieurement pratiquée. D'autres ont été faites à des malades des divers services de l'hôpital. Le plus grand nombre concerne les enfants de collectivités particulièrement éprouvées par la diphtérie et dans lesquelles on a pu ainsi juguler l'épidémie. La vaccination, qui a donné 95 p. 100 de succès après deux injections à trois semaines d'intervalle, s'est montrée efficace dans 100 p. 100 des cas à la suite d'une troisième injection; elle est d'efficacité nettement moins accusée lorsque, simultanément, on fait une injection de sérum désalbuminé.

Sur la durée de l'immunité active après vaccination antidiphtérique par l'anatoxine. — MM. J. Roubinovitch, G. Loiseau et A. Laffaille présentent les résultats obtenus chez des enfants du service des arriérés de Bicêtre (Fondation Vallée) et de l'Institut des Sourds-Muets et arriérés d'Asnières, vaccinés par l'anatoxine en 1924 et revus après douze à vingt-cinq mois.

Sur 23 enfants à Schick positif, l'immunité obtenue par une seule injection de $0^{cc}5$ d'anatoxine persiste; chez 17 sujets, après dix-neuf à vingt-cinq mois; chez 6 enfants l'immunité a fléchi pendant ce même temps, montrant qu'une vaccination unique avec $0^{cc}5$ d'anatoxine suffisante chez certains sujets est insuffisante pour d'autres.

Chez 17 enfants à Schick positif, l'immunité obtenue par deux injections d'anatoxine persiste chez tous les sujets examinés après douze, dix-neuf, vingt-quatre mois.

Abcès gangréneux du poumon exploré par l'injection de lipiodol lourd et léger. Guérison par un pneumothorax artificiel. — MM. Noël Fiessinger et H.-R. Olivier rapportent l'observation d'un abcès gangréneux du poumon, diagnostiqué par sa vomique fétide et surtout par l'image radiologique. Une injection de lipiodol permit de déceler à la fois les irrégularités et l'épaisseur de la paroi phlegmatique. Un pneumothorax artificiel, pratiqué sur ces indications, en affaissant cette poche, fit tomber la fièvre, tarir l'expectoration et donna une guérison fonctionnelle et radiologique.

Endocardite à marche lente chez une rhumatisante atteinte de tuberculose. — M. Achitouv relate une observation d'endocardite streptococcique à marche lente chez une femme ayant présenté une attaque de rhumatisme polyarticulaire et atteinte d'une tuberculose pulmonaire jusque-là torpide. On a obtenu une cutiréaction positive à l'aide des cultures chauffées du streptocoque obtenu par hémoculture.

Purpura rhumatoïde prétuberculeux. — MM. P. Carnot, E. Libert et M. Bariéty rapportent l'observation d'un homme de quarante ans entré dans leur service pour un purpura rhumatoïde des membres inférieurs, à la suite duquel se développèrent une pneumonie caséeuse et une méningite tuberculeuse. Ils reprennent à ce propos l'étude des rapports entre le purpura et la tuberculose et insistent sur deux ordres de lésions constatées dans leur cas : un foie hypertrophié (2.600) avec infiltration du pigment ocre, mais sans altérations dégénératives; des reins augmentés de poids (240 grammes) pâles, mous, avec réaction scléreuse intertubulaire.

Spirochétose méningée. — MM. Maurice Debray et Jonesco présentent une observation de spirochétose méningée pure, sans aucun ictère et où les urines contenaient des spirochètes bien que le rein parût tout à fait indemne cliniquement. Ce qui fait l'intérêt principal de cette observation, c'est le caractère très particulier de la courbe thermique et de l'évolution de la maladie qui présenta quatre poussées successives de méningite, avec réaction cellulaire intense, 220 éléments p. m/M 3 dont 70 p. 100 de Joly, sans aucun germe à l'examen direct. L'inoculation du culot de centrifugation urinaire conféra une spirochétose ictéro-hémorragique typique au cobaye.

Considérations sur la réactivation de la réaction de Bordet-Wassermann dans les maladies (infections expérimentales). — MM. H. Dufour, Widiez et R. Castéran, frappés depuis longtemps de voir dans un certain nombre de cas la réaction de Bordet-Wassermann être positive dans le sang ou les humeurs de malades atteints d'une maladie infectieuse, ont cherché à provoquer expérimentalement la réacti-

vation en créant, soit une irritation locale, soit une maladie générale chez d'anciens syphilitiques présentant une réaction négative avant cette tentative.

Chez un malade qui, après deux injections de vaccin T A B, eut une réaction thermique à la deuxième injection, le Bordet-Wassermann ayant été recherché dans le sang fut trouvé positif : trois semaines plus tard la réaction était redevenue négative. Au point de vue général, il est intéressant de constater les effets d'une maladie intercurrente sur le réveil d'une infection antérieure qui semblait éteinte. Au point de vue pratique, ces faits engageront le médecin à ne pas conclure que telles ou telles maladies autres que la syphilis s'accompagnent d'un Bordet-Wassermann positif; ils l'inciteront à établir son diagnostic en tenant compte de la concomitance de deux affections dont l'une est réveillée par l'intervention active de l'autre.

Urticaire et réserve alcaline. — MM. P. Vallery-Radot, Blamoutier et Laudat, à propos de la communication de M. Parisot, rapportent qu'ils ont recherché la réserve alcaline dans six cas d'urticaire. Ils n'ont constaté qu'une fois la réserve alcaline abaissée (46,1 vol. p. 100); il s'agissait d'un cas d'urticaire par effort dont les crises furent temporairement empêchées par l'injection intraveineuse de 3 grammes de bicarbonate de soude dans 100 centimètres cubes d'eau.

Observation de distomatose hépatique chez l'homme. — M. Desage (d'Oran). Comme dans les autres cas très rares déjà publiés, les symptômes présentés par le malade constituent un syndrome très fruste : fièvre légère survenant par périodes, très grande asthénie, anémie, douleur au niveau du foie, gros foie, diarrhées intermittentes, sans polynucléose. L'évolution du mal a duré treize ans; elle fut si insidieuse que le diagnostic n'a été fixé que peu avant la mort et seulement par la présence dans les selles d'œufs de fasciola hepatica.

NOTES POUR L'INTERNAT

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE [1]

PRONOSTIC

Il est très amélioré par la prostatectomie et le sondage. Très favorable à la phase du début, si le malade est opéré précocement, il est déjà plus sérieux à la phase de résidu où le sujet s'expose à la rétention aiguë et à l'infection de sondage s'il n'est pas opéré (catheter life).

A la période terminale de distension, l'opération beaucoup plus sérieuse, ne sera tentée que si l'azotémie a cédé à la sonde à demeure (Chevassu).

DIAGNOSTIC

Il doit franchir *plusieurs étapes*, et se pose dans des conditions bien différentes suivant le moment où l'on voit le malade.

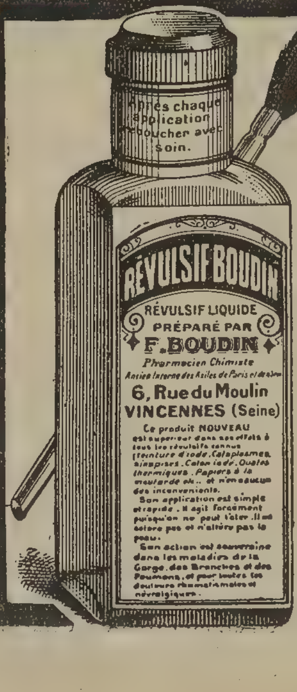
1° **Positif. Examen d'un prostatique.** — *A.* **Toucher rectal.** — Il décèle une prostate volumineuse, bombant dans le rectum, aux contours latéraux saillants et arrondis, à la surface *lisse* et régulière, de consistance molle (adénome glandulaire) ou ferme (fibro-adénome). Il n'y a *jamais de dureté ligneuse* (*cancer*) ni de points ramollis (abcès).

La base n'est pas toujours perceptible chez les obèses.

La dépression médiane postérieure normale a disparu.

Savoir que la prostate peut être de volume normal (petits adénomes, Marion).

(1) Fin — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 36, p. 590.


Après chaque application reboucher avec soin.
RÉVULSIF BOUDIN
RÉVULSIF LIQUIDE
PRÉPARÉ PAR
F. BOUDIN
Pharmacien Chimiste
6, Rue du Moulin
VINCENNES (Seine)

B. **Exploration de l'urètre.** — Il sera prudemment exploré avec une sonde à bout olivaire n° 20 à 24. Cette exploration décèle un canal large avec obstacle dans la région prostatique. De plus, il y a *allongement de l'urètre prostatique*.

c. **L'explorateur métallique** peut être utile si l'on soupçonne des calculs vésicaux, et permet d'apprécier la saillie vésicale de l'adénome.

d. **Cystoscopie.** — Elle montre que le col de la vessie est :

1. Déformé : convexité postérieure du lobe médian, convexités latérales des lobes latéraux dont les joues s'adossent en avant.

2. Surélevé (*signe de Marion*). On voit à la fois les orifices urétraux et celui du col.

e. Accessoirement : **Urétroscopie postérieure (Mac Carthy).** — Lorsque le toucher ne montre pas une grosse prostate. (Possibilité des adénomes sous-urétraux déformant l'urètre et obstruant le col, Marion).

2° **Diagnostic de l'état des reins.** — L'exploration fonctionnelle du rein est formellement indiquée avant toute intervention :

1. Epreuve au bleu de méthylène et à la phénol-sulfonephtaléine.
2. *Constante d'Ambard.*
3. Dosage de l'urée sanguine.

3° **Diagnostic différentiel.** — *A*. **Le malade vient pour une dysurie avec pollakiurie.** — Eliminer :

Le *Rétrécissement de l'urètre*, mais penser qu'un vieux rétrécissement peut être prostatique.

En face d'une dysurie avec pollakiurie chez un sujet ayant dépassé cinquante ans, penser à trois affections, l'hypertrophie prostatique, le cancer, les prostatites chroniques. Dans les trois cas, le toucher rectal montra une *grosse prostate*, mais :

1. Cancer de la prostate. — a. *Circonscrit.* — Evolution rapide, douloureuse, avec hématuries parfois abondantes, et parfois phénomènes de cystite surajoutée.

Au toucher : présence de noyaux *durs, ligneux*, parfois irréguliers. Vésiculite appréciable.

Toucher combiné à *l'exploration métallique :* montre l'augmentation d'épaisseur de la paroi rétro-urétrale de la prostate.

Cystoscopie : la prostate ne fait qu'une légère saillie dans la vessie.

Ce qui est difficile, c'est de savoir si un cancer *se greffe* sur une hypertrophie sénile. Se baser sur quelques signes de présomption :

a. Apparition très précoce (avant cinquante ans) ou très tardive (après soixante-dix ans) ;
b. Apparition simultanée de la dysurie et de la rétention ;
c. *Douleurs* spontanées ;
d. *Hématuries* spontanées ;
e. Apparition de noyaux indurés. Imprécision des limites de la tumeur.

b. *Cancer diffus.* — Ici, pas d'hésitation possible. C'est une véritable *carcinose* prostato-pelvienne (Guyon) avec masse ligneuse, mal limitée, fixe.

2. Prostatite chronique. — Elle ressemble assez peu à l'hypertrophie : le massage fait sourdre du pus. Mais les deux affections peuvent coexister ; leurs symptômes se surajoutent.

3. Si on ne trouve pas une grosse prostate, penser aux *prostatiques sans prostate* (Marion) et pratiquer une *cysto-uréthroscopie*.

4. Ce n'est qu'après avoir éliminé de façon formelle ces diagnostics qu'on pensera aux *atonies vésicales* du *tabès* (rétention par anesthésie profonde, mais signe d'Argyll-Robertson, réflexes abolis, etc.), de la *syphilis médullaire*, du *diabète*, etc. L'examen complet du malade fait rapidement le diagnostic.

B. **Le malade vient pour une complication.** — 1. Rétention aiguë : penser toujours à l'hypertrophie prostatique.
2. Cystite : éliminer la tuberculose réno-vésicale.
3. Infection générale. Broncho-pneumonie : penser toujours à l'étiologie urinaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. **L'adénome.** — **Volume :** normalement, celui d'une châtaigne, pouvant ici atteindre ou dépasser celui d'une mandarine, d'une orange.

Forme : 4 types suivant Marion :
Sphérique : c'est une boule traversée par l'urètre.
En *poire* à grosse extrémité urétrale.
En *grappe*.
En *lobe médian* : ici, la portion sus-montanale, pré-spermatique est seule augmentée de volume, formant le lobe moyen des auteurs classiques.

Structure macroscopique. — Aspect irrégulièrement *lobulé* résultant de la présence de noyaux arrondis, les *corps sphéroïdes*. Une *capsule* entoure l'adénome qui pourra être décollé du tissu prostatique suivant un *plan de clivage*.

Structure histologique. — Dans la règle : tumeur bénigne. *Adénome* (adénome pur, adénofibrome, adénomyome ou adénome kystique). Possibilité de transformation *épithéliomateuse*.

Origine. — 1. Pour les *auteurs classiques*, c'est une véritable hypertrophie de la prostate : on y rencontre deux lobes latéraux et un lobe moyen.

Actuellement (Albarran et Hallé, Cunéo, Motz, Marion), l'adénome est considéré comme dérivant des glandes *sous-muqueuses* de l'urètre prostatique. Par son développement, il *refoule le sphincter* et la prostate. Aussi, conçoit-on que :

1° L'adénome adhère à la muqueuse, et dans l'opération de Freyer on enlève avec lui la portion d'urètre correspondant ;

2° Il est *sus-montanal* (on l'arrache sans léser le veru montanum) et *sus-ductorien* (le Freyer respectera les canaux éjaculateurs) ;

3° La vraie prostate est refoulée et aplatie derrière l'adénome.

Pour Chevassu : les adénomes pourraient se développer dans toutes les glandes de la prostate indifféremment.

II. **Les lésions urinaires qui en résultent.** — L'urètre prostatique est *allongé*, aplati transversalement, avec saillie du lobe médian contre lequel viendra buter toute sonde droite (fausse-route possible).

Le **col** vésical est *surélevé* déterminant en arrière la formation d'un *bas-fond* où pourra stagner l'urine.

La **vessie** pourra se *distendre* ; les reins se scléroser, et si l'infection s'installe, ce sera la *pyélonéphrite* ascendante.

TRAITEMENT

1° **Curatif : La prostatectomie.** — La prostatectomie **hypogastrique** (*opération de Freyer*) est seule pratiquée actuellement.

Elle sera faite de préférence *en un temps*, et ne sera pratiquée en deux temps que chez les infectés, vieillards, ou déficients rénaux avec constante d'Ambard très élevée. Avec Marion, on peut dire que tous les vieillards qui ont besoin d'une sonde, de manière continue ou accidentelle, sont justiciables de la prostatectomie.

Résultats fonctionnels : parfaits, au point de vue urinaire et génital.

2° **Palliatif.** — Il répond aux contre-indications de la prostatectomie :

1° Au début : **hygiène** générale, alimentaire, urinaire et génitale, du prostatique (Marion) ;

2° En cas de **résidu** vésical : sondages aseptiques et lavages antiseptiques ;

3° En cas de rétention **avec distension** : cystostomie ;

4° En cas de rétention **aiguë** : ne pas évacuer toute l'urine, sinon on s'expose aux hémorragies a vacuo. Sonde à béquille, ou en cas d'échec : cystostomie ;

5° En cas de cystite **chronique** : lavages au nitrate d'argent. S'il y a infection aiguë : sonde à demeure.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, [illegible]e, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pay[illegible] [illegible]*t variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 11 mai. — MM. de Gennes, 19,54 ; Alajouanine, 18,92 ; Minquin, 18,27.

Liste des candidats admissibles : MM. Chevallier et Jacquet, 20 ; Léon-Kindberg, 19,90 ; de Gennes, 19,54 ; Jacob, 19,45 ; Carrié, Nicaud et Boulin, 19,27 ; Haguenau et Janet, 19,18 ; Paraf et Cathala, 19,09 ; Ravina, 19 ; Bénard, 18,81 ; Alajouanine, 18,72.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 10 mai. — MM. Charrier, 18 ; Quénu, 20 ; Michon et Sénèque, 18.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bourgeois, Baldenweck, Hautant, Sébileau, Le Mée, Sorrel et Weil (Emile).

CONCOURS D'AGRÉGATION. — MÉDECINE. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séances du 11 mai. — M. Renaud : « Valeur séméiologique des splénomégalies chroniques » ; note : 17.

M. Cathala : « Formes cliniques de la tuberculose intestinale » ; note : 17.

M. Haguenau : « De l'anurie » ; note : 14.

M. Dufourt : « Evolution et traitement des pleurésies chroniques à grand épanchement » ; note : 16.

M. Simonin : « Leucémie aiguë » ; note : 17.

M. Bénard (René) : « Diagnostic et formes cliniques des cavernes tuberculeuses » ; note : 16.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — L'administration des hospices a voté des félicitations à M. Cibert, interne à l'Hôtel-Dieu, qui s'est spontanément prêté à la transfusion du sang pour sauver une malade de son service.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — Le certificat de microbiologie a été décerné à MM. Armani, Farhat, Goeau-Brissonnière, Gozlan, Mme Harkavy, MM. Mirante, Vel et Zanca.

— Le diplôme d'hygiène a été décerné à MM. Armani et Goeau-Brissonnière, et à Mme Harkavy.

— Le diplôme de médecin colonial a été décerné à M. Goeau-Brissonnière et à Mme Harkavy.

— BORDEAUX. — M. Cruchet, professeur de pathologie et thérapeutique générales est nommé à compter du 1er novembre 1926, professeur de clinique médicale des maladies des enfants (chaire vacante depuis le décès de M. le professeur Moussous).

FACULTÉS ÉTRANGÈRES. — GAND. — S. M. la Reine Elisabeth vient d'inaugurer le centre anticancéreux de l'Université de Gand.

ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER. — L'Académie des sciences et lettres de Montpellier décernera, en 1927, un prix Alphonse Jaumes sur un sujet de médecine légale, les deux sujets restant au choix des candidats. Chacun de ces prix pourra atteindre la somme de 2.000 francs.

Les mémoires, imprimés ou dactylographiés, devront être déposés au secrétariat de l'Académie avant le 31 décembre 1926. Ils doivent être écrits en langue française. Ils ne seront pas rendus. Sont exclus les travaux ayant plus de quatre ans de date et ceux qui ont déjà pris part à d'autres concours.

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. — PRIX DE LA LIGUE. — La ligue nationale française contre le Péril vénérien, pour stimuler les recherches relatives à la vénéréologie, met au concours trois prix :

1° Un prix de 5.000 francs à décerner à l'auteur du meilleur travail sur : *Les psychopathies hérédo-syphilitiques chez l'enfant et chez l'adolescent et leur rôle dans la criminalité juvénile.*

2° Un prix de 5.000 francs à décerner à l'auteur de la meilleure *Etude sur l'association de la syphilis et de la tuberculose dans les affections ostéo-articulaires* (pathogénie, diagnostic, traitement).

3° Un prix de 20.000 francs à décerner à l'auteur de *La découverte la plus importante* faite pendant les années 1926 et 1927 dans le domaine de la vénéréologie.

Conditions du concours. — Pour les deux premiers prix, l'anonymat est obligatoire.

Les ouvrages présentés au concours devront être écrits en français, entièrement inédits, constituer non seulement une revue générale de la question, mais surtout un travail original fondé sur des faits nouveaux, dactylographiés en triple exemplaires, paginés, suivis d'une table.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant le nom, la qualité et l'adresse de l'auteur. Ce pli ne sera ouvert qu'après la proclamation du résultat du concours. Tout concurrent qui se ferait connaître directement ou indirectement serait par ce seul fait exclu du concours.

Pour ces deux prix, les ouvrages présentés devront parvenir directement au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris VIIIe, avant le 1er octobre 1928.

Le jury du concours sera nommé par le Conseil d'administration de la Ligue, après cette date, et le prix décerné à l'Assemblée générale de la Ligue, *au mois de décembre 1928*.

UNE NOUVELLE REVUE. — Nous avons reçu le premier fascicule de *La Rev*[illegible] *maladies du foie, du pancréas et de la rate* qui paraît[illegible]ormais trimestriellement aux éditions de « L'Expansion[illegible]tifique française », 23, rue du Cherche-Midi.

La nouvelle Rev[illegible], publiée sous le patronage des professeurs Delezenne, Gilbert et Hartmann, et sous la direction scientifique des professeurs agrégés P. Abrami, M. Villaret et N. Fiessinger, a pour collaborateurs la plupart des maîtres français et étrangers que leurs études antérieures désignaient pour participer à sa rédaction. Le docteur G. Parturier (de Vichy) en est le rédacteur en chef.

Le premier fascicule forme un imposant volume in-8 raisin de 160 pages.

Nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à cette belle publication.

LE « LIVRE D'OR » DE L'UNION MÉDICALE FRANCO-IBÉRO-AMÉRICAINE OU UMFIA, qui est une synthèse de l'œuvre médicale internationale latine accomplie depuis 1912 par cette Société, va paraître incessamment. Rédigé par le docteur Dartigues, président fondateur, il comprendra un annuaire très complet, de nombreux documents iconographiques et biographiques et des renseignements très utiles pour les médecins français et étrangers qui s'intéressent au grand mouvement des relations scientifiques franco-ibéro-américaines.

Ce « Livre d'or » sera distribué de droit aux trois mille membres de l'Umfia. Les médecins n'appartenant pas à l'Umfia et qui désireront posséder cet exemplaire remarquable devront s'inscrire d'avance au siège du secrétariat de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les professeurs Gradenigo (de Naples) et Amerigo Barlocco (de Modène); et de MM. les docteurs Bourillon, ancien député, ancien directeur de l'Asile de Saint-Maurice (Seine); Emile Lecœuvre (de Sebourg, Nord), E. Landolt, l'éminent ophtalmologiste, décédé à Paris à l'âge de 79 ans; Armand Gauthier, sénateur, ancien ministre; Prosper Van Velsen (de Bruxelles).

HÔPITAL TENON. — COURS SPÉCIAL DE CURIETHÉRAPIE ET DE RADIOTHÉRAPIE PÉNÉTRANTE. — Le docteur Proust, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec le concours de MM. les docteurs Coliez, Darbois, Hufnagel, Houdard, Mallet, Maurer, Psaume et de Nabias, commencera le lundi 17 mai 1926, à 10 heures du matin, à l'hôpital Tenon (salle Duflocq), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences suivies d'applications pratiques concernant la curiethérapie et la radiothérapie pénétrante.

Ce cours est gratuit, mais les élèves désireux de prendre part aux démonstrations pratiques auront à verser un droit de 150 francs. — Se faire inscrire le matin au laboratoire de curiethérapie de l'hôpital Tenon (salle Duflocq).

CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS (13, rue Moreau). — CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE. — Jusqu'à la fin de juillet, MM. Chevallereau, Valude, Kalt et Chaillous, médecins de la Clinique des Quinze-Vingts, feront une conférence à cette Clinique, chaque vendredi, à 1 h. 30.

Consultations et opérations tous les jours, à 13 heures.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 17 mai 1926, à 21 h., au Cercle militaire.

La conférence sera faite sur : « Les blessures du rein par projectile de guerre », par M. le médecin-major de 1re classe Maisonnet, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

L'ARGUS DE LA PRESSE, continuant ses travaux de documentation, publie une nouvelle édition de « *Nomenclature* des journaux en langue française paraissant dans le monde entier ». Ce travail précis et ordonné contient plus de 10.000 noms de journaux de notre langue, publiés tant en France qu'aux pays les plus éloignés.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES FONCTIONS D'EXPERT AU CENTRE DE RÉFORME ET D'EXPERT AU TRIBUNAL DES PENSIONS SONT-ELLES COMPATIBLES ?

M. André Escoffier (Drôme), député, demande à M. le ministre des Pensions de lui faire connaître : 1° s'il y a incompatibilité entre les fonctions d'expert au centre de réforme et d'expert au tribunal des pensions; 2° s'il y a incompatibilité entre les fonctions de juge titulaire au tribunal des pensions et de surexpert. (*Question du 18 mars 1926.*)

Réponse. — 1° Il n'y a pas incompatibilité entre les fonctions d'expert au centre de réforme et d'expert au tribunal des pensions. Toutefois, le ministre des Pensions estime que le médecin qui a examiné un postulant à pension au centre de réforme doit se récuser s'il est commis comme expert par le tribunal pour examiner ce même requérant; 2° aucun texte de la législation des pensions ne prévoit l'incompatibilité entre les fonctions d'expert et les fonctions de médecin juge. Toutefois, le tribunal, usant de la Faculté que lui confère l'article 30 du décret du 2 septembre 1919, peut se refuser à agréer un expert comme juge. Si le tribunal n'use pas de cette faculté, les parties ont toujours la possibilité de demander au tribunal de prononcer la récusation du juge en cause, suivant la procédure fixée par les articles 381 à 396 du Code de procédure civile et par application de l'article 378, paragraphe 8, dudit Code, ainsi conçu : « 8° Si le juge a donné conseil, plaidé ou écrit sur le différend, s'il en a précédemment connu comme juge ou comme arbitre, etc. » Enfin, la loi fait un devoir au juge qui connaît une cause de récusation en sa personne de la déclarer au tribunal dont il fait partie pour que celui-ci décide s'il doit s'abstenir (art. 380 du Code de procédure civile. (*J. O.*, 29 avril 1926.)

REVUE GÉNÉRALE

LA TUBERCULOSE DU PREMIER AGE

Par le docteur JEAN RATHELOT,
Ancien interne des hôpitaux de Marseille.

Ils ne mouraient pas tous,
Mais tous étaient frappés.

N'est-ce pas là le partage des pauvres humains vis-à-vis de l'infection tuberculeuse? 97 p. 100 des adultes vivant en pays civilisé sont sensibilisés à la protéine tuberculeuse; autant dire la totalité. Tel est le bilan des vivants. Mais combien n'ont pu triompher de ce contact avec le bacille? Combien ont succombé dans une lutte soutenue souvent dès l'âge le plus tendre?

La première enfance en effet est celle qui paie le plus large tribut à la tuberculose, et cependant la maladie y est relativement rare. Les statistiques ont su mettre en valeur cette constatation.

La tuberculose déclarée (1) tue dans la proportion de 75 p. 100 des cas dans les six premiers mois, alors qu'à l'âge de deux à trois ans, la mortalité globale n'est plus que de 2,7 p. 100 des cas. *La gravité de la tuberculose est donc inversement proportionnelle à l'âge du sujet.*

La fréquence des cas par contre, augmente à la façon d'une progression arithmétique, *proportionnellement à l'âge*. A un an 10 p. 100 des enfants ont une cuti-réaction positive; à deux ans le chiffre est de 24,5 p. 100 à cinq ans, 49,6 p. 100; à dix ans, 72,1 p. 100; à treize ans 87,7 p. 100.

Cette opposition entre la notion fréquence et la notion gravité attire d'une manière toute particulière l'attention sur la tuberculose du premier âge. Pourquoi la tuberculose du jeune enfant évolue-t-elle différemment de celle de l'adulte? Pourquoi la tuberculose du nourrisson est-elle en général d'une extrême gravité?

Voilà deux questions dont la pleine connaissance est du plus haut intérêt. Mais une foule d'autres problèmes (question de l'hérédité, question du moment et du mode de la première contamination, question du diagnostic par la tuberculine, question de la prophylaxie, de la vaccinothérapie), une foule d'autres problèmes, disons-nous, viennent s'ajouter aux précédents, et font de la tuberculose du jeune âge une entité bien spéciale dont l'étude mérite d'être opposée à la tuberculose de l'adulte.

Nous définirons tuberculose du premier âge, *celle qui survient au cours des deux premières années de la vie.* Cette limite est forcément arbitraire. En effet le synonyme de « tuberculose du premier âge » est « tuberculose de première infection ». Or celle-ci peut se voir longtemps encore après les deux premières années, voire même chez les adultes sains transplantés en milieu contaminé.

La description que nous ferons, pourra donc en bien des points déborder les limites de temps que nous nous sommes fixées. Cela tient à des similitudes que nous ne pouvons supprimer, mais nous nous sommes néanmoins efforcés de nous cantonner strictement dans ce court espace des deux premières années, et de tout rapporter aux circonstances particulières que comporte ce jeune âge.

(1) Sa constatation est basée sur la positivité de la réaction à la tuberculine.

Pour ce faire, nous étudierons successivement le mécanisme général de la contamination tuberculeuse, puis la pathogénie générale de cette contamination, et l'anatomie pathologique de la lésion initiale. Puis viendront un chapitre de séméiologie générale et un autre de diagnostic général de l'infection tuberculeuse. Ces différents chapitres malgré les généralités dont ils traitent, intéressent tous la tuberculose du premier âge; ils ne sont donc pas hors sujet.

Nous aborderons ensuite l'étude des formes cliniques de la tuberculose du premier âge. Ce chapitre se limitera à l'étude des différentes formes de tuberculose pulmonaire et des granulies. Les autres formes de tuberculoses viscérales ou périphériques sont rares dans le premier âge et rien ne les distingue de leurs homologues chez l'adulte.

Nous traiterons enfin de la prophylaxie, du pronostic et de la thérapeutique.

Mécanisme général de la contamination tuberculeuse. — Il se résume en l'exposé du phénomène fondamental de Koch avec les quelques réserves tenant au fait que l'homme et le cobaye ne réagissent pas d'une manière absolument identique au bacille de la tuberculose.

On appelle « *phénomène fondamental de Koch* » la manière dont réagit un cobaye à une inoculation expérimentale de bacilles tuberculeux.

Le mode de réaction est totalement différent suivant que l'animal est sain ou déjà contaminé. Cette modification de réaction dans le second cas porte le nom d'*allergie* (ἄλλος autre, ἔργων réaction).

A. **Mécanisme de la première infection.** — Si à un *cobaye sain*, on injecte sous la peau une culture vivante, la plaie paraît cicatriser tout d'abord; puis débute une infection qui évolue en trois stades :

a. *Nodule* ou *chancre d'inoculation* évoluant vers l'abcès puis l'ulcère (lequel persiste jusqu'à la mort de l'animal).

b. *Ganglions* dans le domaine du chancre.

c. *Généralisation* bacillaire et mort. (Le cobaye en effet ne guérit pas de la tuberculose.)

L'évolution se fait lentement : huit à quinze jours pour le nodule; quinze jours pour l'adénite, six semaines et plus pour la généralisation. Une fois la généralisation produite l'évolution se précipite et l'animal meurt en quelques jours.

Chez l'enfant sain, le phénomène initial est comparable, à ceci près que l'enfant se défend mieux que le cobaye contre la contamination. Aussi le voit-on souvent triompher de l'agression bacillaire, et l'on note corrélativement :

a. Un *chancre d'inoculation*, siégeant le plus souvent à la base du lobe moyen du poumon droit.

b. Une *adénopathie* trachéo-bronchique similaire (1).

c. Généralisation ou *granulie* dans les cas de contamination massive; cicatrisation du chancre et *guérison apparente* dans le cas contraire.

Il est bon de noter que la guérison n'est qu'apparente. Le chancre s'entoure d'une paroi fibreuse protectrice, mais en son sein les bacilles de Koch continuent à végéter. Le bacille est emmuré mais il n'est pas tué.

(1) Chancre et adénopathie peuvent avoir un siège tout différent, notamment intestinal et mésentérique; mais la contamination respiratoire est la plus fréquente.

Cette circonstance est un bien mais aussi un danger.

Elle est un bien en ce sens que le bacille de Koch vivant en petite quantité, continue de lancer dans le sang circulant des produits toxiques en quantité minime, contre lesquels sont sécrétées des anti-toxines. Ces anti-toxines protègent l'organisme d'une part contre le développement du foyer demeuré latent, et d'autre part contre un apport supplémentaire en quantité minime. Ainsi, une fois touché par le bacille, l'organisme se trouve en état de perpétuelle vaccination, mais cette *immunité* vaccinale ne dure qu'autant que les bacilles herbergés sont vivants. Elle cesserait avec leur mort, de même que l'immunité contre la syphilis cesse lorsque la guérison est obtenue.

Cette présence demeure malgré tout un danger, parce que dans certaines circonstances (suppression de l'immunité par une maladie intercurrente, par exemple) ce foyer latent peut se réveiller et devenir le point de départ d'une nouvelle pullulation.

B. **Réinfection ou superinfection.** — *Chez le cobaye déjà contaminé*, donc déjà sensibilisé, une nouvelle inoculation de germes en quantité minime ne produit aucune réaction. Les bacilles sont détruits sur place, fait qui traduit l'immunité acquise.

Mais si l'inoculation est faite avec une quantité suffisante de germes, il se produit un processus de défense locale et rapide qui s'oppose à la lenteur d'évolution et à la tendance à la généralisation de la première infection.

En trois à quatre jours apparaît une ecchymose (et non un nodule), puis une nécrose avec élimination des bacilles inoculés.

Chez l'enfant déjà contaminé, de même la réinfection demande pour produire effet, un apport suffisant de bacilles. On dit qu'il faut une superinfection. La maladie produite aura une allure aiguë nettement différente de la première, à savoir : peu ou pas de réaction ganglionnaire, tendance à la nécrose des tissus, à la fonte purulente des tubercules et à l'élimination des bacilles avec le caséum.

Ces formes de réinfection correspondent à la tuberculose pulmonaire cavitaire, aux différentes formes de tuberculoses osseuses ou articulaires, et aux différentes tuberculoses viscérales. Elles sont constantes dans l'âge adulte (le cas mis à part d'un sujet sain transplanté en milieu contaminé). Elles sont plus rares dans la première enfance, cet âge étant de préférence celui des primo-infections.

Cet état allergique au moment de la réinfection n'est que la traduction de l'immunité du sujet. Grâce aux antitoxines circulantes, le nouvel apport microbien est immédiatement localisé en son point d'entrée. Une maladie locale remplace la maladie à tendance générale. La résultante en est une destruction rapide du parenchyme qui abrite les bacilles; c'est la fonte caséeuse. L'animal ou l'homme immunisé ne meurt plus de l'envahissement des bacilles (granulie). Il meurt des délabrements organiques qu'il opère en lui, du fait de son immunité, pour la destruction des bacilles.

Etiologie et pathologie générales. — La tuberculose infantile est due à la pénétration du bacille de Koch dans l'organisme de l'enfant. Quand et comment se fait cette pénétration? Tels sont les problèmes de la tuberculose congénitale et de la tuberculose acquise.

A. **Tuberculose congénitale.** — Le bacille de Koch peut-il traverser le filtre placentaire?

Le fait était admis autrefois. On admettait même l'hérédité paternelle par tuberculose du spermatozoïde.

Actuellement l'hérédité maternelle n'est admise qu'avec beaucoup de réserve. Seuls peuvent être congénitalement tuberculeux, ceux dont la mère est granulique avec lésion placentaire. Les autres sont tuberculisables du fait de leur débilité, mais isolés rapidement du milieu familial, ils peuvent être préservés.

On admet donc que l'*hérédité de terrain est la règle*, et l'*hérédité de graine l'exception.*

Cette négation de l'hérédité de graine, pourtant appuyée sur de nombreux faits cliniques, se heurte à la constatation expérimentale récente de nombreux auteurs (Fontes, Vaudremer, Valtis, Hauduroy) qui ont isolé et cultivé une *forme filtrante du bacille de Koch*, laquelle présente au microscope un aspect mycélien. Durand, Vaudremer, Hauduroy par des techniques précises ont même fermé le cycle, à savoir : *a.* Bacille de Koch acido-résistant, non filtrant; *b.* Forme mycélienne filtrante, non acido-résistante; *c.* Retour à la forme filtrante et acido-résistante.

Ces découvertes récentes et encore incomplètes vont certainement reposer la question de l'hérédité de graine.

B. **Tuberculose acquise.** — La tuberculose est ordinairement contractée après la naissance. Ainsi le prouve la pratique des réactions à la tuberculine constamment négatives ou presque, dans les trois premiers mois de la vie (3,5 p. 100).

A partir du quatrième mois le nombre des positivités augmente (6,8 p. 100) et la progression s'accentue tous les mois jusqu'à l'âge adulte. La fréquence moyenne de la deuxième année est de 25 p. 100; celle de la troisième, 32,8 p. 100.

La *contamination* se fait dans la très grande majorité des cas par la voie respiratoire, surtout dans la première enfance, où le sujet incapable de mouvement ne peut s'exposer comme plus tard à des contaminations diverses par la voie digestive, résultant de cette double manie, le « touche à tout » et le « tout à la bouche ».

La *cause habituelle* est la promiscuité de sujets atteints de bacillose ouverte, surtout la mère, ou à son défaut, la personne chargée des soins de l'enfant.

La contamination par le lait d'un animal tuberculeux est pratiquement négligeable, surtout depuis que l'on pratique systématiquement l'ébullition du lait.

Le *mécanisme habituel* de la contamination est la pénétration jusqu'aux alvéoles, de poussières bacillifères. C'est la tuberculose d'inhalation, laquelle produit ordinairement une forme de tuberculose spéciale à l'enfant, la tuberculose ganglio-pulmonaire.

Les autres modes de pénétration sont :

— la voie buccale, entraînant des végétations adénoïdes et des adénites cervicales (Marfan).

— la voie intestinale, entraînant la tuberculose des ganglions mésentériques ou la tuberculose péritonéale (carreau).

— la peau, la conjonctive oculaire; mais toutes ces voies sont exceptionnelles.

Anatomie pathologique. — La tuberculose de première infection prend toujours lorsqu'elle est

bénigne, la forme ganglio-pulmonaire décrite par Rilliet et Barthez. Si la contamination est importante, elle réalise soit une broncho-pneumonie d'emblée, soit plus souvent une granulie généralisée.

La tuberculose de réinfection prend en général la forme pneumonique ou broncho-pneumonique, et l'évolution se fait vers la caséification et l'excavation.

Nous ne pouvons dans cet aperçu anatomo-pathologique, tenir compte de cette division en formes de première infection et formes de réinfection. Nous étudierons successivement la forme ganglio-pulmonaire, la forme miliaire et les formes confluentes.

A. **Forme ganglio-pulmonaire.** — Elle comprend toujours une lésion parenchymateuse initiale en général minime, entraînant bientôt une réaction ganglionnaire importante.

1° Lésion pulmonaire initiale. — Chancre d'inoculation. — Le premier contact des alvéoles pulmonaires avec le bacille de Koch n'a aucun caractère spécifique. L'examen histologique montre une simple alvéolite exsudative banale, sans cellules épithéliales ni cellules géantes. Le centre subit la transformation hyaline et est extrêmement riche en bacilles.

Dans les jours qui suivent, la lésion initiale infiltrée s'entoure de cellules épithéliales et d'éléments conjonctifs. Les cellules géantes font leur apparition.

C'est la réalisation du follicule tuberculeux, lésion histologique spécifique.

Par la suite la périphérie s'infiltre de fibres élastiques qui subissent à la longue une transformation fibreuse et le tubercule initial est constitué.

La *structure histologique de ce tubercule* est :

a. Au centre, un magma caséeux, amorphe, contenant peu de bacilles de Koch. Lorsque le nodule est guéri, le magma peut être calcaire.

b. Tout autour, une couronne de cellules géantes riches en bacilles de Koch, entourées de leurs cellules épithéliales.

c. A la périphérie, une grande quantité de cellules embryonnaires. Les cellules embryonnaires sont noyées dans des tractus élastiques qui constituent la capsule protectrice.

Le tubercule initial est en général unique. C'est « le *chancre d'inoculation* ». Son volume varie du grain de mil à la noisette. Son extension excentrique peut contaminer d'autres bronchioles et créer d'autres nodules dans le voisinage, par embolie bronchique, mais on retrouve en général le premier en date.

Contrairement aux localisations de l'adulte, son *siège* habituel est dans le lobe moyen ou partie supérieure du lobe inférieur.

Le côté droit est le côté de prédilection, sans doute à cause de l'orientation de la bronche inférieure droite. L'emplacement est le plus souvent sous-pleural et périscissural, plus rarement juxta-hilaire.

2° Adénopathie similaire. — L'adénopathie dans la région ganglionnaire correspondante est de règle. C'est la *loi de Parrot*, laquelle d'ailleurs est réversible. Tout ganglion tuberculeux de la région hilaire correspond à un nodule primitif au sein du parenchyme pulmonaire.

Le groupe ganglionnaire qui draine la base du poumon est le groupe trachéo-bronchique inférieur. C'est donc là que chez le nourrisson, l'on devra rechercher toute trace de bacillose pulmonaire.

Le *volume* est en général hors de proportion avec celui de la lésion pulmonaire et l'on peut ériger en principe cette constatation que plus la lésion pulmonaire est restreinte, plus l'adénopathie est importante, et inversement. Dans la tuberculose ganglio-pulmonaire, l'adénopathie peut occasionner par son volume, des troubles importants de compression.

Les réseaux lymphatiques étant richement anastomosés, la réaction ganglionnaire est rapidement bilatérale.

La *structure histologique* est celle d'un tissu lymphatique bourré de follicules tuberculeux.

L'*évolution* se fait en trois stades : d'abord infiltration gris rosée diffuse, avec par endroit des granulations jaunâtres indiquant un début de dégénération de certains follicules; puis, la caséification en masse ou en foyers limités à tendance confluente ; et enfin la fonte purulente ou formation d'abcès froid ganglionnaire. Ce troisième stade n'est à peu près jamais réalisé dans la tuberculose du premier âge.

B. **Forme miliaire.** — La lésion de base est une granulation bien décrite par Laënnec, de la dimension du grain de mil (ou moins) au grain de chènevis.

Sa teinte est blanc gris ou jaune, suivant le degré de fonte caséeuse centrale.

Les granulations sont toujours nombreuses, soit groupées en faisceaux, « en corymbe », autour des bronches de petit calibre, soit également réparties par milliers dans l'ensemble du parenchyme pulmonaire.

Dans le premier cas, il s'agit d'un ensemencement pulmonaire diffus de provenance aérienne. Les granulations représentent autant de petits foyers de *broncho-alvéolite aiguë*, riches en bacilles de Koch. centrés sur une bronchiole. La distribution est donc lobulaire.

Dans le deuxième cas, il s'agit de granulie. L'ensemencement pulmonaire s'est fait par la voie sanguine. Les granulations sont des *capillarites* qui entraînent dans leur fonte caséeuse les cellules parenchymateuses avoisinantes.

Broncho-alvéolite et capillarite peuvent se rencontrer sur le même sujet. Dans les deux cas il s'agit de processus suraigu, puisque chaque granulation évoluerait vers le tubercule type, si le sujet n'était tué auparavant par l'infection tuberculeuse.

C. **Formes confluentes.** — Ici la contamination d'origine aérienne est moins virulente. La distribution est lobulaire, mais chaque foyer de broncho-alvéolite a le temps d'évoluer vers la caséification. Du fait de leur extension excentrique, les foyers voisins fusionnent entre eux, et donnent une masse unique de caséum, lequel subira la fonte purulente et s'éliminera en créant une caverne. C'est l'évolution normale de toute tuberculose ulcéro-caséeuse avec ses trois périodes : stade d'infiltration, stade de caséification, stade de fonte purulente.

Deux formes anatomiques peuvent se rencontrer :

1° *La forme en bouquet* ou *en choux-fleur*, ou *broncho-pneumonique*, dans laquelle la fusion des foyers s'est faite incomplètement. On a donc des îlots infiltrés, caséeux ou cavernuleux, séparés par des plages de parenchyme sain.

2° *La forme pneumonique*, dans laquelle la soudure des différents foyers s'est opérée complètement. On a donc une masse caséeuse unique dans laquelle un examen attentif permet de constater l'absence de distribution lobaire et de reconnaître par contre la

distribution lobulaire. Il s'agit donc bien d'une broncho-pneumonie confluente et non d'une pneumonie véritable. La pneumonie tuberculeuse au sens anatomique du mot n'existe pas.

EN RÉSUMÉ. — Les différentes formes anatomiques pulmonaires de la tuberculose rencontrée chez l'enfant sont :

1° *Lésion d'inoculation minime* : Chancre d'inoculation avec adénopathie médiastine, c'est la forme *ganglio-pulmonaire*.

2° *Lésions d'inoculation régionale* : *a.* Forme en *bouquet* ou en *choux-fleur*, ou *broncho-pneumonique*. *b.* Forme *pseudo-pneumonique*.

Dans ces deux cas, l'évolution en trois périodes réalise autant de formes anatomiques :

Forme d'hépatisation jaune, *forme caséeuse*, *forme caverneuse*.

3° *Lésions d'inoculation généralisée et virulente*; *forme miliaire*.

Séméiologie générale. — Antécédents familiaux. — Avant l'examen du nourrisson, l'interrogatoire systématique de l'assistance sur le passé morbide des parents permet d'orienter déjà un diagnostic et de soupçonner la nature tuberculeuse du mal pour lequel on est consulté.

Souvent l'interrogatoire courant n'a rien révélé, et cependant l'examen somatique de l'enfant ramène l'esprit vers la possibilité d'une tuberculose. Il est important alors de revenir à la charge, d'approfondir les antécédents héréditaires et collatéraux : morts suspectes des jeunes frères et sœurs, « catarrhe chronique » des grands parents...; si l'on ne trouve rien, enquêter sur la santé des domestiques, des voisins ou voisines à qui l'enfant a pu être confié.

Toute tuberculose chez un nourrisson possède sa source de contagion qu'il est très important de dépister, soit pour étayer son diagnostic, soit pour éviter d'autres contagions.

Signes généraux. — Les signes généraux sont dans la plupart des cas ceux qui attirent l'attention de la famille.

Le nourrisson est hypotrophique. Sa courbe de poids est irrégulière, inférieure à la moyenne. L'embonpoint disparaît. La taille est au-dessous de la normale. La peau et les muqueuses sont pâles. Le système pileux est développé (cheveux légers et longs; fin duvet sur la face et dans le dos, notamment le long de la colonne vertébrale — crinière dorsale.)

Les dents sortent avec retard. Dans les premiers mois, on note souvent du craniotabes.

Dans la seconde année, des déformations osseuses peuvent apparaître (tibia en lame de yatagan, thorax en carène de bateau...).

Le caractère change. Le nourrisson tuberculeux n'est pas sociable. Il geint sans cesse; son cri est faible et plaintif.

L'appétit est diminué et les troubles digestifs fréquents; la rate est volumineuse, ainsi que le foie.

Tels sont les principaux signes généraux qui correspondent à ce que l'on désigne communément sous le nom de *rachitisme*. Ils sont l'équivalent chez l'enfant de ce qu'on appelle chez l'adulte « l'imprégnation tuberculeuse », et à un degré de plus « la cachexie tuberculeuse ». Mais à ces troubles morbides s'ajoutent du fait de l'âge des troubles du développement général de l'organisme.

Malheureusement ces signes n'ont rien de caractéristique. Le rachitisme se voit dans tous les états dystrophiques : débilité congénitale, hérédité syphilitique ou tuberculeuse, gastro-entérite chronique, fautes alimentaires, carence solaire...

La preuve de la nature tuberculeuse reste à faire, mais sa constatation jointe à d'autres signes possède néanmoins une grande valeur.

La *température* est irrégulière, et c'est là encore un signe de grande valeur bien qu'inconstant, parce qu'il contraste avec la température monothermique du nourrisson. Les écarts journaliers atteignent facilement un degré, sans pour cela qu'il y ait de l'hyperthermie. Le nourrisson dans les premiers mois, surtout s'il est débile, fait couramment des oscillations en hypothermie. L'hyperthermie est réservée aux nourrissons vigoureux et aux enfants de la deuxième année.

Signes fonctionnels. — A part les cas de tuberculose évolutive à allure aiguë, les signes fonctionnels peuvent encore être réduits au minimum, surtout si le petit malade est débile.

Pas d'expectoration, pas d'hémoptysie (mais se méfier des selles noires chez un nourrisson; il peut s'agir d'hémoptysies dégluties).

La dyspnée, la cyanose n'existent que dans les formes pneumoniques et broncho-pneumoniques.

La *toux* est de beaucoup le signe fonctionnel le plus constant. Elle est bruyante, métallique, rappelant parfois la coqueluche.

Un autre bon signe est le *stridor expiratoire* ou cornage bronchique de Variot. Il est un bon signe d'adénopathie trachéo-bronchique.

Signes physiques. — On sait qu'il n'est rien de plus inconstant que les signes physiques dans les affections pulmonaires de l'enfance. La percussion et l'auscultation ne révèlent souvent rien, alors qu'existent de grosses lésions. Par contre des râles transmis peuvent être entendus du côté sain et prêter à confusion.

Un seul signe possède une réelle valeur lorsqu'on le constate, c'est la matité ou la submatité à la *percussion*. Mais à la base droite qui est précisément le siège le plus fréquent des tuberculoses de l'enfance, il faut se méfier de la matité hépatique, souvent remontée chez les nourrissons.

Signes divers de localisation. — Il est un certain nombre de signes de localisation que l'on peut relever au cours de l'examen et qui tous peuvent être une signature de la nature tuberculeuse de l'affection étudiée.

Il s'agit de la polymicroadénopathie, des tuberculides cutanées papulo-nécrotiques ou papulo-squameuses, des gommes sous-cutanées, de la conjonctivite phlycténulaire, du spina ventosa, mal de Pott, et autres localisations ostéo-articulaires, etc.

Tous ces signes ont leur valeur, mais ils sont très rares dans la première enfance qui n'a pas le recul suffisant pour créer des métastases cliniquement décelables de sa tuberculose.

Seule la micropolyadénopathie de Legroux se rencontre avec une fréquence relative.

Radiographie. — L'*examen radioscopique* présente quelques difficultés à cause de l'indocilité des enfants d'une part, et de la grande transparence de leur cage thoracique d'autre part. Les rayons de-

vront être très peu pénétrants, et cette précaution ne suffit pas toujours. Les lésions pulmonaires passent souvent inaperçues à la radioscopie.

Bien supérieure est la *radiographie instantanée* que l'on peut ensuite examiner à loisir.

On recherchera le *chancre d'inoculation* en général à siège sous-pleural, au tiers moyen ou inférieur du champ pulmonaire droit. Il se présente sous forme d'une tache grisâtre à la radioscopie, ou claire sur le cliché radiographique, rappelant un grain de maïs par sa forme et ses dimensions.

On recherchera également l'*adénopathie trachéo-bronchique* dont la constatation est de la plus grande importance à cet âge. Son volume dépasse de beaucoup l'importance de la lésion parenchymateuse initiale. Elle se présente sous forme d'ombres légères, polycycliques, à contours flous, posées en « ailes de papillon » sur le contour du cœur.

Chancre d'inoculation, adénopathie médiastine, voire même lymphangite sous-pleurale qui les unit, se voient difficilement dans le premier âge, à cause de la jeunesse de la lésion.

L'épaississement des coques élastiques, l'infiltration calcaire qui survient par la suite, facilite les examens à partir de la seconde enfance.

En résumé. — La séméiologie générale de la tuberculose est des plus imprécises. Aucun signe n'est réellement spécifique, mais l'on doit retenir comme particulièrement important : la présence d'antécédents bacillaires, de rachitisme précoce, l'irrégularité thermique, la toux, la polymicroadénopathie, l'adénopathie trachéo-bronchique visible à la radiographie.

L'ensemble de ces symptômes constitue un faisceau de signes de probabilité de grande valeur, qu'il appartient aux médecins de discuter et de vérifier par les méthodes habituelles de diagnostic pour en établir la nature tuberculeuse.

Moyens généraux de diagnostic. — *A.* **Recherches bactériologiques.** — La mise en évidence du bacille de Koch est le plus sûr moyen de certitude, mais il est difficilement réalisable.

L'absence d'*expectoration* gêne considérablement l'examen des crachats. On pourra inviter les parents à surveiller les quintes de toux de l'enfant, et à « cueillir » les crachats dans le pharynx lorsqu'ils s'y présentent avant d'être déglutis.

On peut aussi les recueillir dans l'estomac par *tubage*, mais c'est un traumatisme sérieux pour des enfants du premier âge, le plus souvent déjà débilités.

On a proposé encore de rechercher les bacilles dans *les selles* après centrifugation et homogénéisation. Mais cette méthode est sujette à de nombreuses causes d'erreur.

Lesné et Langle enfin, dans une communication récente, ont constaté que l'inoculation au cobaye du *mucus pharyngé* de nourrissons à cuti-réaction positive, est positive dans la proportion de 70 p. 100 des cas.

S'il s'agit de tuberculoses aiguës ou généralisées il est inutile de chercher à recueillir des crachats qui peuvent ne pas exister.

On peut chercher à déceler les bacilles dans l'*urine* où d'après Nobécourt ils passeraient d'une manière intermittente ; dans le *sang*, par ponction du sinus longitudinal supérieur, ou dans le *liquide céphalo-rachidien*. Mais, même dans des cas avérés de granulies généralisées, avec réaction méningée, on ne l'a décelé que d'une manière très inconstante.

On peut enfin compléter ces recherches par l'*inoculation au cobaye* des produits examinés, mais les décharges microbiennes dans les humeurs paraissant intermittentes, les inoculations pourront rester négatives.

Toutes ces méthodes bactériologiques, pour importantes qu'elles soient en cas de positivité, sont délicates dans leur technique et infidèles dans leur résultat.

B. **Recherches biologiques.** — Au premier rang se placent les réactions à la tuberculine.

1° Réactions a la tuberculine. — La tuberculine est un extrait de culture de bacille de Koch vieillie et stérilisée à l'autoclave, puis concentrée au bain-marie et filtrée. Elle contient des protéines et des toxines tuberculeuses.

Son inoculation à un sujet sain ne produit rien, si ce n'est une intoxication d'ordre toxinienne, proportionnelle à la valeur de l'injection.

Son inoculation à un sujet malade de même maladie, produit une congestion intense des foyers tuberculeux, et une réaction protéinique locale dont la valeur spécifique est absolue.

Primitivement (1890) elle était utilisée par Koch dans un but curatif, mais ses désastres l'ont fait abandonner.

On l'a reprise à doses plus faibles comme moyen de diagnostic en mettant à profit la réaction protéinique locale. Koch pratiquait la *sous-cuti-réaction*; Wolf, Eissner et Calmettte, l'*ophtalmo-réaction*. Mais ces méthodes n'étaient pas exemptes de danger, et de nouveau la tuberculine était abandonnée, même comme moyen de diagnostic.

En 1907, von Pirquet la reprit en utilisant la *cuti-réaction;* en 1908 Mantoux proposa l'*intradermo-réaction*. Ces deux méthodes reconnues sans danger ont rénové la pratique des tuberculino-réactions. Elles sont actuellement d'un usage courant en médecine infantile.

a. La *cuti-réaction* se pratique comme la vaccination antivariolique, mais l'on étend sur les scarifications une goutte de tuberculine purifiée de l'Institut Pasteur.

Six à douze heures après, la réaction peut commencer, dont les caractères sont : rougeur, surélévation, induration. Au bout de quarante-huit heures les signes sont très nets si la réaction est positive, ou tout est effacé si la réaction est négative.

b. L'*intradermo-réaction* se pratique avec une solution de tuberculine à 1 p. 5000.

La tuberculine de l'Institut Pasteur n'étant qu'à 1 p. 100, le praticien doit faire la dilution lui-même, soit : une goutte de tuberculine de l'Institut Pasteur dans 50 gouttes d'eau.

On injecte une goutte du mélange dans le derme, et cette injection doit suffire si elle est bien dans le derme, à produire une boursouflure blanchâtre qui s'affaisse en quelques minutes.

Malgré la dose infinitésimale (1/100 de milligramme de tuberculine), l'injection produit en cas de réaction positive une induration rouge avec élevure, rappelant en tout point un élément d'érythème noueux. Le début se fait parfois huit à dix heures après; la réaction est nette au bout de quarante-huit heures et tout s'efface au quatrième ou cinquième jour.

c. Critiques. — Ces deux épreuves basées sur le pouvoir de réaction d'un sujet déjà sensibilisé à la protéine tuberculeuse, présentent quelques critiques étudiées par Debré en 1920 et 1921.

1° Elles sont sans danger pour l'évolution des foyers tuberculeux.

2° Entre le moment de la contamination du sujet par le bacille de Koch et celui où se positivisent les réactions à la tuberculine, il existe un espace de temps variable ou *période pré-allergique*. Cette période peut se prolonger un mois; son apparition rapide est un facteur de gravité.

3° Un organisme fatigué par une cause quelconque ou sous l'influence d'une maladie aiguë perd son pouvoir de réaction, même s'il est tuberculeux. C'est l'*anergie tuberculinique*. La tuberculino-réaction perd donc sa valeur diagnostique dans les périodes consécutives aux maladies infectieuses et dans tous les états cachectiques, même si celui-ci est causé par une infection tuberculeuse.

2° Autres réactions biologiques. — On a proposé :

— la séro-agglutination d'Arloing et Courmont,

— l'établissement de l'indice opsonique,

— la déviation de complément suivant la méthode de Bordet-Gengou, avec l'antigène de Besredka,

— la réaction inversée de Debré et Paraf ou déviation de l'antigène,

— l'auto-urino réaction de Wildbolz...

Mais toutes ces méthodes sont très inconstantes. La plupart sont pratiquement abandonnées. En tout cas, toutes cèdent le pas aux tuberculino-réactions.

Formes cliniques. — Il ne faut pas s'étonner si au cours de ce chapitre pourtant réservé aux formes cliniques de la tuberculose en général dans le premier âge, nous ne parlons que des formes de la tuberculose pulmonaire et de la granulie. Nous avons déjà dit ailleurs que dans la très grande majorité des cas, l'inoculation tuberculeuse se faisait au niveau des poumons. Cette inoculation est la création de la maladie pulmonaire dont les formes sont nombreuses. D'autre part, ou la généralisation se fera rapidement et c'est la granulie, ou la généralisation se fera lentement, et les localisations extrapulmonaires n'auront qu'exceptionnellement le temps de se faire dans le courant de la première enfance.

Comme la syphilis, la tuberculose évolue en trois périodes; seuls le chancre et la roséole appartiennent à la première enfance. Les accidents tertiaires s'ils se produisent, ne diffèrent en rien à cet âge de leurs homologues chez l'adulte. Nous les mentionnerons sans faire pour eux une description spéciale.

Nous avons établi au chapitre de Pathogénie générale une distinction entre les tuberculoses de première infection et celles de réinfection. Nous pourrions reprendre cette distinction comme base, en décrivant d'abord la tuberculose ganglio-pulmonaire et la granulie, et en reléguant les autres formes dans un second paragraphe. Une telle distinction serait arbitraire et inexacte, les réinfections pouvant jouer leur rôle dans la production et dans l'évolution des deux formes susnommées.

Mieux vaut utiliser une classification plus clinique et décrire des formes localisées pulmonaires et des formes généralisées granuliques. Les premières groupent toutes les formes de tuberculose pulmonaire, les secondes toutes les formes de tuberculose extrapulmonaire. Pour chacune des catégories nous décrirons des formes aiguës et des formes chroniques.

I. **Formes localisées pulmonaires.** — *A.* Formes chroniques. — Une seule forme englobe toutes les autres, c'est la **tuberculose chronique localisée discrète** qui répond à la forme anatomique de **tuberculose ganglio-pulmonaire.** Or celle-ci est la plus commune de toutes les tuberculoses pulmonaires de l'enfance, celle par laquelle la majorité des enfants se sensibilisent au bacille de Koch et organisent leur défense pour la vie. On peut dire que les 9/10e au moins des adultes actuellement bien portants doivent leur immunité contre le bacille de Koch à une tuberculose localisée discrète de l'enfance dont ils ont triomphé.

Les signes généraux sont inconstants, plus ou moins accusés, suivant la gravité ou la durée de l'affection. Ce sont ceux de l'imprégnation tuberculeuse que nous avons détaillés au chapitre de Séméiologie générale. Ce que nous en avons dit alors nous permet de ne pas y revenir ici.

Les signes fonctionnels ou physiques changeront suivant que l'affection est à prédominance ganglionnaire ou pulmonaire. Nous y reviendrons ci-dessous.

L'évolution de la tuberculose localisée discrète est en général favorable. La marche étant lente, le sujet organise sa défense plus sûrement.

Ce fait n'est pas une règle cependant. Les ganglions bacillisés restent une menace d'où peut partir à tout moment une granulie rapidement mortelle. Mais sans demander l'intervention d'une granulie, nombreux sont les sujets qui ne peuvent triompher de cette infection ganglio-pulmonaire; ils la traînent, la prolongent, marchent vers les troubles digestifs et aboutissent à la cachexie et à la mort.

Les variétés cliniques sont :

1° *Forme ganglionnaire ou tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques.* — Dans cette forme, l'adénopathie médiastine prend rapidement le pas sur la lésion pulmonaire, et souvent elle paraît seule en cause. Elle évolue en effet pour son propre compte, s'étend, se bilatéralise, subit la transformation caséeuse, sans pour cela indiquer une évolution parallèle de la lésion pulmonaire.

Les *signes physiques* sont infidèles. On peut noter un *souffle pseudo-cavitaire* dans l'espace interscapulaire (1) ou une *matité* étendue à un ou deux travers de doigt des bords du sternum.

Mais « il est rare, dit Marfan, qu'on puisse reconnaître l'affection par la percussion, par l'auscultation; elle se révèle seulement par l'examen radiologique; encore peut-elle lui échapper dans quelques cas ».

L'*examen radiologique* peut montrer des ombres floues à contours polycycliques, disposées en « ailes de papillon » sur les bords du cœur, à la hauteur du hile pulmonaire. L'examen en position oblique droite peut montrer une intumescence des ganglions trachéo-bronchiques dans le médiastin postérieur.

(1) Heubner propose pour reconnaître ce souffle d'appliquer le stéthoscope sur les vertèbres cervicales et de descendre progressivement. Normalement le souffle bruyant laryngo-pharyngé que l'on entend sur les vertèbres cervicales, diminue brusquement au-dessous de la première dorsale et est remplacé par un souffle bronchique doux au timbre de « Gh » doux. Si l'on entend à sa place un souffle aussi bruyant que le souffle cervical, on peut affirmer l'existence de l'adénopathie trachéo-bronchque.

Les *signes fonctionnels* sont :

— le cornage à prédominance expiratoire ou *cornage bronchique* de Variot. La prédominance expiratoire le différencie des autres stridors : le stridor congénital est uniquement inspiratoire; les cornages par polype du larynx ou hypertrophie du thymus sont à prédominance inspiratoire.

— la *toux bitonale* décrite par Marfan et Mme Mantoux. Elle existe indépendemment de la voix bitonale et serait un signe de compression trachéale, compression qui s'exagère toujours au moment de la toux.

Les autres signes beaucoup moins importants sont :

— compression de la veine azygos : dilatation des veines superficielles de l'hémithorax droit,

— compression de la veine cave : turgescence des jugulaires, cyanose de la face et des membres supérieurs,

— compression du pneumogastrique ou du récurrent : voix bitonale,

— compression du sympathique : inégalité pupillaire, rougeur unilatérale du visage.

Tels sont les principaux parmi les moins constants des signes cliniques.

2° *Forme pulmonaire ou tuberculose ulcéreuse chronique des poumons.* — Le chancre d'inoculation ou les tubercules secondaires qui se sont développés dans son voisinage, peuvent évoluer vers la forme cavitaire.

Les lésions progressent excentriquement et se ramollissent à leur centre. Le caséum est expectoré avec les crachats mais dégluti.

Les ganglions hilaires ont souvent une évolution parallèle.

Les *signes physiques* n'ont rien de constant. Ils simulent le plus souvent une bronchite banale. Parfois ils font penser à une broncho-pneumonie subaiguë à rechute. Très rarement les signes cavitaires existent au complet.

L'*examen radioscopique* est très instructif mais délicat à cause de la faible dimension des géodes et de la transparence du thorax dans le jeune âge.

Les *signes fonctionnels* sont peu bruyants : la toux est discrète; l'expectoration et les hémoptysies sont habituellement dégluties, mais bacille de Koch et sang peuvent être recherchés dans le liquide gastrique et dans les selles.

La *fièvre* est irrégulière, l'*anémie* marquée, la *sudation* abondante, l'*amaigrissement* rapide par anorexie.

La *mort* arrive en quelques mois.

Cette forme ulcéreuse est difficile à reconnaître à cause de sa rareté relative. On pense plus volontiers à une *broncho-pneumonie subaiguë* ou à une *bronchite* à répétition, ou à une *pleurésie interlobaire*.

Le diagnostic doit s'appuyer sur les cuti-réactions, et si possible sur la recherche des bacilles.

3° *Forme floride.* — La forme floride de la tuberculose pulmonaire du nourrisson, décrite par Debré et Joannon en 1922, trouve sa place ici, comme une variété clinique des tuberculoses localisées discrètes.

Elle représente d'après Lemaire les 28 p. 100 des cas de tuberculose infantile. Elle est donc assez fréquente.

Ses caractéristiques sont la négativité de tous les signes cliniques.

Aucune altération de l'état général ne vient attirer l'attention. Le bébé s'alimente, prend du poids, et, ce, malgré les incidents habituels de la première enfance (rhino-pharyngites, coqueluche, gastro-entérite, etc.).

L'examen radiologique montre cependant la contamination pulmonaire, puis la réaction ganglionnaire secondaire.

La cuti-réaction devient positive. Le sujet a acquis son immunité avec le minimum de frais.

Cette grande tolérance de la forme floride serait fonction de la petite dose des bacilles inhalés.

B. Formes aigues. — 1° *Formes paratuberculeuses.* — Ce sont les affections aiguës survenant chez les enfants tuberculeux sans que le bacille de Koch soit nécessairement en cause dans leur production.

a. La *bronchite à répétition* est un de ces accidents et des plus fréquents. La toux est discrète. Les râles ronflants sont peu abondants, mobiles, mais malgré cela l'affection est tenace et récidivante.

b. Des *poussées congestives transitoires* se produisent parfois dans le voisinage des ganglions tuberculeux. Ces congestions s'accompagnent de fièvre, submatité, quelques râles muqueux, souffle léger. On craint une broncho-pneumonie, puis l'affection tourne court.

c. La *spléno-pneumonie* de Grancher se caractérise par une matité notable, un souffle tubaire un peu voilé ou une simple diminution du murmure vésiculaire. Les râles muqueux sont peu abondants ou absents.

On croit à un épanchement pleural, mais la ponction est négative.

La radioscopie montre une ombre occupant tout un lobe ou une portion notable d'un lobe, à contour plus ou moins triangulaire comme la pneumonie.

La température est modérée, le sujet maigrit. L'évolution traîne quelques semaines, parfois quelques mois.

On pense à une congestion tuberculeuse du poumon, mais la *restitutio ad integrum* ne laissant subsister que le tubercule initial, montre bien qu'il ne s'agissait que d'une congestion autour d'un foyer tuberculeux.

d. Broncho-pneumonie. — L'enfant tuberculeux peut faire une broncho-pneumonie banale. La reconnaissance en est difficile d'avec la broncho-pneumonie tuberculeuse. (Voir ci-dessous.) Si l'affection guérit, la bacillose peut être écartée : Si l'enfant meurt, seul l'examen anatomique et parfois histologique renseignera sur la nature véritable de l'affection.

2° *Pneumonies et broncho-pneumonies tuberculeuses.* — La *pneumonie tuberculeuse* n'existe pas en tant qu'entité distincte. Elle n'est en réalité qu'une broncho-pneumonie dont les foyers lobulaires sont particulièrement confluents, Le bloc hépatisé est donc pseudo-lobaire et non pas lobaire comme dans les pneumonies communes.

Tout permet de confondre son étude avec celle de la broncho-pneumonie tuberculeuse. C'est ce que nous faisons ici pour ne pas multiplier inutilement les formes cliniques.

La *broncho-pneumonie tuberculeuse* ne se voit guère avant un an. De un an à deux ans elle peut survenir d'emblée comme fièvre de première infection. Au delà elle survient plutôt en complication de rougeole, coqueluche, diphtérie ou en surinfection chez un ancien tuberculeux chronique.

Le *tableau clinique* est celui de la broncho-pneumonie commune :

Début brusque par fièvre, toux, dyspnée; présence de râles muqueux, soit généralisés, soit limités en foyer. Parfois présence de submatité et de souffle.

On note assez souvent plusieurs foyers simultanés et bilatéraux.

La marche est progressive. Les foyers primitifs s'étendent, deviennent confluents. Les oscillations thermiques s'accentuent, la sudation aussi. Les troubles digestifs sont peu intenses et cependant la dénutrition marche à grands pas.

L'*évolution* est fatale. La mort survient en quelques semaines par cachexie et asphyxie.

A *l'autopsie* on trouve de gros tubercules jaunes, péri-bronchiques. Il est souvent difficile de les différencier des nodules inflammatoires de la broncho-pneumonie simple. Si l'évolution se prolonge un peu, les lésions anatomiques peuvent se ramollir et aboutir à la forme ulcéreuse déjà étudiée.

Diagnostic. — La distinction d'*avec la broncho-pneumonie commune* est très délicate, et cela d'autant plus qu'il y a souvent coexistence des deux. De simples nuances permettent cependant de s'orienter; telles sont par exemple, la continuité des grandes oscillations thermiques (dans la broncho-pneumonie commune se trouvent de courts plateaux à 40 séparés par de courtes périodes de rémissions), le défaut de parallélisme du pouls et de la température (dans la broncho-pneumonie commune il y a parallélisme absolu. Le tuberculeux, au contraire, est ordinairement tachycarde; en conséquence le pouls est trop élevé dans les moments d'apyrexie et trop bas dans les moments d'hyperthermie), l'amaigrissement rapide contrastant avec des digestions assez bonnes.

Plus importants pour le diagnostic sont la polymicroadénie, la paleur et la maigreur antérieure, l'adénopathie trachéo-bronchique... et enfin la réaction à la tuberculine.

3° *Formes pleurales.* — La *pleurésie* est rarement *séro-fibrineuse* dans le jeune âge ; elle est en général *purulente* d'emblée soit pure, soit par association microbienne. La pleurésie *sèche* peut survenir en complication des diverses formes de tuberculose pulmonaire, mais elle est surtout une constatation d'autopsie.

Le *pneumothorax spontané* se voit dans les formes de tuberculose pulmonaire ulcéreuse ou dans les formes ganglionnaires avec fonte purulente et ouverture simultanée d'un ganglion dans les bronches et dans la plèvre. De nombreuses observations en ont été rapportées : Bourne (dix-huit mois), Schœnstein (huit mois), Robert Debré et Laplane (trois mois et demi), Mouriquand, Bernheim et Charleux (quatre mois). *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 MAI 1926)

La nutrition chez les animaux aquatiques. — M. Gilbert RANSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 MAI 1926)

Hygiène de l'enfance. — M. Jules RENAULT, au nom de la Commission d'hygiène de l'enfance, présente les modifications qu'il serait intéressant d'apporter au Livret de la mère que le Conseil supérieur de la natalité se propose de faire réimprimer et distribuer gratuitement à toutes les mères. Il insiste sur la nécessité de se procurer pour les enfants un lait de bonne qualité : *pur, propre et sain.*

L'identification des spirochètes bronchiques. — M. G. DELAMARE. La question si importante des spirochétoses respiratoires a suscité de nombreux travaux récents. Cette infection existe chez les animaux (le porc du Chili) sous forme d'un spirochète très fin, de deux à trois spires, accompagné de microbes divers (Descazeaux). Chez l'homme, deux groupes sont provisoirement distingués suivant qu'ils sont cultivables ou non. Le Sp. cilié, voisin des spirilles, isolé par Ribierre et Kermorgant, se cultive dans le sérum de cheval dilué à 1/5. Les Sp. non ou mal cultivables comprennent *S. buccalis, dentium, intermedium, Vincenti, bronchialis.* On peut trouver quelques éléments de *buccalis* et de *dentium* dans la spirochétose bronchique et dans la gangrène pulmonaire. Le *S. intermedium* se développe dans les hémoptysies tuberculeuses.

En ce qui concerne l'identité de S. Vincenti et de S. bronchialis, à la liste déjà longue donnée par H. Vincent, on pourrait adjoindre beaucoup d'autres auteurs. La gangrène pulmonaire est aussi, d'après Pilot et Davis, Castex, Heidenreich et Repetto, etc., sous la dépendance de S. Vincenti.

MM. Bezançon et Etchegoin ont pensé que le microbe spiralé de la gangrène se colore mal par le violet, le bleu et le Ziehl, et qu'à cet égard il se différencie de S. Vincenti. Mais, d'après les constatations de M. Delamare, la chromophilie du S. de Vincent varie — exactement comme celle du S. bronchialis — dans des limites assez étendues. La mobilité des deux spirochètes est tout à fait semblable. L'arsénorésistance n'a rien d'absolu car on a obtenu avec le 914 la guérison rapide de la bronchite de Castellani (Dimitracoff, Mironesco), comme dans l'angine. De même des succès remarquables ont été obtenus, à l'aide du salvarsan, dans la gangrène pulmonaire (Pilot et Davis, Mironesco, Castex, Heidenreich et Repetto, etc.).

En résumé, le Spirochète de Castellani est identique à *Spirochœta Vincenti*, l'un et l'autre ayant les mêmes caractères morphologiques et étant, en outre, polymorphes, hémorragipares, nécrosants et arsénosensibles.

L'arrêt des hémorragies par les injections intraveineuses de citrate de soude. — M. Maurice RENAUD.

Faux ulcus gastriques par corps étrangers du pylore. — M. Victor PAUCHET. Les faux ulcus gastriques et duodénaux donnent lieu à des erreurs de diagnostic assez fréquentes.

Ces syndromes pyloriques, gastriques ou duodénaux, sont généralement réflexes et consécutifs à une lésion de la vésicule, de l'appendice ou de l'intestin. Si l'opérateur pratique une intervention sur le pylore, ou l'estomac, le malade est plus souffrant après qu'avant.

Sur plus de mille opérations pour ulcus, pratiqués par Victor Pauchet, ce dernier n'a rencontré que deux fois un syndrome ulcéreux par corps étranger : une fois par une épingle enclavée dans le pylore et une autre fois par un paquet d'aiguilles. A noter que ces corps étrangers ont échappé à la radioscopie. On les aurait sans doute repérés sur une radiographie.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1926)

L'ovarite scléro-kystique. — M. THÉVENARD relève une assertion de M. Pauchet faite à la dernière séance : qu'on ne doit jamais enlever un ovaire scléro-kystique. Il lui oppose un travail de Cotte aux conclusions toutes différentes, et ses propres observations. Si l'on doit être très circonspect dans l'exérèse de ces ovaires, il est des cas où cette exérèse rend les plus grands services.

M. PAUCHET dit que la formule qu'il a donnée reste vraie dans la très grande majorité des cas. Les troubles dysménorrhéiques des malades à ovaires scléro-kystiques sont la conséquence de la stase intestinale chronique et en particulier des brides iliaques de Lane. Ils disparaissent quand on libère l'intestin et les ovaires et qu'on péritonise ensuite.

Les hernies de l'ovaire, de la trompe, de l'utérus. — M. PETIT DE LA VILLÉON rapporte divers cas de hernies contenant les organes génitaux, ectopiés, de la femme. L'opération doit s'efforcer de rester toujours conservatrice.

Traitement opératoire du pied varus réductible, chez l'adolescent et l'adulte. — M. DUPUY DE FRENELLE.

A propos de quelques cas d'appendicite sous-hépatique. — M. H. BLANC.

Coudures intestinales chroniques. — M. V. PAUCHET rappelle que ces coudures sont très fréquentes. Elles ne se confondent pas avec celles qui sont dues à d'anciennes péritonites localisées ou généralisées. D'origine congénitale, elles peuvent s'accentuer dans la suite, par inflammations surajoutées. Membranes de Jackson, bandes de Lane, etc., elles occupent des points fixes sur l'intestin : côlon iliaque, segment iléo-cæcal, angle hépatique, etc. Elles n'existent jamais au complet. Elles sont une des causes de la stase intestinale chronique, bien que celle-ci ne s'accompagne pas nécessairement de coudures.

Les troubles qu'elles provoquent peuvent amener à des erreurs de diagnostic (appendicite chronique, cholécystite, etc.) pour lesquelles on fait des opérations sans résultat utile. Il faut y penser chez tous les « abdominaux ».

L'opération consiste dans la « cololyse », c'est-à-dire la libération du côlon avec péritonisation secondaire, soit avec le péritoine pariétal, soit avec des greffes d'épiploon.

Sténose de la IIIe portion du duodénum par le pédicule mésentérique et son méso. — M. SÉJOURNET communique l'observation d'une malade présentant des signes de compression de la IIIe portion du duodénum. L'examen radiologique et les lésions constatées opératoirement ont montré que la sténose était due à une sclérose localisée au repli péritonéal prévasculaire.

Du volvulus intermittent de l'appendice. — M. THÉVENARD décrit un volvulus de l'appendice à forme intermittente et à crises répétées, favorisé par certaines particularités anatomiques : pris le plus souvent pour de l'appendicite chronique et opéré comme telle. La notion du volvulus intermittent rend compte des succès obtenus par l'appendicectomie dans ces pseudo-appendicites où l'on ne trouve aucune lésion anatomo-pathologique de l'organe.

Tumeur paranéphrétique. Occlusion intestinale, signe révélateur. — M. HALLER.

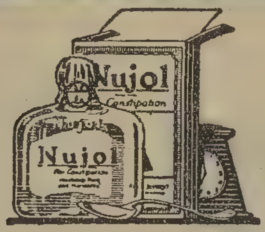
Hypertrophie de la rate. — M. LANOS.

Epithélioma de l'épiploon. — M. THÉVENARD.

Corps étranger de l'abdomen. — M. THÉVENARD.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


Nujol
Nujol

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance du 14 mai. — MM. Léon-Kindberg, Chevallier et Jacquet, 20; Jacob, 19,09.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 12 mai. — MM. Monod, 19; Petit-Dutaillis, 17; Braine et Oberlin, 19.

Séance du 15 mai. — MM. Richard et Maurer, 18; Boppe, 20; Pascalis, 19.

Admissibles : MM. Quénu, 69; Boppe, 68; Pascalis et Braine, 65; Monod et Michon, 64; Oberlin, 63; Petit-Dutaillis, 62.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bourgeois, Baldenweck, Sorrel, Weil (Emile), qui acceptent; Hautant, Sébileau, Le Mée, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de stomatologiste. — *Epreuve orale.* — Séance du 14 mai. — MM. Thibault, Ruppe et Gornouec, 19; Raison, 18.

Consultation écrite. — Séance du 15 mai. — MM. Thibault, Ruppe, Gornouec et Raison, 30.

Récapitulation : MM. Ruppe, 132; Gornouec, 131; Thibault, 128; Raison, 127.

HÔPITAUX ÉTRANGERS. — Bruxelles. — M. le docteur Isidore Gunzburg, agrégé de l'Université de Bruxelles, est nommé chef du service de physiothérapie à l'hôpital Brugmann.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Médecine. — *Leçon orale de 3/4 d'heure.* — Séances du 12 mai. — M. Hanus : « Formes cliniques des endocardites »; note : 16.

M. Gaté : « Formes cliniques de la goutte articulaire »; note : 17.

M. Chabrol : « Procédés d'exploration de l'insuffisance hépatique »; note : 20.

M. Weissenbach : « Contractures posthémiplégiques »; note : 14.

M. Boulet : « Dissociation auriculo-ventriculaire »; note : 18.

M. Pujol : « Diagnostic du rétrécissement mitral »; note : 14.

M. Bocca : « Diagnostic et prophylaxie de la diphtérie »; note : 13.

Hygiène. — Jury : MM. Léon Bernard, président; Macé et Auché.

Epreuve pratique. — M. Joannon, 16.
Exposé de titres. — M. Joannon, 18.
Leçon orale de 3/4 d'heure. — M. Joannon, 19.
Total des points : M. Joannon, 53.

M. Joannon est proposé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — A la suite d'une démarche du président de l'Association générale des étudiants, le ministre vient de rapporter l'arrêté suspendant les cours, conférences et travaux d'histologie.

— *Institut du cancer.* — « Est approuvé le projet de convention intervenu entre le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris et M. Strauss, président du Conseil d'administration de la fondation pour le fonctionnement de l'Institut du cancer, en vue du rattachement de cet établissement à ladite Faculté de médecine. » (*J. O.*, 12 mai 1926).

— Alger. — La chaire de physique médicale et la chaire de clinique obstétricale et de puériculture du premier âge sont déclarées vacantes. (*J. O*, 15 mai 1926.)

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur J.-B. Rieux, professeur au Val-de-Grâce, est nommé professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — Il est créé, à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, un Institut d'hydrologie.

COMMISSION DE PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES. — M. le professeur Radais, doyen de la Faculté de pharmacie, est nommé membre de la Commission.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Sont promus :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve. — MM. Dory, Laënnec, Bizais, Villière et Charvat, médecins auxiliaires.

ÉCOLE DE SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un décret modifie la loi du 6 janvier 1923 déterminant la date de nominateur au grade d'aide-major des élèves de l'Ecole. Le même décret règle la répartition des logements aux professeurs agrégés en tenant compte de leur situation de famille. (*J. O.*, 15 mai 1926).

ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le jury de concours pour l'admission en 1926 est ainsi composé :

Ligne médicale. — Président : M. le médecin général Barrat.

Membres : M. le médecin en chef Brunet, M. le médecin principal Solcard.

Suppléants : M. le médecin en chef Bellet, M. le médecin de 1re classe Guilloux.

Ligne pharmaceutique. — Président : M. le médecin général Barrat.

Membres : MM. les pharmaciens chimistes en chef Saint-Sernin et Chaix.

Suppléant : M. le pharmacien principal Sourd.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu les 26 et 27 juillet 1926. (*J. O.*, 16 mai 1926.)

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'argent.* — M. le docteur Rougier (de Cahors).

Médaille de bronze. — MM. Clarac et Léonardon-Lapervenche, internes des hôpitaux de Bordeaux.

CONFÉRENCES PRATIQUES SUR LA TUBERCULOSE. — M. le professeur Letulle, MM. Courcoux, Trémolières, Dujarier, Le Lorier, Rouhier et Gilson, font une série de conférences pratiques sur la tuberculose.

Tous les jours, du 17 au 29 mai, à 11 heures, salle des cours de l'hôpital Boucicaut.

CHIRURGIE DU TUBE DIGESTIF ET DES VOIES BILIAIRES. — Cours de M. le docteur André Richard, prosecteur, sous la direction de M. le professeur Pierre Duval.

Ouverture à la Faculté de médecine, le 16 juin 1926, à 14 heures. — Droit : 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Henri-P. Chatellier, P. Winter, N. Carréga, chefs de clinique, a commencé le lundi 3 mai 1926, à 2 heures, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 250 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

ENSEIGNEMENT DE LA KINÉSITHÉRAPIE AUX MÉDECINS ET ÉTUDIANTS. — Douze leçons sur la cellulite avec application à la gynécologie et aux troubles de la nutrition, par M. F. Wetterwald.

A la Clinique Stapfer, 6, rue Antoine Dubois, à partir du mardi 18 mai, les mardi, jeudi, samedi, à 17 h. 30.

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions sont reçues à la Librairie Vigot, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — Docteur Bérillon : « La dualité cérébrale et l'équilibre psychologique. » Les jeudis, à 5 heures, à partir du jeudi 20 mai.

Docteur Artault de Vevey : « L'évolution biologique de la psychologie. » Les jeudis, à 4 heures, à partir du jeudi 28 mai.

Docteur R. Courtois : « Les bases philosophiques de la psychothérapie. » Les jeudis, à 5 h. 1/2.

LE CADUCÉE NORMAND. — Les médecins, dentistes et pharmaciens normands se sont réunis en un dîner très cordial qui eut lieu le 6 mai, sous la présidence de M. André Robine, président en exercice, et du docteur Paul Petit, président d'honneur. La fondation d'un prix annuel destiné à un étudiant normand de la Faculté de médecine ou de pharmacie a été décidée à l'unanimité; ce prix sera décerné, dès cette année, à un étudiant digne d'intérêt et désigné par ses camarades.

Le Caducée normand a été fondé il y a cinq ans pour grouper tous les médecins, pharmaciens et dentistes d'origine normande, quelle que soit leur résidence, désireux de nouer des relations de franche camaraderie entre compatriotes et de venir en aide à des étudiants ou des confrères normands momentanément en difficulté.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Paul Petit, 19, rue de Bourgogne, ou à M. A. Robine, 66, rue Taitbout, à Paris.

CROISIÈRES MÉDICALES ORGANISÉES SOUS LES AUSPICES DE L'A. P. M. F. — CROISIÈRES DES PORTS DE FRANCE ET D'ALGÉRIE. (*Compagnie Havraise Péninsulaire*). — Itinéraire : Le Havre, Bordeaux, Oran, Alger, Marseille.

Durée : Dix-huit jours environ.

Prix : 750 frs. pour les médecins, internes et leur famille; 800 fr. pour les autres adhérents (en outre, une prime d'assurance de 35 frs. exigée par la Compagnie).

Inscription : Envoyer, au moins quinze jours avant la date du départ, un somme de 200 frs. d'avance sur le prix du passage à l'adresse suivante : Chèques postaux, docteur Loir, Rouen, C/C. 6345.

Excursions à la charge des voyageurs.

Il y a deux départs par mois, d'avril à octobre, vers le 1er et le 15 de chaque mois. La Compagnie prévient au moment de l'embarquement plusieurs jours avant le départ.

D'autres croisières : Proche Orient, mer Noire, cap Nord. Croisière d'étudiants en Méditerrannée sont organisées : S'adresser pour tous renseignements au docteur Loir 12 *bis* rue de Caligny au Havre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le médecin-major Le Goff, victime d'un accident d'aviation en accompagnant un blessé à bord d'un avion sanitaire au Maroc; de MM. les docteurs Georges Danjou (de Nice) et Gauthier (de Luxeuil); Lescuyer, consellier général de Verdun, décédé à Paris; Botcazo (de Nice) et A. Casseus, conseiller de la légation d'Haïti, à Paris.

UN NOUVEAU CAS D'ÉPILEPSIE « ESSENTIELLE »

LIÉE A L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par MM. E. TERRIEN et L. BABONNEIX.

Il y a quelques années, en présence d'une épilepsie essentielle, on se contentait d'instituer un traitement symptomatique dont le bromure faisait tous les frais. Aujourd'hui, on cherche systématiquement la syphilis, bien souvent, on la trouve, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante, et l'on peut ainsi opposer, à une affection longtemps considérée comme incurable, un traitement efficace.

*
* *

Observation. — X..., cinq ans, vu le 9 décembre 1925.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Les parents sont en bonne santé. La maman a fait, il y a quelques années, une grossesse extra-utérine. On ne connaît dans la famille aucun cas d'affection nerveuse.

De même les antécédents personnels de l'enfant n'ont rien présenté de particulier. La grossesse avait été bonne, l'accouchement, facile, sans circulaire du cou, sans présentation vicieuse, sans application de forceps. Le poids, à la naissance, était de 3 kilogrammes. Le petit X... a été élevé au sein. Il a parlé et marché tard, a eu ses dents également assez tard; à neuf mois, il a été opéré de la mastoïdite. Il y a deux autres enfants bien portants, l'un plus âgé, l'autre plus jeune.

Histoire de la maladie. — En octobre 1925, sans cause apparente, est survenue, un matin, à six heures et demie, une crise convulsive, généralisée, avec perte de connaissance, écume aux lèvres, sans urination involontaire, et suivie d'un sommeil lourd. Depuis cette époque, les crises se sont reproduites très fréquemment, mais avec de nombreuses variantes.

Tantôt, il s'agit de crises épileptiques généralisées, avec cri initial, chute à terre, perte de connaissance, salivation, etc.

Tantôt, et plus souvent (presque tous les jours), il s'agit de crises localisées, surtout au membre inférieur gauche qui est le siège de contractions toniques, puis cloniques.

Tantôt, enfin, il y a des crises frustes, avortées, constituées par quelques secousses dans un membre, dans certains muscles de la face, ou par des « crispations » d'une main, suivies de pâleur et d'hébétude.

Etat actuel. — Il est à peu près négatif, abstraction faite des constatations suivantes :

a. *Retard intellectuel manifeste* : l'enfant articule mal, a un vocabulaire très restreint, n'a manifestement pas l'intelligence des sujets de son âge;

b. Anormale *nervosité*;

c. Existence de quelques *stigmates de dégénérescence* : voûte ogivale, etc.;

d. *Bouffissure légère de la face*, bien qu'il n'y ait pas trace d'albumine dans les urines.

En somme, épilepsie « essentielle ». Quoique la réaction de Wassermann, pour le sang de la mère et de l'enfant, ait été négative, nous nous fondons sur certains symptômes, d'ailleurs très peu nets : irrégularité des crêtes tibiales, dureté des testicules, pour demander au professeur Terrien de bien vouloir nous dire si, chez le jeune X..., les réflexes pupillaires fonctionnent correctement. Voici sa réponse : « Les pupilles réagissent très mal à la lumière; elles sont même à peu près immobiles. »

*
* *

Sans doute, l'immobilité pupillaire à la lumière a été quelquefois observée dans les tumeurs cérébrales ou orbitaires, dans certains traumatismes craniens, dans l'encéphalite léthargique, etc; n'empêche que, dans l'immense majorité des cas, elle signifie neuro-syphilis. Chez notre petit malade, les crises comitiales sont donc le fait d'une neuro-syphilis, probablement héréditaire, et que nous nous sommes mis aussitôt à traiter avec énergie.

Les cas de ce genre sont loin d'être exceptionnels, et l'on en trouvera un certain nombre dans le beau livre du professeur Fournier sur l'hérédo-syphilis tardive. L'un de nous en a, avec M. H. David, en 1919, relaté de nouveaux empruntés, les uns aux auteurs, les autres à ses observations personnelles (1). Voici le résumé de ces dernières :

Observation I. — Epilepsie chez une jeune fille dont le grand-père était très vraisemblablement spécifique.

Obs. II. — Epilepsie chez un sujet porteur de lésions dentaires identiques à celles que l'on observe dans l'hérédo-syphilis.

Obs. III. — Epilepsie chez un enfant porteur de lésions osseuses attribuées par le professeur Broca et par M. Ménard à la syphilis héréditaire.

Obs. IV. — Epilepsie chez un jeune homme porteur de cicatrices suspectes et dont le sang présente une réaction de Wassermann faiblement positive.

Obs. V. — Epilepsie chez un dégénéré débile dont le sang présente une réaction de fixation faiblement positive.

Obs. VI. — Epilepsie chez un dégénéré offrant, en plus des malformations dentaires typiques (dents d'Hutchinson), de l'inégalité pupillaire, et dont le sang présente une réaction de fixation faiblement positive.

Obs. VII. — Epilepsie chez un jeune sujet dont le sang est le siège d'une réaction de fixation fortement positive.

Obs. VIII. — Jeune épileptique, neveu d'épileptique, présentant lui-même des crises de fureur maniaque pouvant être considérées comme un équivalent psychique et chez lequel la réaction de fixation, pour le sang, est faiblement positive.

Depuis, nous avons observé de nouveaux cas tout comparables aux précédents. Dans l'un, que l'un de nous a suivi avec M. Hallez (2), la réaction de Hecht était positive pour le liquide céphalo-rachidien qui était le siège d'une hyperalbuminose manifeste et d'une lymphocytose légère. Un autre concerne un jeune homme qui, au cours de la guerre, fut atteint de crises comitiales typiques. Ayant constaté, chez lui, des exostoses frontales volumineuses, M. le professeur Letulle demande à M. Bergeron de faire une réaction de Wassermann qui fut fortement positive pour le sang. Le père avait contracté la syphilis avant son mariage. Dans un autre, il s'agit d'un jeune comitial, porteur de lésions rappelant le scrofulate de vérole, et dont le père était un spécifique avéré. Citons encore l'histoire de cette famille dont le chef était tabétique; la mère était atteinte de psoriasis palmaire. De leurs enfants, l'un était idiot, l'autre épileptique et arriéré (3). Un jeune enfant arriéré et épileptique est envoyé à l'un de nous par le docteur Langevin (du Mans) : réaction de Wassermann partiellement positive pour la mère, douteuse pour l'enfant, positive pour le père. De nombreux auteurs, à la tête desquels il faut citer MM. Leredde, André Thomas, Tinel, ont rapporté des faits analogues. Il convient donc, en présence de toute épilepsie « essentielle », de penser toujours et partout à l'hérédo-syphilis, et d'instituer, toutes les fois qu'elle sera, non seulement certaine, mais même probable, un traitement spécifique énergique.

(1) L. Babonneix et H. David. Epilepsie essentielle et hérédo-syphilis, *Gaz. des hôpit.*, 10 avril 1919, n° 19.

(2) L. Babonneix et G.-L. Hallez. Hémiplégie cérébrale infantile, *Gaz. des hôpit.*, 8 et 10 août 1922, n° 62.

(3) L. Babonneix. Trois nouveaux cas d'encéphalopathies infantiles liées à l'hérédo-syphilis, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 20 avril 1917.

ACTUALITÉS

LE CHLORURE DE CALCIUM

Les propriétés du chlorure de calcium sont dès longtemps connues puisque dès la fin du XVIIIe siècle Fourcroy et plusieurs médecins anglais l'employaient dans diverses formes de tuberculose. Mais le médicament tomba dans l'oubli et parut longtemps réservé plutôt à l'usage des physiologistes. En ces dernières années pourtant, en particulier depuis qu'on a reconnu son influence sur les accidents anaphylactiques, ce sel a de nouveau attiré l'attention des cliniciens et le nombre de ses indications s'est accru. Par un retour curieux c'est dans le traitement de la tuberculose qu'il a trouvé un de ses emplois les plus récents. (Méthode de Rosen.)

PROPRIÉTÉS CHIMIQUES. — D'une saveur désagréable, ce sel peut se présenter sous deux formes :

La plus anciennement connue et employée a pour formule $CaCl^2 + 6H^2O$; sel cristallisé en rhomboèdres, déliquescent, très soluble dans l'alcool; sa dissolution dans l'eau produit un notable abaissement de température.

Depuis quelques années on tend à lui préférer, dans certains cas tout au moins le *sel desséché* (ou granulé) de teneur en calcium plus constante, de formule $CaCl^2 + 2H^2O$ obtenu par l'action du vide et de la chaleur.

ACTION PHYSIOLOGIQUE. — *Action sur le muscle.* — Les sels de calcium en général et le chlorure en particulier ont sur la fibre musculaire des effets diversement décrits. Les liquides de Locke, de Raulin, de Ringer qui contiennent des sels de calcium semblent, sur un muscle isolé diminuer l'excitabilité qu'augmentent au contraire les sels de sodium.

L'action semble en réalité varier avec la dose employée. Des doses notables paralysent le muscle et le fixent en état de contraction; des doses moindres paraissent agir comme *excitant*.

Les effets sont analogues sur les musculatures de l'intestin (grêle ou côlon) de la vessie, de l'utérus gravide : excitation pour de faibles doses, paralysie à forte dose.

Action sur le cœur. — Le myocarde réagit de la même façon que les autres muscles :

A dose faible ou moyenne on constate une *action cardiotonique* : la systole augmente de force, le rythme se ralentit. Cette action, qui est empêchée par l'atropine semble due en partie à l'excitation du centre du pneumogastrique.

Une dose toxique altère le rythme, amène de la dissociation auriculoventriculaire puis une bradycardie totale, enfin une *paralysie du cœur en systole*.

Action sur les vaisseaux. — Le chlorure de calcium provoque une *vasoconstriction périphérique*. La *tension artérielle s'élève*.

Action sur les appareils glandulaires. — L'administration de chlorure de calcium *augmente les sécrétions glandulaires* : glandes sudoripares, glandes salivaires, *reins*; mais il semble qu'il faille pour cela de fortes doses.

Action sur le système nerveux. — Sabattani a montré l'influence *modératrice* sur le système nerveux.

Action sur la nutrition générale. — Les *combustions organiques augmentent;* dans les urines on constate l'augmentation de l'urée, de l'acide urique, des sulfates, des phosphates et du chlore. Il se produit au bout d'un certain temps une *diminution du poids.*

Action sur le sang. — Celle de tous les sels de calcium, l'une des plus anciennement connues. *In vitro* les doses faibles *augmentent la coagulabilité*; il en est de même *in vivo*; mais pour de fortes doses amenant un excès de sels de chaux on constate au contraire une diminution de la coagulabilité.

Action sur les produits glandulaires. — Delezenne a montré que le chlorure de calcium active un suc pancréatique inactif et augmente le pouvoir hémolytique de la bile.

Il est cependant des cas où l'emploi en clinique du chlorure de calcium produit, en particulier sur le tube digestif et les sécrétions, des effets qui ne cadrent pas avec ce schéma physiologique. C'est à des phénomènes de choc que certains auteurs attribuent alors son action, encore que le chlorure de calcium soit l'un des plus anciens instruments de la thérapeutique antichoc; pour d'autres auteurs il faudrait faire intervenir un antagonisme des ions calcium vis-à-vis des ions sodium, ou encore l'action sur le tonus végétatif. Il semble en tout cas que les effets du médicament puissent différer notablement suivant la voie d'introduction; et ces paradoxes apparents, qui ne sont que l'effet de notre insuffisante connaissance du médicament n'en diminuent pas l'intérêt pratique.

INDICATIONS. — *Action coagulante.* — L'emploi comme *antihémorragique* est la plus ancienne indication du chlorure de calcium; d'abord administré par la bouche il donne des résultats d'égale valeur par injections intraveineuses.

On le prescrit classiquement dans toute hémorragie notable, quelle qu'en soit l'origine : *épistaxis, hémorragies digestives, hématuries, métrorragies, hémoptysies* d'origine infectieuse ou non.

Il est également indiqué dans les *affections hémorragipares*, purpura, hémophilie (Carnot et Blamoutier) mais comme un traitement des accidents plus que pour la modification durable du terrain.

A rapprocher de cette action, l'effet parfois heureux sur la *digestion du nouveau-né*, due sans doute à une coagulation plus aisée de la caséine du lait.

Action modératrice des sécrétions. — Le médicament semble n'agir dans ce cas que par *voie intraveineuse*. C'est surtout *chez les tuberculeux* qu'on a obtenu des succès contre la *diarrhée*; et aussi contre la toux émétisante, les *vomissements*, les *sueurs*. On a publié aussi des résultats satisfaisants hors de la tuberculose : dysenterie à bacille de Shiga (Pellé), vomissements incoercibles de la grossesse (Pellé, Castagna).

Action antispasmodique. — Le chlorure de calcium semble doué d'une action assez constante sur les accidents de la *tétanie*, en particulier lorsqu'ils résultent d'un trouble de la *fonction parathyroïdienne*; on l'utilise depuis longtemps par voie buccale mais son action par voie intraveineuse est plus rapide et plus énergique tout en demeurant passagère.

L'action du médicament sur ces accidents l'a fait associer par certains auteurs, à la sérothérapie dans certains cas de *tétanos aigu* mais il ne semble pas,

même par voie intraveineuse, qu'il y ait là un traitement toujours efficace.

On l'a employé aussi contre les convulsions de toute origine et le spasme de la glotte.

Quel que soit le mécanisme de l'action du chlorure de calcium il convient de rapprocher de ces cas ceux qu'a publiés Tinel qui a pu obtenir de son emploi d'heureux résultats dans des *états anxieux* avec paroxysmes, ou dans des *accès de manie*, après avoir employé sans succès les traitements habituels; l'effet immédiat semble assez souvent heureux mais ne se prolonge guère.

Traitement des accidents de choc et d'anaphylaxie. — Administré per os ainsi que le prescrivit d'abord Netter le chlorure de calcium semble d'une efficacité assez constante. Sicard et ses élèves l'ont administré par voie intraveineuse et ont obtenu des résultats bons et rapides dans des *accidents sériques graves* (fièvre, urticaire généralisé avec œdème); on peut employer le chlorure de calcium aussi bien comme préventif que comme curatif; il semble être l'un des meilleurs moyens dont nous disposions contre ces accidents.

Il en faut rapprocher les résultats, obtenus par Petzetakis *dans l'asthme*, aussi bien contre la crise déclenchée que contre le retour des accidents au moyen des injections intraveineuses; mais l'efficacité n'en est pas constante (Rist, Ameuille et Ravina).

On a enfin traité par injections les dysménorrhées dues au spasme utérin (Maudl), les rétentions d'urine d'origine nerveuse (Schwartz, de Vienne) avec un succès d'ailleurs très inégal.

Action sur le cœur et sur le rein. — Non moins intéressante est l'action de chlorure de calcium sur la circulation et sur la diurèse.

Incontestable en physiologie, l'action cardiotonique ne peut guère être obtenue en clinique qu'avec des doses suffisantes; de plus la voie digestive est infidèle ce qui résulte peut-être de la lenteur d'absorption des sels de calcium au niveau de l'intestin; aussi devra-t-on s'en tenir à la *voie intraveineuse.*

Agissant seul, le chlorure de calcium a donné des succès à Petzetakis et à Danielopolu dans des accès de *tachycardie paroxystique*, dans des *arythmies extrasystoliques*, parfois dans des *arythmies complètes* avec fibrillation auriculaire. On s'en est également servi contre l'asystolie n'obtenant guère il est vrai qu'une amélioration fonctionnelle.

L'inconstance des résultats ne permet pas de donner à ce médicament une place attitrée parmi les cardiotoniques. Néanmoins on peut en tirer parti pour prolonger les effets des tonicardiaques et surtout les *renforcer.* C'est en particulier sur la *digitale* que cette action est la plus nette: on l'a toutefois observée aussi vis-à-vis des strophantiques. Mais il faut éviter d'en prolonger l'emploi au delà de trois ou quatre jours pour ne pas augmenter la coagulabilité du sang. On peut employer le chlorure de calcium avant la digitale mais il est préférable de le donner simultanément.

En même temps qu'un cardiotonique, le chlorure de calcium peut être un diurétique; lorsqu'on recherche ce dernier effet la voie digestive est la seule à employer; il faut prescrire des doses élevées et ordonner un régime pauvre en sodium (ni lait, ni sel) [Blum].

Il a été employé avec succès dans des affections rénales : *néphrites hydropigènes* en particulier chez des cardiorénaux, *néphrites hémorragiques aiguës.* On l'a également utilisé en dehors de lésions rénales contre l'*ascite des cirrhoses*, des *épanchements dans les séreuses*, bacillaires ou non. Ce traitement demeure pourtant inefficace dans les hydropisies cardiaques ou lorsque l'épanchement est purulent.

Action reminéralisatrice. — C'est elle que dans ces dernières années on a essayé, après Rosen (de Moscou) de mettre à profit contre la tuberculose. Il faut employer la voie intraveineuse mais avec précaution et s'abstenir dans les tuberculoses multiples, les tuberculoses miliaires les localisations pulmonaires bilatérales ou trop avancées.

On peut au contraire obtenir des résultats dans les *tuberculoses au début*, *osseuses*, *ostéoarticulaires* et même *rénales*. La tolérance au cas de lésions rénales n'existe que pour des doses modérées, dans les localisations pulmonaires il faut que la température demeure peu élevée. Dans les localisations purement articulaires le traitement semble à peu près inefficace.

Indications diverses. — On a enfin employé le chlorure de calcium en injections intraveineuses contre l'épididymite blennorragique, la bilharziose (associée à l'émétine dans les cas anciens) et même l'intoxication par la cocaïne (Fabry, Mayor).

MODES D'ADMINISTRATION. POSOLOGIE. — La voie rectale (lavements avec la solution à 5 p. 100) n'est pour ainsi dire jamais employée.

La voie buccale seule employée jusqu'à ces dernières années conserve un bon nombre d'indication (anaphylaxie à titre préventif surtout, tétanie du nourrison, troubles digestifs pendant l'allaitement, médication anti-hémorragique).

Chez l'enfant la dose habituelle est de *dix à vingt centigrammes* par année d'âge, en solution aqueuse dont on masque la saveur désagréable avec du sucre et du jus d'oranges, ou du sirop de framboises.

Chez l'adulte la dose classique est *de 1 à 6 grammes* par vingt-quatre heures. Même à semblable dose, le chlorure de calcium peut être mal supporté en simple solution et la formule de Brelet peut être au contraire bien supportée :

Chlorure de calcium sec granulé. Amidon soluble..............	} *ãã*	30 gr.
Eau............................		20 gr.
Sirop de citron..............	q. s. p.	100 gr.

(1gr50 par cuillerée à café.)

Ces doses sont toutefois insuffisantes dans certains cas et Blum pour obtenir un effet diurétique prescrit une dose initiale de 15 grammes qu'il porte très rapidement à 30 grammes par jour si la tolérance est bonne. La durée de la médication ne doit pas dans ces cas dépasser cinq ou six jours et ne doit pas être reprise avant une dizaine de jours de repos.

Les injections intraveineuses ont permis plus récemment d'étendre considérablement les indications du chlorure de calcium; quelle que soit la solution employée l'injection doit être *rigoureusement intraveineuse* en raison de la causticité du produit.

On emploie toujours le sel granulé sec, qui seul a une formule constante lorsqu'il est conservé en vase clos; il doit être exempt de toute trace d'arsenic ou de baryum.

Le taux des solutions est des plus divers. Rist, Ameuille et Ravina ont employé sans inconvénients

une solution à 50 p. 100 mais de telles concentrations ne paraissent indispensables que dans des cas particuliers (accidents sériques graves, diarrhées, vomissements des tuberculeux). On s'en tient habituellement à des taux allant de 1 à 15 p. 100 surtout 5 p. 100 et 10 p. 100 (1 gramme ou 2 grammes pour 20 centimètres cubes).

En général le traitement doit être bref, *trois ou quatre jours* sous peine d'intolérance. Chez les hémophiles on peut le prolonger davantage : série de 10-20 injections pratiquées tous les deux jours; Rosen fait des séries de 10 injections quotidiennes suivies de 15 injections tous les deux jours, dix jours de repos entre les séries.

La quantité varie avec les indications :

Tuberculose (Rosen) de 50 à 150 centimètres cubes ou plus de solution à 1 p. 100 (solution tiède, injection lente, malade couché pendant et après l'injection); Rist et Ameuille ont donné jusqu'à 4 grammes par séance en solution à 50 p. 100.

Le plus souvent la dose suffisante varie *entre 0gr,50 et 1 gramme* en solution à 5 ou 10 p. 100.

Incompatibilités. — L'acide sulfurique et les sulfates ; les alcalis et les sels alcalins ; l'acide borique ; les carbonates.

Contre-indications. — Le chlorure de calcium est contre-indiqué lorsqu'il existe des lésions cardiaques ou viscérales profondes, lorsque évolue une infection purulente, et chez les sujets athéromateux.

Accidents. — L'injection donne le plus souvent lieu à quelques troubles légers et transitoires; réaction douloureuse le long de la veine, picotement à la base de la langue, saveur métallique désagréable, pâleur puis rougeur de la face avec sensation de chaleur qui s'étend bientôt aux orifices naturels.

Mais on a décrit des accidents plus sérieux à choc avec ascension thermique à 40 degrés (Berthier).

Plus souvent les accidents sont dus à la prolongation du traitement ou à des doses trop fortes : troubles gastriques, vomissements en particulier et parfois un état particulier d'asthénie générale.

Ces accidents disparaissent en général assez vite quand on interrompt le traitement; on a conseillé d'en hâter la résolution par l'administration de chlorure de sodium selon les idées de Blum.

Médication récente dans la plupart de ses applications et par conséquent difficile encore à juger, le chlorure de calcium ne semble pas moins être un agent thérapeutique précieux au cours de nombreuses affections.

R. LEVENT.

NOTES DE PRATIQUE

PALPITATIONS DU CŒUR D'ORIGINE TOXIQUE OU VASO-CONSTRICTIVE

Alimentation lacto-végétarienne.

Massage et frictions des extrémités.

Matin et soir, avec un grand verre d'eau d'Evian, un cachet de Théosalvose phosphatée ou lithinée de 0g50.

Trois fois par jour, III gouttes de solution de trinitrine au centième ou x gouttes de teinture de crataegus dans un peu d'eau.

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE

(Rome, 7-10 avril 1926) (1)

RAPPORTS

LES ABCÈS DU FOIE

Par M. L. DOMINICI (de Sassari).

1° Les abcès du foie se séparent en deux groupes :

a. Abcès pyogéniques;

b. Abcès dits amibiens qui ne sont pas des abcès, mais plutôt des collections d'un produit nécrobiotique colliquatif; il serait plus exact de les appeler : *hépaties nécrobiotiques collectées.* Les abcès amibiens autochtones sont assez fréquents en Italie, non seulement dans le sud, mais même dans le nord. La statistique italienne des cas inédits que l'auteur relate comprend 140 cas soignés en Italie (outre 124 observés en Cyrénaïque).

2° Le diagnostic différentiel entre *abcès hépatique pyogénique* et *hépatite nécrobiotique collectée* (*abcès amibiens*) se base sur différentes recherches :

a. Sur la recherche de la maladie qui peut être le point de départ de l'infection pyogène (traumatisme, appendicite, fièvre typhoïde, ascaridiose, infections, dysenterie amibienne).

b. L'évolution de la maladie est en général plus aiguë dans les formes pyogéniques que dans les formes nécrobiotiques colliquatives.

c. Le malade présente le plus souvent des symptômes aigus dans l'abcès pyogénique, des symptômes chroniques dans l'hépatite nécrobiotique.

d. Le volume des collections est plus considérable dans l'infection amibienne.

e. L'examen du sang rend également service : la polynucléose élevée est propre aux abcès pyogéniques, tandis que dans les hépaties nécrobiotiques, même compliquées d'une infection pyogénique secondaire, la polynucléose n'existe pas ou est faible; peut-être dans ces collections prévaut de la monucléose.

f. La ponction exploratrice : quand le diagnostic n'est pas certain et quand on suspecte un abcès pyogénique, elle sera faite dans la salle d'opération, de façon à pouvoir intervenir immédiatement s'il y a du pus.

g. L'examen du liquide : ce sera du pus dans les abcès pyogéniques; dans l'hépatite nécrobiotique, le liquide contient beaucoup de leucocytes et de germes qui sont la caractéristique propre de l'hépatite nécrobiotique compliquée d'une infection pyogénique secondaire.

h. Le traitement d'essai pourra aussi être utile pour le diagnostic différentiel.

5° Les *abcès pyogéniques* peuvent être traitées chirurgicalement. Il faut les distinguer en abcès uniques et multiples.

Les abcès pyogéniques uniques seront traités par l'ouverture et le drainage du foyer; pour les petits abcès, comme ceux par ascarides, on peut tenter l'ablation masse de l'abcès et la suture du parenchyme hépatique (Makai).

Le traitement chirurgical des abcès pyogéniques multiples est difficile et ne donne que peu de résultats : mortalité 49 p. 100. Dans la lithiase et les infections des voies biliaires, le drainage des voies biliaires est indispensable.

4° Les *hépatites nécrobiotiques* peuvent en réalité suppurer par action microbienne sur un terrain déjà infecté par l'amibe.

Leur traitement doit être éclectique, mais, en cas d'infection virulente, il faut opérer.

TRAITEMENT DE L'ABCÈS DU FOIE TROPICAL

Par M. Pavlos PETRIDIS (d'Alexandrie).

Le rapporteur base son rapport sur les observations de 538 cas soignés dans le service chirurgical de l'hôpital grec d'Alexandrie, de 1896 à 1925. Dans ces dernières années, le

Association de la Presse médicale française

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 32, p. 506; n° 36, p. 565, et n° 38, p. 614.

nombre des cas a diminué dans une proportion extrêmement notable grâce à l'introduction dans le traitement des abcès du foie de l'émétine, à la suite des travaux de sir Leonard Rogers. Jusqu'en 1912, tout le monde était d'accord pour admettre l'équation suivante : abcès du foie = ouverture chirurgicale.

Depuis les recherches de Rogers, cette formule simpliste doit être remplacée par des propositions suivantes :

1. Abcès du foie = traitement médical pur à l'émétine associé à d'autres médicaments.

2. Abcès du foie = ponction évacuatrice avec ou sans drainage, plus traitement médical.

3. Abcès du foie = traitement chirurgical, plus traitement médical.

Le diagnostic précoce doit être à la base du traitement.

L'auteur décrit ensuite avec détails la technique de la ponction du foie, le traitement médical exclusif, le traitement médical accompagné de ponction curative avec ou sans drainage, le traitement mixte médico-chirurgical, le choix de l'anesthésie dans les opérations de l'abcès du foie, et enfin les complications opératoires et post-opératoires.

DISCUSSION

M. LATIS BEY (d'Alexandrie) reconnaît les dangers de la ponction et la possibilité d'accidents mortels.

M. GIORDANO (de Venise) a étudié 140 cas d'abcès du foie, dans lesquels la ponction ne lui a donné aucun résultat pratique. Il a vu pratiquer une ponction positive dans un cancer suppuré.

Le traitement arsenical par voie rectale est dangereux.

Il signale un cas de confusion d'un abcès par cholangiectasie suppurée au niveau d'un lobe aberrant, pris pour une cholécystite suppurée.

M. LUXARDO (de San Danieli del Fruiti), qui dans plusieurs cas personnels a pratiqué la ponction exploratrice sur la table d'opération avant d'intervenir, ne voit que des avantages à cette méthode.

M. MATTHIASSON (d'Akuryri) voit beaucoup de kystes hydatiques du foie en Islande, et discute l'évolution de l'échinococcose dans son pays.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE

Rapporteur : M. R. LERICHE (de Strasbourg).

L'étude de la trentaine de cas d'épilepsie jacksonienne traumatique, observés pendant des années, conduit à penser que l'épilepsie est toujours liée à la présence de la cicatrice d'un foyer de contusion corticale. Les lésions osseuses et méningées, auxquelles on attache d'habitude tant d'importance, ne signifient rien et sont tout à fait secondaires. Mais une simple cicatrice cérébrale fibreuse ne suffit pas à créer le jacksonisme. Les cicatrices épileptogènes paraissent toujours renfermer une anormale prolifération névroglique. Celle-ci est probablement due à une réaction conjonctive particulière de l'individu.

Quand la cicatrice névroglique existe, les crises sont déclenchées par des variations brusques de la circulation cérébrale et correspondent toujours à de véritables déséquilibres du liquide céphalo-rachidien, soit en excès, soit en défaut. En fait, on peut expérimentalement chez le jacksonien provoquer des crises en élevant ou en abaissant la tension du liquide. On peut faire cesser l'état de mal de la même façon.

Le véritable traitement de l'épilepsie jacksonienne consiste à exciter la cicatrice fibro-névroglique. Comme ce n'est pas toujours possible, on doit se contenter généralement d'exciser la cicatrice fibro-méningée, qui, souvent, s'enfonce dans le cerveau.

D'ailleurs toute intervention, si minime soit-elle amène une disparition temporaire des crises.

Mais la récidive est habituelle.

Peut-être pourrait-on modifier la cicatrice par radiothérapie? Il y aurait lieu d'entreprendre des recherches systématiques sur l'effet des radiations sur le tissu névroglique jeune.

En attendant, pour éviter la récidive, il faut chercher à maintenir chez les jacksoniens un état d'équilibre du liquide céphalo-rachidien, soit à l'aide d'injections intraveineuses d'eau distillée, soit par l'ingestion de solutions hypertoniques. Les résultats ainsi obtenus sont très intéressants. On observe la suppression des crises pendant des années chez des sujets ayant récidivé, une amélioration subjective considérable, la disparition des céphalées, des vertiges, etc., et la brusque cessation de l'état de mal.

DISCUSSION

M. ALESSANDRI (de Rome), tout en étant d'accord avec le rapporteur sur les principaux points, croit devoir insister sur l'importance primordiale de la *lésion locale* dans la genèse des accidents. Du reste, il faut tenir compte non seulement de la cicatrice cérébrale, mais aussi de celle de l'os et des parties molles. Seule, l'ablation complète du tissu cérébral, quelle qu'en soit la gravité, est la seule technique susceptible de procurer une excellente guérison. L'auteur rapporte un cas personnel de plaie infectée, avec un gros bloc de tissu cicatriciel, ayant provoqué, deux ans après la blessure, des crises jacksoniennes. L'ablation complète put se faire assez facilement, grâce à la différence de consistance des tissus voisins. La guérison des crises fut obtenue au prix d'une hémiparésie.

Le second point important est la reconstitution minutieuse des plans, avec autoplasties, s'il est nécessaire. Pour confirmer cette opinion, M. Alessandri cite le cas d'un blessé opéré trois fois, qui récidiva chaque fois et ne fut guéri qu'à la suite d'une quatrième intervention dans laquelle on fit une reconstitution anatomique précise des différents plans. Le résultat obtenu se maintient depuis vingt ans.

M. ANZILOTTI (de Livourne) estime également que la lésion locale prime tout et que les modifications circulatoires, les troubles de l'équilibre céphalo-rachidien sont ici en rapport direct avec la cicatrice. Il établit un parallèle de ces troubles avec le glaucome. L'extirpation large est évidemment le traitement de choix, mais il n'est pas toujours facile de savoir si l'on a dépassé les limites, étant donnée la fréquence des lésions gliomateuses péricicatricielles du cerveau décelables seulement par l'examen histologique.

En ce qui concerne les récidives, on doit toujours tenir compte du facteur constitutionnel. Dans un cas cité par l'auteur, il existait des épileptiques essentiels dans la parenté immédiate du blessé qui récidivait d'une façon désespérante.

M. YOUNG (de Glasgow) attire l'attention sur les difficultés que l'on éprouve souvent à trouver la cause précise : l'épine irritative, même pièce en mains. Le diagnostic avec l'épilepsie dite essentielle n'est pas toujours aussi simple qu'on le croit. Il sera bon, en tout cas, de bien fermer la brèche opératoire par un volet ostéoplastique afin d'éviter la formation d'une nouvelle cicatrice. L'auteur rapporte un cas personnel dans lequel la guérison se maintient depuis trois ans.

M. DE QUERVAIN (de Berne), se basant sur une pratique de trente années, estime que la question est encore des plus confuses, car nous manquons de précisions au sujet de la nature et la cause de l'épilepsie jacksonienne. Il est d'ailleurs presque impossible de prévoir les résultats de l'intervention, lesquels peuvent être bons, mauvais, ou nuls.

Ainsi que le recommande M. Leriche, les recherches histologiques devront être faites avec un soin tout particulier, mais il serait également très indiqué d'étudier la structure des cicatrices chez les blessés non épileptiques et de chercher à savoir si un sujet, même sans lésions névrogliques, ne fera pas tôt ou tard de l'épilepsie bravais-jacksonienne, s'il appartient à la famille des individus à système vaso-moteur très labile. L'importance du facteur vaso-moteur est considérable, ainsi que celle de la tension du liquide céphalo-rachidien. C'est contre elle que Kocher avait préconisé la décompressive.

Les greffes graisseuses rendent des services ; mais il faut se méfier du développement fréquent de kystes au-dessous d'elles.

M. JEFFERSON (de Londres), insiste sur l'importance des relations du traumatisme avec le développement des accidents jacksoniens.

M. GAMBERINI (de Bologne) apporte sa statistique :

Sur 34 cas d'épilepsie primitive, il a pratiqué 7 interventions partielles (4 décompressives : 2 succès ; 3 excitations simples : 2 succès) et 27 interventions « radicales », c'est-à-dire : exérèse de la cicatrice et cranioplastie. Cette dernière

série lui a donné 20 succès, 2 améliorations, 5 échecs. Parmi les malades guéris, 4 sont morts ultérieurement de maladie intercurrente. L'auteur attire tout particulièrement l'attention sur l'importance de l'association de la plastie cranienne à l'exérèse cicatricielle. Il l'a employé 15 fois dans une série de 24 grands blessés du crâne non épileptiques. Ces blessés ont pu être suivis depuis 1917 et n'ont jamais présenté de symptômes jacksoniens.

M. SOLARO (de Busto Arsizio) rapporte l'observation d'un enfant de deux ans ayant présenté, à la suite d'un traumatisme cranien, des secousses épileptiformes limitées à la jambe gauche. Ces accidents s'amendèrent ensuite pendant dix ans. Puis apparurent de nouvelles crises à type jacksonien qui, d'abord limitées à la jambe gauche, se généralisèrent peu à peu à la moitié du corps, tout en augmentant de fréquence.

La radiographie montre un noyau calcifié de la zone rolandique supérieure. Ce noyau est facilement énucléé et apparaît formé de tissu conjonctif engainant des sels de chaux (calcification secondaire d'un hématome). Ce cas fait ressortir la nécessité d'une étude approfondie des lésions trouvées.

M. CORACHAN (de Barcelone), considère, lui aussi, comme indispensable l'ablation complète des lésions craniennes, méningiennes et cérébrales, dont l'existence est en rapport direct avec l'évolution des crises. On pourra faire la craniotomie simple, ou mieux, l'ostéoplastique.

Le procédé de la « valvule » de Kocher, peut améliorer les cas à grande hypertension. Il est particulièrement indiqué dans l'épilepsie essentielle dont le substratum est mal connu. L'auteur l'a fréquemment employé avec succès en pareil cas. Pour terminer, il rapporte quatre observations personnelles, dont il fait passer les projections sur l'écran.

M. MAYER (de Bruxelles), relate trois cas personnels de greffes graisseuses, dont la guérison se maintient depuis huit à douze ans. Ce procédé n'est donc pas aussi mauvais que le pensent un certain nombre de chirurgiens.

Le diagnostic et le traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau ont été exposés magistralement par A.-W. ADSON (de Rochester), rapporteur.

L'auteur passe rapidement en revue la littérature médicale concernant la névralgie du trijumeau et discute l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic différentiel et les résultats obtenus à la suite du traitement palliatif par les injections d'alcool et l'arrachement des branches périphériques du nerf, de même que les résultats obtenus après l'opération radicale de section de la racine postérieure sensitive du ganglion de Gasser avec conservation de la racine motrice.

Il passe également en revue une série de 600 à 700 cas observés et traités à la Clinique Mayo et montre les complications du diagnostic, les indications des injections d'alcool et de l'opération radicale de la section de la racine. Il décrit également les complications opératoires, les séquelles et les résultats obtenus par la section de la racine postérieure.

Des clichés et des films cinématographiques ont illustré ces différents points.

(A suivre.) MARCEL THALHEIMER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 MAI 1926)

Sur l'immunisation par l'anatoxine diphtérique dans les milieux scolaires et dans les préventoriums et sanatoriums contaminés. — MM. Louis MARTIN, Georges LOISEAU et Albert LAFFAILLE. 1° L'immunisation antidiphtérique par l'anatoxine, doit être faite par trois injections de 0cc5 pour la première, 1 centimètre cube pour la seconde, et 1 centimètre cube ou mieux 1cc5 pour la troisième, espacées de quinze jours au minimum et mieux de trois semaines;

2° Les cas d'angine diphtérique observés en cours de vaccination sont toujours survenus chez les sujets ayant reçu une ou deux injections seulement ou une troisieme injection insuffisamment éloignée de la seconde;

3° Les angines diphtériques survenant après deux vaccinations par l'anatoxine paraissent très bénignes et peuvent même guérir spontanément sans traitement sérique;

4° L'immunisation antidiphtérique par l'anatoxine est capable d'assurer à elle seule la prophylaxie de la diphtérie dans les milieux scolaires ou dans les préventoriums contaminés, d'autant mieux que les premières vaccinations seront faites dès le premier cas et sans cuti-réaction préalable pour éviter toute perte de temps;

5° Les oppositions des familles ont été de 5, 4 et de 6,9 p. 100 dans les deux externats et de 3,7 p. 100 dans l'internat;

6° Les réactions n'ont pas empêché, dans deux externats de vacciner dans l'un la totalité, dans l'autre 80 p. 100 de la population scolaire. Elles ne sont pas sensiblement plus fortes chez les sujets tuberculeux ou suspects de tuberculose dans les préventoriums et sanatoriums.

Les auteurs ont pu pratiquer ou contrôler, du mois de novembre 1923 jusqu'au début de cette année, les vaccinations par l'anatoxine chez 4.500 sujets.

Si l'on ajoute à ce chiffre les vaccinations pratiquées par M. Zoeller dans l'armée (978 sujets), par MM. Lereboullet et Joannon et MM. Lereboullet, Boulanger-Pilllet et Gournay (2.000 enfants), par M. Flandin au Lycée Carnot (295 sujets), par M. Harvier au groupe scolaire de l'avenue Félix Faure (228 sujets); nous arrivons à un total de 8.000 sujets vaccinés par l'anatoxine.

La pratique de la vaccination par l'anatoxine diphtérique. — M. Ch. ZOELLER. En collaboration avec M. Ramon, M. Zoeller a entrepris l'étude du vaccin associé : T. A. B. + anatoxine diphtérique. Chez les sujets à réaction de Schick négative une seule injection de vaccin associé suffit à provoquer une ascension marquée du pouvoir antitoxique. Chez les sujets à réaction positive la négativation de la réaction de Schick a été obtenue 9 fois sur 11 après deux injections; les deux derniers sujets ont reçu une troisième injection qui fut efficace.

L'auteur confirme l'intérêt du sérum purifié en rapportant l'observation de deux sujets qui ayant présenté des accidents sériques très sérieux après injection de sérum ordinaire n'ont eu qu'une réaction très légère ou nulle après injection de sérum purifié.

Traitement de la maladie de Basedow par l'iode. — M. M. LABBÉ insiste sur les bons effets rapides de l'iode dans le goitre exophtalmique (augmentation de poids, diminution de la tachycardie, métabolisme basal redevenu normal). Les résultats sont tout autres dans le goitre simple et le goitre sans exophtalmie. La dose est de 0,10 centigrammes d'iode métallique par jour, la cure doit être prolongée pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

A propos de la réactivation de la réaction de Bordet-Wassermann par les maladies aiguës. — M. Marcel PINARD rapporte l'histoire d'un malade qui, au cours d'une crise d'urémie subaiguë, présenta des réactions sérologiques positives qui devinrent négatives quand le taux de l'urée sanguine redevint normal. Mais à côté de ces réactivations transitoires à la suite de traumas ou de maladies aiguës qui révèlent une syphilis latente; il faut éviter l'erreur de résultats positifs que donnent à tort certains sérums, avec un système hémolytique insuffisant.

Retentissement œsophagien et duodénal d'un cancer gastrique sous-cardiaque à forme hémorragique et anémique. — MM. P. LE NOIR, M. BARIETY et M. MAMOUL. Il s'agit d'un homme de soixante ans présentant des hémorragies gastro-intestinales abondantes (hématémèses et melæna) sans autre signe gastrique, le tout relevant d'un gros cancer sous cardiaque ulcéré. A son propos, les auteurs insistent sur trois particularités de son évolution : l'expression clinique fruste larvée ou monosymptomatique des lésions sous-cardiaques de l'estomac; la forme anémique et le syndrome hématologique de ces cancers; enfin le retentissement à distance œsophagien et duodénal, auquel ils peuvent donner lieu et les difficultés cliniques et même radiologiques que présente parfois leur diagnostic de localisation.

Valeur diagnostique de la cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte. — M. A. JOUSSET démontre l'utilité de la cuti-réaction à la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose à tous les âges de la vie. L'épreuve ordinairement réservée à la pathologie infantile peut aussi chez l'adulte rendre les plus grands services à la condition d'utiliser non plus l'allergie elle-même mais ses modifications sous l'influence des maladies.

On peut pratiquement admettre que tout état fébrile prolongé, sans détermination organique appréciable, qui respecte la cuti-réaction à la tuberculine ne peut appartenir qu'à la tuberculose. Ainsi peut être rapidement tranché le diagnostic si difficile de la typho-bacillose. On pourra de même distinguer par le même moyen et avec certitude le lymphadénôme des adénites tuberculeuses et bien souvent, quoique avec une rigueur moindre, l'ulcère gastro-duodenal du cancer des mêmes organes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1926)

Kystes osseux. — M. MOUCHET fait un rapport sur trois observations de kystes osseux adressées par MM. Gouverneur et Leblanc. Il s'agit de tumeurs de la région antéro-externe de la jambe opérées avec succès. De ces observations, les auteurs tirent les conclusions suivantes : ces tumeurs se développent chez des sujets de vingt à vingt-huit ans; elles sont d'une consistance ferme, ne s'accompagnent pas d'hydarthrose et n'ont aucun rapport avec l'articulation. Elles s'accompagnent souvent de petits fibromes, évoluent en se développant au dehors et guérissent souvent spontanément. Elles récidivent parfois sur place.

En somme, il s'agit de tumeurs paraarticulaires, non d'origine articulaire. Suit une description de l'examen histologique de ces tumeurs.

M. LECÈNE fait observer que cette communication de MM. Gouverneur et Leblanc soulève la question des kystes synoviaux. Ces kystes guérissent souvent spontanément. M. Lecène ne les opère plus, car le plus souvent ils récidivent après l'extraction. Ces tumeurs ne sont nullement d'origine articulaire.

M. Lecène reviendra sur cette question.

M. ALGLAVE, après avoir extrait une de ces tumeurs siégeant nettement dans le tissu cellulaire sous-cutané, a constaté que l'articulation fémoro-tibiale était ouverte. Ainsi que l'a dit M. Lecène, ces tumeurs sont sujettes à récidive. Mais à ce point de vue il faut distinguer les kystes de la région dorsale des kystes de la région palmaire.

M. Alglave a constaté la récidive aussi après l'écrasement de la tumeur.

M. SCHWARTZ est d'accord avec M. Lecène sur la question de la récidive, aussi bien après l'extraction qu'après l'écrasement. Il a essayé de traiter ces kystes par des injections de quelques gouttes de teinture d'iode, mais il a constaté, dans un cas, une arthrite consécutive, ce qui semble bien prouver la communication avec l'article. Il a aussi obtenu, par ce procédé, une guérison parfaite du kyste.

M. LECÈNE maintient que ces kystes ne sont pas d'origine articulaire. Mais cela ne veut pas dire qu'à un moment donné il ne s'établisse pas une communication, par suite d'adhérences, de la paroi postérieure du kyste avec l'articulation.

En résumé, ces kystes se développent dans le tissu cellulaire très lâche sous-cutané, et par suite de leur développement ils peuvent finir par pénétrer dans l'articulation, mais ils n'y naissent pas.

M. DUJARIER a opéré un grand nombre de ces kystes. Il ne croit pas qu'après l'extraction, d'ailleurs difficile de ces kystes, ils récidivent dans une aussi forte proportion que l'a dit M. Lecène. Il en est aussi qui guérissent définitivement après l'écrasement. Dans plusieurs cas, le kyste enlevé, M. Dujarier a pu faire pénétrer un stylet dans l'articulation.

M. BAZY est d'accord avec M. Lecène et ne croit pas à l'origine articulaire des kystes dits synoviaux. On en trouve d'ailleurs la preuve dans l'examen histologique de ces kystes.

M. LECÈNE maintient que, quand il y a communication avec l'articulation, il s'agit de communication secondaire. Mais, en réalité, comme origine ces kystes n'ont rien à faire avec la synoviale. Quant à la question de la récidive, M. Lecène est convaincu que le nombre des récidives dépasse celui des guérisons définitives.

M. MOUCHET a observé un grand nombre de kystes synoviaux de la face dorsale de la main. Il est vrai qu'ils disparaissent parfois spontanément. Il est vrai aussi qu'ils récidivent. Dans tous les cas il a toujours trouvé une communication avec la synoviale.

Fracture du semi-lunaire. — M. MOUCHET, dans un second rapport, analyse une observation de M. Lapeyre : Fracture du semi-lunaire, tentative d'ablation de cet os par incision palmaire, impossibilité de l'ablation, incision dorsale, extraction facile. Guérison avec un bon résultat fonctionnel. Tout en félicitant M. Lapeyre de son succès, M. Mouchet fait observer que sur la radiographie on constate une fracture concomitante du scaphoïde qu'il eût fallu aussi extraire.

Discussion à laquelle prennent part MM. Cadenat, Gernez, Lapointe et Mouchet.

Traitement des ulcères de jambe par la sympathectomie antérieure. — M. LERICHE (de Strasbourg) fait une intéressante communication sur ce sujet et apporte à l'appui un assez grand nombre d'observations.

Dans toutes ces observations, il est fait avant comme après l'opération une biopsie et une culture microbienne du fond de la plaie. Après la sympathectomie la plaie se modifie et six à huit jours après on n'y trouve plus un seul microbe. Pour combler la perte de substance cutanée, il faut appliquer des greffes.

M. LECÈNE fait observer que 98 p. 100 des ulcères variqueux sont d'origine syphilitique et guérissent par le traitement antisyphilitique, moderne ou ancien. On a parlé de lésions osseuses compliquant ces ulcères variqueux. Il s'agit d'exostoses syphilitiques.

M. GERNEZ cite un cas d'ulcère énorme et confirme que la sympathectomie donne d'excellents résultats.

M. ALGLAVE, tout en reconnaissant l'origine syphilitique fréquente des ulcères de jambe, fait observer qu'il y a bien des ulcères ayant pour point de départ une varice, et qu'il faut enlever la veine, siège de cette varice.

M. MOURE admet bien qu'il existe un grand nombre d'ulcères variqueux d'origine syphilitique, mais ils ne guérissent pas tous par le traitement spécifique, et il faut alors intervenir. Quoi qu'il en soit, même dans les cas où on recourt à la sympathectomie, M. Moure fait prendre du sirop de Gibert à tous ses malades.

M. LERICHE n'a pas voulu parler des vrais ulcères variqueux. M. Fabre (de Lyon), sur 37 ulcères variqueux, a constaté 35 fois l'origine syphilitique. Dans les cas de M. Leriche il s'agit d'ulcères traumatiques, de brûlures, etc.

Greffes ostéo-périostiques pour corriger des pseudarthroses du maxillaire inférieur, suites de blessures de guerre. — M. ROUVILLOIS présente trois opérés chez lesquels le résultat anatomique et le résultat fonctionnel sont parfaits.

Cette présentation nous vaut quelques réflexions très instructives de M. Sébileau. Il résulte de sa vaste expérience qu'autant les greffes ostéo-périostiques donnent de bons résultats pour les réparations de blessures de guerre, autant elles donnent de constants insuccès dans les cas de fractures d'origine pathologique.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(SÉANCE D'AVRIL 1926).

Sténose hypertrophique du pylore. — MM. J. RAYBAUD et J. VIGNOLI présentent la pièce anatomique d'un nourrisson de quarante-neuf jours opéré trop tard : plus de 36 p. 100 de perte du poids de naissance. Ils insistent sur le diagnostic de l'affection, la nécessité d'une intervention avant que le sujet ait perdu 20 p. 100 de son poids; ils signalent les accidents

d'hyperthermie post-opératoire fréquents chez les nourrissons opérés et proposent une nouvelle technique opératoire afin d'éviter à coup sûr la blessure de la muqueuse duodénale au moment de la section inférieure de la tumeur dans la pylorotomie longitudinale extramuqueuse, procédé employé.

Etude d'une iridodyalise traumatique. — M. Jean SEDAN rapporte un cas datant de quatre ans de désinsertion de la moitié interne de l'iris par coup de poing. Conservation d'une acuité de 1/10 avec gêne intense, éblouissement et diplopie monoculaire. Atrophie musculaire de l'iris. Cependant au bout de quatre ans l'auteur tente des instillations de pilocarpine qui par contraction de l'iris, déterminent l'élargissement de la dyalise avec occlusion presque complète et temporaire de l'ancienne pupille rejetée en dehors. Diminution notable de l'éblouissement. Acuité utilisable de 5/10. Les instillations sont depuis quotidiennes à la satisfaction de la malade.

Réfection du fourreau de la verge. — MM. CHAUVIN et LAHAYVILLE.

Carcinose hépato-pancréatique avec métastase pulmonaire chez une femme de vingt ans. — MM. DE LUNA et Félix TRABUC rapportent une observation intéressante par le jeune âge de la malade qui a fait un volumineux cancer métastatique du foie à point de départ pancréatique avec métastase pulmonaire. L'évolution très rapide s'est manifestée par une anémie extrême avec grosse rate et gros foie sans aucun signe de néoplasie primitive et spécialement sans signe de localisation pancréatique. Le diagnostic clinique était en faveur d'une syphilis hépatique, étant donné un Bordet-Wassermann positif, jusqu'à l'insuccès du traitement spécifique.

Neuro-fibromatose de Recklinghausen. — MM. ROTTENSTEIN et Paul VIGNE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 17 AU 22 MAI 1926)

THESES

Lundi 17 mai. — Jury : MM. M. Labbé, président; Ménétrier, Fiessinger et Abrami. — M. VASSEUR (A.). L'hérédité cancéreuse chez les Bonaparte. — M. TORTAT (J.). Métamorphose adipeuse de la glande surrénale.

Mardi 18 mai. — Jury : MM. Nobécourt, président; Sergent, Baudouin et Lian. — M. MONDET (G.). De l'étiologie de la scarlatine. — M. NOUVION (H.). Capacité vitale et force respiratoire y a-t-il en automatisme pulmonaire? — M. MACKIEWIEZ. Etude de l'adénopathie tuberculeuse de l'adulte.

Jeudi 20 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lejars, président; Rathery, Sicard, Coquot, Robin, Panisset et Nicolas. — M. EISENMENGER. Traumatismes de l'appareil locomoteur chez le cheval. — M. TAILLANDIER. Traitement de la paraplégie chez le chien. — M. FOXONET. Emploi de l'injection dans le traitement de quelques affections du chien.

Vendredi 21 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Ombrédanne, Maignon, Barrier, Coquot et Bourdelle. — M. MANGIN. Etude sur la fatigue des membres dans le galop. — M. BÉDEL. De la fibrochondrite du cheval.

Samedi 22 mai. — Jury : MM. Brumpt, président; J.-L. Faure, Carnot et Claude. — M. POUCHET. Du traitement de l'ulcère du duodénum. — Mlle MICHEL (M.). L'ankylostomose aux Antilles françaises. — M. JACQUEMAIRE. Les occlusions intestinales au cours des kystes de l'ovaire. — Mlle SERIN (S.). Etude sur la paralysie générale.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES INTESTINALES

DÉFINITION. — Ce sont des hémorragies qui se font à la surface de la muqueuse intestinale entre le duodénum et l'anus.

On les rencontre au cours d'affections très diverses. L'allure clinique, l'évolution et le pronostic de ces hémorragies est donc des plus variables.

I. **Etude clinique.** — **Début.** — L'hémorragie intestinale peut survenir chez un sujet en pleine santé apparente qui, pris d'un besoin pressant d'aller à la selle, rend une quantité de sang d'abondance variable.

Dans d'autres cas, c'est chez un malade au cours d'une affection dûment diagnostiquée que se produit l'hémorragie.

On peut distinguer *trois grands types* d'hémorragies intestinales; nous les étudierons successivement.

1° Les hémorragies de sang rouge. — a. *Lorsqu'elles sont très abondantes*, elles sont ordinairement précédées de cuisson vive dans le fondement, de ballonnement du ventre avec sensation de distension, de coliques.

Le sang est *pur*, *rutilant* ou *rouge foncé*, les matières fécales sont rares, rougies par le sang.

Ces hémorragies s'accompagnent d'état syncopal, d'éblouissements, de tintements d'oreilles, d'affaiblissement du pouls.

Il faut, du reste, savoir que tout peut se borner à des signes d'hémorragie interne, que le malade peut perdre entièrement connaissance et que la mort peut survenir avant que l'hémorragie se soit produite au dehors.

b. *Lorsqu'elles sont peu abondantes*, les signes généraux manquent. Il s'agit :

Soit de quelques cuillerées de sang rouge vif, accompagnant les selles, ou apparaissant en dehors des évacuations;

Soit de simples traînées sanglantes dans les selles;

Soit encore de selles sanguinolentes accompagnées de muco-membranes.

2° Hémorragies de sang noir. — a. *Liquides*. — Elles peuvent s'accompagner de signes généraux assez marqués; le sang tire sa couleur de son séjour plus ou moins prolongé dans l'intestin.

b. *Solides*. — Elles ne s'accompagnent d'aucuns signes généraux. Il s'agit de matières noires.

En règle générale, les hémorragies de sang rouge sont des hémorragies terminales, les hémorragies de sang noir des hémorragies proximales.

3° Hémorragies occultes. — Elles sont un gros appoint pour le diagnostic de certaines affections, en particulier quand il existe de l'amaigrissement, des douleurs gastriques vives ou un syndrome abdominal mal déterminé.

Cette recherche sera faite au moyen des classiques réactions de *Meyer et Weber*, le malade étant préalablement mis au régime lacté pendant deux jours. (S'il s'agit de la réaction de Meyer il suffit de donner le régime habituel à l'exclusion de la viande).

Ces réactions seront faites pendant plusieurs jours de suite; constamment positives elles ont une grosse valeur diagnostique.

II. **Évolution et pronostic.** — Dépendent :

1° De l'**abondance** et de la **répétition** des hémorragies.

Après une hémorragie abondante le malade accuse un état de faiblesse extrême et présente les signes d'une anémie intense.

L'hémorragie peut se reproduire, devenir de plus en plus abondante et se terminer par la mort, ou diminuer d'intensité et se terminer par la guérison.

2° Mais il n'y a *aucune règle* à ce sujet, et en fait l'évolution et le pronostic d'une hémorragie intestinale dépendent avant tout de la *cause*.

III. **Diagnostic différentiel.** — En général facile quand les selles ont été gardées et peuvent être soumises à l'examen, mais il peut être difficile dans le cas contraire.

Le diagnostic est le plus souvent évident quand il s'agit de sang rouge; quand il s'agit de selles noires, il faudra se rappeler que celles-ci peuvent être produites par l'absorption de bismuth, rhubarbe, ratanhia, préparations ferrugineuses, et dans les cas douteux avoir recours aux réactions de Weber et Meyer déjà citées, et à l'examen microscopique qui montrera des globules sanguins plus ou moins altérés.

Enfin, une dernière question se posera. Le sang vient-il bien de l'intestin? N'a-t-il pas une origine gastrique?

La coexistence d'hématémèse et de mælena, bien que relativement fréquente dans l'ulcus duodénal, sera un signe important en faveur de l'origine gastrique. En outre, il faudra tenir compte des vomissements, douleurs et autres symptômes gastriques accompagnant le mælena; du chimisme et de la radioscopie qui, pratiquées dès que possible, mettront sur la voie et empêcheront le diagnostic de s'égarer.

IV. **Diagnostic étiologique.** — C'est le plus important, mais souvent le plus difficile. En règle générale, devant une hémorragie intestinale comme devant une hématémèse ou une hémoptysie, on s'abstiendra de toutes manœuvres; on se contentera d'un traitement symptomatique et on ne pratiquera pas l'examen du malade avant plusieurs jours.

C'est en se basant sur l'*examen clinique* du malade, sur son *âge*, ses *antécédents*, sur les renseignements que fournissent la *radioscopie*, la *rectoscopie* et l'*examen microscopique des selles* souvent nécessaires, que l'on arrivera au diagnostic étiologique.

Nous envisagerons successivement le diagnostic chez l'adulte et chez l'enfant.

I. Diagnostic des hémorragies intestinales chez l'adulte. — A. *Hémorragies intestinales de causes évidentes.* — Dans certains cas l'hémorragie intestinale est facilement rapportée à sa cause, le *diagnostic est évident*.

Il en est ainsi pour les hémorragies intestinales se produisant au cours d'*affections chirurgicales*; ingestion de corps étrangers, plaies pénétrantes ou contusions de l'abdomen.

Dans le *domaine médical* on verra survenir des hémorragies intestinales dans les tableaux graves des intoxications phosphorée, arsénicale, ou d'une intoxication endogène comme l'urémie. Les endocardites infectieuses, l'asystolie, l'hypertension artérielle peuvent également être redevables d'un certain nombre d'hémorragies intestinales.

Celles-ci constitueront des épiphénomènes *au cours des maladies du sang*, telles que purpura, leucémie, hémophilie, scorbut.

Enfin, elles aggraveront souvent le tableau clinique des *maladies infectieuses* telles que variole, spirochétose ictéro-hémorragique, fièvre jaune, scarlatine, paludisme, typhus exanthématique, choléra.

Au cours de l'*ictère grave*, elles surviennent au milieu de signes nerveux et coexistent fréquemment avec d'autres hémorragies, en particulier hématémèses, hématuries.

Pendant l'évolution de la *fièvre typhoïde* elles se présentent sous deux types cliniques assez différents; dans l'ensemble leur fréquence ne dépasserait pas 5 p. 100.

Précoces, à part les cas où elles relèvent d'un processus général hémorragique et annoncent une forme hémorragique grave de la fièvre typhoïde, elles résultent le plus souvent d'un phénomène d'hyperhémie, se limitent à quelques stries sanglantes dans les selles et n'aggravent pas le pronostic.

Tardives. — Elles surviennent principalement entre le deuxième et le troisième septénaire et sont dues, soit à l'exagération du processus ulcératif, soit à la chute d'une escarre.

Leur apparition est favorisée par des médications intempestives, purgations, lavements, par des écarts de régime, mais souvent aussi elles constituent une évolution naturelle de l'affection.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE SAMEDI 19 JUIN 1926

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, à l'adjudication sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits chimiques pour laboratoires et matières colorantes* nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant le deuxième semestre 1926.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi, et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 8 juin 1926.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Services automobiles P.-L.-M. de Marseille à Menton. — La Cie P.-L.-M. continuera à mettre en circulation, jusqu'au 30 septembre, le service d'autocars entre Marseille et Nice. A ce service seront affectés des cars rapides à 14 places, effectuant le parcours dans la même journée, par Toulon, Hyères, la Côte des Maures, l'Estérel et Cannes. En outre, des excursions périodiques, au départ de Marseille, permettront, tout l'été, de visiter ses environs : la Sainte-Baume, les Martigues et l'Etang de Berre. De même, les services automobiles d'excursions au départ de Nice continueront à fonctionner jusqu'au 30 sept.

N° 41. - SAMEDI 22 MAI 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 22 MAI 1926. — N° 41.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2* : 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Souques et P. Duval, qui acceptent; Armand-Delille, Bruhl, Louste, Michel, Caussade, Apert, Villaret, René Marie, Garnier, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bourgeois, Baldenweck, Sorrel, Weil (Emile), Hautant, Sébileau, qui acceptent; Le Mée, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux sera ouvert le mardi 8 juin 1926, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du lundi 17 au mercredi 26 mai 1926 inclusivement.

— Concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes. — La première épreuve écrite du concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1926-1927) et la nomination aux places d'élève interne en médecine, vacantes le 5 janvier 1927, aura lieu le mercredi 28 juillet 1926, à 9 heures.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le jeudi 1er juillet jusqu'au samedi 17 juillet inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. — Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

— Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Vigneron, Defrène, Lange, Touglet, Mlle Vincent, MM. Martinet, Gros, Desgrez, Colmin, Mlle Saint-Paul, MM. Perrin, Janot, Drilhon, Kayser, Deschaseaux, Trouillet, Lefèvre, Mlles Calba, Bourliaud, MM. Mathivat, Vanière, Mlle Leque, M. Rey, Mlle Michel, MM. Blaise, Batier, Jeunet, Barrat, Jean, Badreau, Mlle Lécuyer, MM. Cuzin, Peignoux, Brisset, Bizet, Hocquemiller, Lacroix, Mlle Parturier, MM. Camus, Fortunati, Séjourné (Max), Chaloux, Tinette, Besnier, Beaugeard.

Concours d'agrégation. — Médecine. — Sont proposés :

Paris. — MM. Chabrol, Pasteur-Vallery-Radot, Weill (M.-P.), Hutinel, Guy Laroche, Moreau, Feuillié, Bénard (René), Donzelot, Renaud, Weissenbach, Bénard (Henri), Cathala, Haguenau, Paraf, Chevallier, Tzanck, Bordet.
Alger. — M. Lebon.
Aix. — M. Piéri.
Bordeaux. — MM. Damade, Piéchaud, Aubertin.
Lille. — MM. Auguste, Legrand, Gernez, Nayrac.
Lyon. — MM. Dumas, Gaté, Langeron, Dufour, Devic, Gardère, Barbier, Bernheim, Dechaume, Bertoye, Morenas.
Montpellier. — MM. Boulet, Pagès, Puech.
Nancy. — M. Simonin.
Strasbourg. — M. Hanus.
Toulouse. — MM. Riser, Roques.

Chirurgie générale. — Sont proposés :
Paris. — MM. Brocq, Gatellier, de Gaudart d'Allaines, Leveuf, Moulonguet, Quénu.
Alger. — MM. Duboucher, Ferrari, Moggi.

Bordeaux. — MM. Bardon, Charbonnel, Charrier, Chenut, Loubat.
Lille. — M. Swynghedauw.
Lyon. — MM. Bonniot, Perrin, Pollosson, Richer, Rocher, Wertheimer.
Montpellier. — MM. Aimes, Roux, Mourgue.
Strasbourg. — M. Weiss.
Toulouse. — M. Lefebvre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Ecole de malariologie.* — Sous la direction de M. le professeur Brumpt, un enseignement spécial de la malariologie sera donné à la Faculté de médecine de Paris, du 1er au 5 juillet, en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

Concours de l'adjuvat. — Jury : MM. Lejars, président; Lecène, Ombrédanne, Rouvière et Binet.
Candidats : MM. Merle d'Aubigné, Blondin (Marcel), Leydet, Huard, Dessaint, Ménégaux, Lapeyre, Le Chaux, Theillier, Galtier, Coudert, Redon, Iselin, Lecœur, Garnier, Leibovici, Banzet, Cohen, Sauvage, Jubé, Blondin.

Composition écrite. — Séance du 19 mai. — MM. Ménégaux, 26; Leydet, 25; Huard, 24; Merle d'Aubigné et Marcel Blondin, 23; Le Chaux, 21.

Concours du prosectorat. — Jury : MM. Roger, président; Nicolas, Cunéo, Gosset, P. Duval, J.-L. Faure, Sébileau.
Candidats : MM. Chastang, Gueullette, Thalheimer, Seillé, Bernard, Gérard Marchant, Ameline, Raiga, Meillère, Lemarié, Chevallier, Chabrut, Fèvre, Gaume.

JUBILÉ CHARLES RICHET. — Le Jubilé Charles Richet sera célébré le samedi 22 mai 1926, à 17 heures précises, à l'Académie de médecine, sous la présidence de M. Paul Painlevé.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Sont promus :
Au grade de médecin inspecteur. — MM. les médecins principaux de 1re classe Rouvillois, en remplacement de M. le médecin inspecteur Merlat, placé dans la section de réserve; et Rieux, en remplacement de M. le médecin inspecteur Cultin, placé dans la section de réserve.

— Mutations :
M. le médecin inspecteur Rouvillois est nommé directeur du Service de santé de la 10e région, à Rennes.
M. le médecin inspecteur Rieux est nommé directeur du Service de santé de la 13e région, à Clermont-Ferrand, en remplacement de M. le médecin principal de 1re classe Chavigny, appelé à un autre emploi.
M. le médecin principal de 1re classe Saint-Paul, directeur du Service de santé du 30e corps d'armée, est nommé directeur du Service de santé de la 20e région, à Nancy.
M. le médecin principal de 1re classe Chavigny, directeur du Service de santé de la 13e région, est nommé directeur du Service de santé de la 6e région, à Metz.
M. le médecin principal de 1re classe Poullain est nommé directeur du Service de santé de la 8e région, à Bourges, en remplacement de M. le médecin principal de 1re classe Bar, appelé à un autre emploi.

— TROUPES COLONIALES. — M. le médecin inspecteur des troupes coloniales Condé est nommé directeur du Service de santé et inspecteur des services sanitaires de l'Afrique équatoriale française, à Brazzaville, en remplacement de M. le médecin inspecteur Boye.

JOURNÉE MÉDICALE THERMALE DE CLERMONT CONSACRÉE AUX STATIONS HYDROMINÉRALES DU CENTRE DE LA FRANCE, organisée par le *Centre médical*, sous la présidence du professeur Castaigne, avec le patronage de l'Ecole de médecine et du Corps médical des hôpitaux de Clermont, le dimanche 6 juin 1926.

PROGRAMME. — *Séance du matin.* — Discours d'ouverture.
I. Rapport du professeur Billard : « Sur les propriétés biologiques des eaux minérales de la région du Centre. »
II. Rapport du professeur Carnot : « Sur le traitement hydrominéral des maladies du tube digestif et du foie par les eaux minérales de la région du Centre. »
Séance du soir. — III. Rapport du professeur Rathery : « Sur le traitement hydrominéral des maladies dyscrasiques (diabète et rhumatisme) par les eaux minérales de la région du Centre. »
IV. Rapport du professeur Pic : « Sur le traitement hydrominéral des maladies du cœur, des artères et des reins par les eaux minérales de la région du Centre. »
V. Rapport du professeur Serr : « Sur le traitement hydrominéral des maladies des voies respiratoires par les eaux minérales de la région du Centre. » — (A. P. M. F.)

HÔPITAL SAINTE-ISABELLE. (Fondation Edouard Martinez de Hoz, 24, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine.) — *Consultations, traitement et appareillages gratuits des impotents.* (Médecin en chef : docteur Gabriel BIDOU.) — L'hôpital Sainte-Isabelle reçoit tous les malades impotents, indigents, en vue de leur « récupération fonctionnelle ». Les consultations, traitements et appareillages jugés nécessaires, ainsi que l'hospitalisation, sont absolument gratuits.
Les consultations ont lieu trois fois par semaine les mardi, jeudi et samedi, à 9 heures.
— Le 25 mai, à 5 heures, M. le professeur Guillain fera, à l'hôpital Sainte-Isabelle, une conférence sur la poliomyélite et son traitement.

LES MÉDECINS CHAMPENOIS. — Le premier dîner du groupement amical des médecins de la Champagne vient d'avoir lieu le samedi 8 mai au restaurant des Centraux. Autour de M. le professeur agrégé Lardennois et de M. le docteur Weissenbach, médecin des hôpitaux, étaient assis les docteurs Lambert, Husson, L.-Jh. Colanéri, Villetard de Laguerrie, Truelle, Monsseaux, Legrand, Froussard, Blamoutier, Huet, Arsac, Pascalis, Castille, Mignon, Dresch.
Le menu était composé de plats champenois, et naturellement le champagne seul fut admis.
Le docteur L.-Jh. Colanéri excusa son frère le docteur X. Colanéri retenu par un accident d'automobile et remercia en son nom les aimables compatriotes venus se grouper à son appel, particulièrement ceux de l'Aube et de la Haute-Marne.
Le docteur Villetard de Laguerrie parla des absents excusés, parmi lesquels MM. les docteurs Milian, Pinard, Huguier, de l'organisation de ce groupement qui s'avère comme très important. Il comprendra les médecins parisiens ou de la banlieue originaires de l'Aube, la Haute-Marne, Ardennes, Marne, et des confins de ces départements (Tierache Barrois) qui englobait la Champagne historique.
Pour tous renseignements s'adresser au docteur Villetard de Laguerrie, 11, rue du Lac à Saint-Mandé (banlieue) ou au docteur X. Colanéri, 61 *bis* boulevard Beauséjour, Paris (16e).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lapeyre (de Nîmes), Gustave Vanderzypen (d'Anvers), Jean de Wée (de Bruxelles).

RENSEIGNEMENTS

Traitement de la maladie de Fauchard par la prothèse de contention, par le docteur Maurice HUGUENET. — Paris, Editions de la *Semaine dentaire*, 12, rue du Hanovre.

REVUE GÉNÉRALE

LA TUBERCULOSE DU PREMIER AGE[1]

Par le docteur JEAN RATHELOT,
Ancien interne des hôpitaux de Marseille.

II. **Formes généralisées granuliques.** — On en décrit de chroniques et d'aiguës.

A. GRANULIES CHRONIQUES. — Elles supposent une libération dans le sang circulant de petites quantités de bacilles émanés des ganglions trachéo-bronchiques. Ces décharges atténuées vont se fixer quelque part dans la circulation périphérique, et de cette fixation résulteront deux variétés cliniques de granulie chronique.

1° *Granulie localisée chronique.* — La décharge bacillaire peut se fixer électivement sur un organe et créer une métastase évoluant pour son propre compte. Le sujet est dès lors porteur d'une double lésion: l'une dans les ganglions trachéo-bronchiques, le plus souvent latente, l'autre périphérique ou viscérale, évolutive. Cette dernière constitue alors la seule manifestation apparente de la tuberculose (mal de Pott, tumeur blanche, ostéite, orchite, etc.). C'est la granulie localisée chronique. Les métastases bacillaires réalisant la tuberculose tertiaire sont exceptionnelles chez l'enfant du premier âge.

On peut rencontrer cependant quelques *manifestations cutanées* se présentant sous des formes diverses :

Les tuberculides papulo-squameuses ou papulo-nécrotiques sont de petites saillies de la dimension d'une tête d'épingle, plus ou moins groupées, rosées ou bleuâtres, portant en leur centre une petite squame ou une petite ulcération nécrotique à évolution torpide.

L'eczéma du nourrisson sur lequel Boutelier a insisté récemment, est vraisemblablement un syndrome composite dans lequel troubles nutritifs, tuberculose et syphilis jouent un rôle plus ou moins important. La tuberculose est encore la moins certaine.

Les gommes sous-cutanées sont des petites collections froides qu'il ne faut pas confondre avec les abcès sous-cutanés multiples d'origine banale et fréquents chez les nourrissons.

On peut rencontrer encore certaines *manifestations méningées* telles que paralysie du moteur oculaire externe, cécité, surdimutité ou syndrome d'hypertension intracranienne, consécutives à un tubercule ou à une gomme siégeant à la base du cerveau. Le diagnostic en est difficile avec les mêmes affections consécutives à une plaque de méningite syphilitique.

Ces diverses manifestations cutanées ou méningées sont certainement avec la tuberculose des ganglions mésentériques et la tuberculose péritonéale, les plus fréquentes de toutes les tuberculoses localisées extrapulmonaires du jeune âge. Mais il n'est pas prouvé qu'elles soient toujours consécutives à des métastases bacillaires. Les tuberculides cutanées peuvent être des manifestations primitives. L'eczéma des nourrissons est le plus souvent étranger à la tuberculose. Les tubercules méningés peuvent être une contamination directe d'origine naso-pharyngée.

Ainsi s'explique leur fréquence relative, et l'on peut maintenir en principe que la *granulie localisée chronique est exceptionnelle dans la première enfance.*

2° *Granulie chronique généralisée.* — La décharge bacillaire peut aussi se répartir indifféremment dans tous les capillaires, et partout où s'arrêtera un bacille, un tubercule se formera. C'est la granulie chronique généralisée. A l'inverse de la précédente, elle est particulièrement fréquente chez le nourrisson et ne se rencontre pas au delà de deux ans.

Elle dénote soit un terrain particulièrement résistant (l'immunité peut être congénitale pour certains auteurs), soit une virulence atténuée des bacilles, soit une quantité circulante très faible.

Les *signes cliniques* ne sont que la répétition de ce que nous avons décrit au chapitre de séméiologie générale. Leurs caractères essentiels se résument en un mot : hypotrophie progressive qui en elle-même n'est pas caractéristique de tuberculose, mais prend ce caractère spécifique lorsqu'elle s'accompagne de cuti-réaction positive. Legroux a insisté sur la polymicroadénie généralisée. Elle n'est que la conséquence de la bacillémie, une partie des bacilles étant repris par la circulation lymphatique et arrêtés dans les ganglions.

L'*évolution* est variable (de un mois à un an) et généralement fatale. Marfan aurait observé quelques cas de guérison.

La mort survient par consomption lente et progressive; le visage devient atone, et l'enfant s'éteint sans douleur, sans cri, sans qu'aucun organe paraisse cliniquement altéré. C'est l'athrepsie tuberculeuse.

A l'*autopsie* on trouve en dehors du chancre d'inoculation d'aspect déjà ancien des nodules plus récents intra-parenchymateux. On trouve aussi quelques granulations miliaires peu nombreuses, dans les poumons et les différents viscères.

B. GRANULIES AIGUES. — La granulie aiguë peut-être primitive ou secondaire.

Primitive, elle apparaît comme fièvre de première infection; le type en est celle qui se développe dans les quatre premiers mois de la vie et qui est due suivant la théorie de Moll à une transmission de la granulie maternelle à travers une lésion placentaire. La granulie précoce est la véritable tuberculose congénitale. Elle est exceptionnelle.

Secondaire, elle apparaît soit en terminaison d'une affection aiguë tuberculeuse (pneumonie ou broncho-pneumonie) soit après une période latente de fléchissement de l'état général pendant laquelle s'était développée une tuberculose chronique ganglio-pulmonaire.

Primitive ou secondaire, la granulie possède le même TABLEAU CLINIQUE alarmant auquel parents et médecins assistent impuissants jusqu'à l'issue fatale.

Le *début* est insidieux. L'enfant progressivement devient chagrin. Il refuse les aliments, perd du poids. Puis il pâlit, fait quelques crises diarrhéiques, devient somnolent, abattu ou agité. Les pupilles se dilatent.

Lorsqu'on songe à prendre la température, l'affection évolue parfois depuis une quinzaine de jours. La température oscille autour de 39 degrés, parfois plus, parfois moins. La courbe thermique peut être continue simulant une fièvre typhoïde, mais en général elle est irrégulière. Les oscillations journalières atteignent facilement un degré. Cette instabilité thermique est, nous l'avons vu, caractéristique

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 39, p. 629.

de l'infection tuberculeuse, plus encore que la valeur de l'hyperthermie.

Puis l'évolution se précipite. Des signes pulmonaires apparaissent. Ce sont quelques râles ronflants et sibilants, et plus souvent des râles bulleux fins disséminés.

Les troubles digestifs s'accentuent : diarrhée, ventre ballonné, crépitation amidonnée de l'abdomen, gros foie, grosse rate.

Les urines deviennent albumineuses.

Des signes méningés se montrent avec plus ou moins de netteté (somnolence, vomissements, Kernig) que la ponction lombaire vient ratifier en révélant sinon des bacilles de Koch que l'on trouve très rarement, au moins une lymphocytose très abondante avec hyperalbuminose.

La *période terminale* est de courte durée. L'état général décline à vue d'œil et le petit malade meurt dans le marasme.

Tel est le tableau classique de la granulie aiguë, celle que Debré et Laplane ont décrit sous le nom de tuberculose de primo-infection. Mais du fait que la totalité des viscères sont touchés, on comprend la multiplicité possible des FORMES CLINIQUES.

1° *La forme pulmonaire* est la plus fréquente des granulies. Dans toutes les formes de granulies d'ailleurs, on peut toujours trouver une prédilection marquée des lésions anatomiques pour le parenchyme pulmonaire. Cela tient d'une part à l'intensité de la circulation pulmonaire et d'autre part aux réinfections à point de départ pulmonaire ; en effet les bacilles émanés d'une lésion pulmonaire sont déversés dans le cœur droit soit par la voie lymphatique, soit par la voie sanguine (veines bronchiques), et de là ils font retour sur le poumon où ils créent de nouvelles lésions.

La forme pulmonaire se signale par l'importance de la dyspnée qui lui a valu le nom de *forme asphyxique*. L'abondance des râles muqueux fait penser à de la bronchite capillaire. Le traitement d'ailleurs ainsi que le pronostic en diffère peu.

2° Dans la *forme typhoïde*, on sera trompé par l'abattement du malade et la régularité de la température. Cependant un certain nombre de signes en dehors de la tuberculine et la réaction de Widal permettent d'établir le diagnostic ; c'est la rapidité du pouls, la langue moins sèche, l'hostilité du petit malade, l'absence de taches rosées, mais aucun de ces signes n'est caractéristique.

3° On a décrit une *forme atténuée* qui correspond à la typho-bacillose de Landouzy. Elle paraît réservée à la deuxième enfance.

4° La *forme digestive* ou *abdominale* se caractérise par le ballonnement du ventre, les selles glaireuses. Le diagnostic en est à faire avec la gastro-entérite et le choléra infantile.

5° La *forme méningée* est très fréquente. Rares sont les granulies qui ne se terminent pas par une localisation méningée. Nous dirons même : rares sont les méningites tuberculeuses qui ne sont pas consécutives à une granulie. La fréquence des contaminations directes par tuberculose du naso-pharynx n'est pas à comparer.

Le tableau clinique en est connu ainsi que le syndrome liquidien.

Le diagnostic en est à faire avec les autres méningites, mais dans les méningites aiguës le tableau clinique est plus dramatique, la température plus élevée et le liquide céphalo-rachidien contient des polynucléaires.

Dans les méningites syphilitiques, on note la même évolution vers le cachexie, le même syndrome liquidien, avec en plus la positivité de la réaction de Wassermann. Il existe en outre des dystrophies qui signent l'hérédité spécifique. Le véritable diagnostic différentiel se fait d'ailleurs surtout par le traitement d'épreuve.

Telles sont assez brièvement exposées, les différentes formes cliniques que peut revêtir la tuberculose au cours du premier âge. Si nous les résumons en un tableau d'ensemble, nous aurons :

I. Formes localisées pulmonaires. — *A.* FORMES CHRONIQUES. — *Tuberculose discrète* ou *ganglio-pulmonaire* :

— forme ganglionnaire ou tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques,
— forme pulmonaire ou tuberculose ulcéreuse chronique des poumons,
— forme floride de Debré et Joannon.

B. FORMES AIGUES. — 1° *Formes paratuberculeuses* :

— bronchite à répétition,
— poussées congestives transitoires,
— spléno-pneumonie de Grancher,
— broncho-pneumonie aiguë.

2° *Pneumonies et broncho-pneumonies tuberculeuses* ;

3° *Formes pleurales :*

— pleurésie sèche, séro-fibrineuse, purulente,
— pneumothorax spontané.

II. Formes généralisées granuliques. — *A.* GRANULIES CHRONIQUES. — 1° *Granulies chroniques localisées* :

— formes cutanées (tuberculides, eczéma, gommes sous-cutanées).
— formes méningées (paralysie droit externe, cécité, surdi-mutité, syndrome d'hypertension intracranienne...),
— formes diverses ostéo-articulaires ou viscérales.

2° *Granulie chronique généralisée.*

B. GRANULIES AIGUËS :

— forme pulmonaire ou asphyxique,
— forme typhoïde,
— forme atténuée,
— forme abdominale ou digestive,
— forme méningée.

Pronostic. — La tuberculose du jeune âge est d'un pronostic toujours très grave immédiatement et réservé pour l'avenir. Lemaire estime à 24 p. 100 des cas déclarés (cas à cuti-réaction positive), le chiffre de la *mortalité globale* au cours des deux premières années, soit un enfant sur quatre. Si l'on songe que les trois survivants ne sont pas pour cela guéris, mais qu'ils peuvent mourir dans un temps plus ou moins rapproché après la limite d'âge de la statistique, on se rend compte de l'insuffisance de ces chiffres.

La mortalité globale varie suivant l'*âge de la contamination*. Elle est de 57 p. 100 dans les tuberculoses de la première année. Elle tombe à 1,66 p. 100

dans les tuberculoses de la deuxième année (1). Cette tendance favorable se poursuit dans les années qui suivent, et c'est une circonstance fort heureuse étant donné la généralisation rapide des contaminations. La gravité des tuberculoses précoces est expliquée par la tendance à la généralisation granulique.

Le *mode de contagion* a son importance. Les contagions familiales sont les plus fréquentes et les plus meurtrières : 95 p. 100 des décès pour tuberculose sont dus à des contagions familiales. De même, alors que les contagions accidentelles ne fournissent que 5 décès, 12, sur 100 cas de tuberculose, les contagions familiales donnent une mortalité moyenne de 28,3 p. 100.

Ces chiffres démontrent la fréquence des contaminations massives dans les contagions familiales.

Le rôle bienfaisant de la *séparation précoce* d'avec le milieu contaminé est également démontré par des chiffres : 4,47 p. 100 des cas de décès dans les cas où il y a eu séparation; 63,63 p. 100 dans les cas où il n'y a pas eu séparation.

Le *rôle de l'alimentation* n'est pas démontré d'après Lemaire.

La mortalité change enfin suivant les *formes cliniques* :

Formes ganglio-pulmonaires 48 p. 100.

Formes à adénopathie trachéo-bronchique prédominante 22,22 p. 100.

Forme granulique 100 p. 100.

La forme floride et les formes à localisation périphérique (abcès froid, tuberculides cutanées, ostéites...) n'ont pas donné de mortalité dans les statistiques de Lemaire auxquelles tous les chiffres qui précèdent ont été empruntés.

Prophylaxie. — *A.* **Œuvres de prophylaxie.** — Depuis quelques années la lutte antituberculeuse est menée avec méthode, et déjà bon nombre de résultats ont été enregistrés. Œuvre Grancher, Centres d'élevage, Placement familial des tout petits, Sanatoria, Preventoria, Dispensaires antituberculeux, Mission Rockfeller... (pour ne citer que les œuvres les plus importantes) mènent le combat chacune dans leur secteur et les résultats atteints permettent d'espérer bien davantage encore par la multiplication de ces œuvres d'intérêt public et le perfectionnement de celles déjà créées.

L'*Œuvre Grancher* est réservée aux enfants de quatre à treize ans.

Les *Sanatoria* sont réservés aux adolescents et aux adultes.

Les *Preventoria* sont plus spécialement réservés à la seconde enfance et à l'adolescence. Un seul preventorium pour le premier âge avait été fondé à Sologne; il a dû fermer pour raisons autres que le défaut de clientèle.

Les *dispensaires antituberculeux* de quartiers et les *infirmières visiteuses* de la Mission Rockfeller ou Sociétés diverses travaillent à répandre les principes généraux d'hygiène. Ils s'adressent à tous les tuberculeux, adultes ou enfants. Mais instruisant les adultes tuberculeux, ils protègent indirectement l'enfant contre les contaminations massives.

Les principes communément répandus se résument à ceci : supprimer les occasions de contact entre l'enfant et les personnes malades, et pour cela : dormir dans deux chambres différentes, aérer les appartements, ne pas mélanger les objets de toilette ou de table, ne pas embrasser l'enfant, etc. Si la personne malade est la mère et si l'allaitement n'a pas été interrompu, conseiller à la mère de revêtir une blouse, de placer un linge devant sa bouche, et de donner le sein dans une pièce qui ne soit ni sa chambre ni celle de l'enfant.

Mais toutes ces mesures sont d'une exécution pénible pour le malade tenu à l'écart et difficiles dans leur exécution ponctuelle. Tôt ou tard la contamination sera faite. Lemaire a constaté d'ailleurs que la valeur prophylactique pour l'enfance des dispensaires antituberculeux était bien faible. Là en est certainement la raison.

Mieux vaut de beaucoup conseiller la séparation, malgré la grave atteinte portée à l'esprit de famille.

L'œuvre des *Centres d'élevage* que l'on pourrait dénommer plus élégamment : *Placement familial surveillé*, place les enfants reconnus sains dans des familles situées à proximité d'un centre de puériculture pourvu de médecins et d'infirmières visiteuses. La mère adoptive doit présenter son enfant tous les quinze jours à la consultation de nourrissons. En France la première fondation de ce genre est représentée par les Nids de Porchefontaine qui date de 1919. Depuis les centres se sont quelque peu multipliés : Mandres (Seine-et-Oise), Mainville-Draveil (Seine-et-Oise), Montfort-l'Amaury (Seine-et-Oise), Orgeval, Couture-les-Alluyts, Menestreau, mais ils sont encore insuffisants.

L' « *Œuvre du placement familial des tout petits* » fondée sous le patronage du professeur Léon Bernard, s'inspire de principes comparables à ceux des « centres d'élevage », mais amplifiés et complétés. Une consultation anténatale donne aux mères les premiers principes d'hygiène et les prépare à la séparation.

Une organisation post-natale recueille les enfants, les met en observation médicale pendant une quinzaine de jours, garde les malades dans un service hospitalier et place les enfants sains (ou malades de bacillose non évolutive) dans des familles rurales situées à proximité d'un centre de surveillance pourvu d'une consultation gratuite, biberonnerie, salle de bains et infirmerie.

Trois œuvres de ce genre seulement existent en France : Salbris (Loir-et-Cher), La Ferté-Saint-Aubin (Loiret), Argent (Cher).

Les résultats publiés par Léon Bernard en 1924 accusent une mortalité totale de 6,07 p. 100 chez des enfants de moins de un an. Ces chiffres sont intéressants à rapprocher de ceux publiés par différentes œuvres (25 p. 100 pour les dispensaires antituberculeux, 32,6 p. 100 pour l'Office d'hygiène social de la Seine). Nous ne parlons pas des statistiques hospitalières où les enfants entrent trop gravement contaminés.

Dans la région marseillaise, il existe à Saint-Joseph, une œuvre de Préservation de l'Enfance (*œuvre Paul Desbief*) filiale de l'œuvre Grancher. Malheureusement l'œuvre de la protection de la première enfance, filiale des « centres d'élevage » n'existe pas encore. Pour parer à cette déficience, la

(1) Les chiffres donnés par Marfan et Mme Mantoux sont moins favorables : 0 à 6 mois = 75 p. 100 de mortalité; 6 mois à 1 an = 54 p. 100; 12 à 18 mois = 40 p. 100; 18 à 24 mois = 28 p. 100. Il s'agit sans doute d'une différence de milieu.

Les chiffres donnés par Rudolf Oswald mettent bien en valeur l'échelle décroissante : 0 à 1 an = 86,49 p. 100 de mortalité ; 1 à 2 ans = 10,81 p. 100 ; 2 à 3 ans = 2,7 p. 100.

« *Pouponnière de la Protection maternelle* », sise à Saint-Joseph, réserve quelques lits aux bébés en danger de contamination, et malgré les inconvénients de l'élevage collectif, assure une prophylaxie efficace. Les enfants sont gardés de la naissance à deux ans.

« *L'Œuvre de l'Abri Maternel* », sise au boulevard Sakakini, accepte également de déroger au but de sa fondation, en recevant en nombre très restreint des enfants de deux à quatre ans. Elle assure ainsi la liaison entre la Pouponnière et l'Œuvre Desbief.

Malgré la suppléance organisée par ces deux entreprisés privées, il est indiscutable que la prophylaxie antituberculeuse du premier âge est insufisante dans la région marseillaise et que la question de la création d'un centre d'élevage reste entière.

B. **Vaccination antituberculeuse.** — Les œuvres jusqu'ici passées en revue, n'ont d'autre but que de protéger l'enfance contre la contamination spontanée par le bacille de Koch. Des essais scientifiques de vaccination ont été pratiqués dans le but d'inoculer à l'enfant sain un bacille atténué non pathogène qui lui confère une immunité dont l'acquisition n'est plus laissée au hasard.

Calmette et Guérin ont cultivé sur pomme de terre glycérinée incluse dans de la bile de bœuf, un bacille de Koch qui après de multiples repiquages devient inapte à tuberculiser les mammifères. Des vaccinations pratiquées sur cobayes, singes et génisses, autorisèrent des essais sur les enfants.

Un mémoire publié récemment dans les annales de l'Institut Pasteur communique les premiers résultats : 5.183 nouveau-nés exposés à la contagion familiale ont déjà été vaccinés : 1. 317 seulement ont pu être suivis jusqu'à six et huit mois. Sur ce nombre déjà important, la mortalité pour affections tuberculeuses n'a atteint 1,8 p. 100 pendant la première année, alors que le chiffre moyen sans vaccination est de 28 p. 100.

Il semble donc bien que le vaccin B. C. G., (bacille Calmette-Guérin) permet de sauvegarder au moins 93 p. 100 des enfants exposés à la contagion.

Dès maintenant il est à conseiller fortement dans les cas où l'enfant ne peut être isolé du milieu familial contaminé, et mérite d'entrer dans les mesures prophylactiques conseillées par les dispensaires antituberculeux.

Par la suite son emploi se généralisera à la totalité des enfants s'il est prouvé que son utilisation est entièrement dépourvue de danger.

La vaccination doit être faite avant toute possibilité de contamination, soit dans les dix premiers jours de la vie : trois ampoules d'une dose chacune à faire absorber par la bouche, à raison d'une dose tous les deux jours (1).

En résumé, en présence d'un enfant dont les parents ou les proches sont tuberculeux, les conseils de prophylaxie doivent tendre à obtenir la séparation de l'enfant.

Si celle-ci est impossible, recourir aux mesures d'hygiène dictées par les dispensaires antituberculeux, et toutes les fois que l'on sera dans les limites de temps, pratiquer la vaccination avec le B. C. G.

Si la séparation est possible deux cas sont à considérer.

Si la famille est aisée, l'enfant sera placé dans un milieu choisi et surveillé par les parents, ou encore, le ou les membres malades s'éloigneront et ne reviendront qu'après avoir bénéficié d'une cure dans un sanatorium.

Si la famille est pauvre, il faut diriger l'enfant sur les centres d'élevage ou œuvres similaires qui toutes demandent néanmoins aux familles une contribution aux frais d'élevage. Malheureusement ces œuvres sont encore peu nombreuses et la période d'attente que demande l'admission est souvent fatale à l'enfant.

Traitement. — *A*. **Thérapeutique générale.** — Les ressources de la thérapeutique, il faut le reconnaître, sont bien illusoires dès que le cas est un peu sérieux. Ici plus qu'ailleurs, le médecin ne guérit pas son malade, puisqu'il ne possède pas de procédé spécifique. Le malade lutte par ses propres moyens et le rôle du médecin se borne à lui fournir des éléments secondaires mais utiles dans la lutte.

Alimentation bien réglée, air et soleil sont en effet le fond de la thérapeutique dans tous les cas de tuberculose chronique.

L'alimentation doit être calquée sur la tolérance du tube digestif, mais autant que possible, toujours supérieure à la ration que comporte l'âge. Or la plupart des petits malades ont une anorexie complète et refusent toute nourriture. Il est important de lutter contre cette tendance en recourant si nécessaire au gavage par la soude œsophagienne.

Le lait de femme est de beaucoup l'aliment le mieux toléré. L'enfant peut être confié à une nourrice saine, celui-ci étant très peu contagieux puisqu'il n'expectore pas.

Les premières soupes peuvent être données entre cinq et six mois, suivant la tolérance. A un an, l'enfant fera cinq repas composés de potages au lait avec farines de céréales ou farines chocolatées (phosphatine, racahout...). On peut y adjoindre deux cuillerées à café de jus de viande.

A quinze mois donner un jaune d'œuf, mais en tout cela surveiller les accidents digestifs ou cutanés.

Pour la cure d'air et de soleil, point n'est besoin de séjour en montagne ou dans une station maritime. La cure peut être menée à moins de frais et sans grand déplacement. L'enfant doit dormir dans une chambre aérée. Certains établissements hospitaliers ou crèches sont munis d'un chauffage qui permet de laisser les fenêtres ouvertes jour et nuit et en toute saison. Dans la journée, l'enfant doit être sorti, faire une sieste en plein air, être exposé au soleil.

L'actinothérapie solaire a pu être remplacée par l'exposition aux rayons ultra-violets, mais avec des succès moindres.

Les bains de mer chauds ou à leur défaut les bains salés ont leur indication.

Le traitement médicamenteux se résume à peu de chose :

— teinture d'iode I à III gouttes par année dans un peu de lait,

— liqueur de Fowler I à II gouttes par année en surveillant l'action,

— carbonate de créosote, ou thiocol, 0,50 centigrammes par année d'âge,

— glycérophosphate de chaux. 0,20 à 0,30 centigrammes par jour,

— huile de foie de morue, une cuillerée à café de

(1) Pour se procurer le vaccin B. C. G., le demander télégraphiquement à l'Institut Pasteur au moment de l'accouchement. Son envoi est gratuit. Le vaccin ne se conserve pas.

six mois à un an; deux cuillerées à café de un an à deux ans (Marfan).

B. Indications particulières. — 1° Médications spécifiques. — Elles sont toutes des médications d'exception. Les diverses sérothérapies, les corps immunisants de Spengler ne sont pratiquement pas employés. Le sérum de Jousset s'emploie à raison de 1cc5 à 2 centimètres cubes par kilogramme de poids. Les injections sont à renouveler tous les quinze jours.

La *tuberculinothérapie* avait promis beaucoup. Faite suivant les indications de Jeanneret, elle a pu donner des résultats qualifiés parfois de brillants et indiscutables. Mais la technique très délicate et les dangers qu'elle comporte en interdisent l'usage dans la pratique courante, et la font réserver aux seuls spécialistes.

Certains auteurs sont même plus sévères encore à son égard : « Toutes les fois, dit Marfan, que j'ai essayé d'employer ce produit, même avec une extrême prudence, j'ai été obligé de cesser très rapidement; à moins d'administrer des doses infinitésimales à coup sûr inactives, on n'est jamais sûr de ne pas nuire au malade. »

2° Médication éthérée. — Elle est préconisée par Marfan sous forme d'injection d'huile éthérée (1) à doses croissantes.

A un enfant au-dessous de un an, on injecte 1 centimètre cube de la solution, tous les jours pendant trois jours, puis 1 centimètre cube et demi pendant les deux jours suivants, puis 2 centimètres cubes le sixième jour. On suspend quatre à cinq jours, et l'on recommence indéfiniment.

Cette thérapeutique a donné de bons résultats dans les mains de Marfan. « Elle atténue la fièvre, réveille l'appétit, stimule la croissance et améliore les signes locaux dans la forme ganglio-pulmonaire.

Une seule contre-indication : la dégénérescence graisseuse du foie qui se révèle par une hépatomégalie évidente avec anorexie et diarrhée.

3° Pneumothorax. — Le pneumothorax n'a été que rarement employé chez l'enfant du premier âge, à cause de la prédominance des lésions ganglionnaires sur lesquelles la collapsothérapie reste sans effet.

Cependant dans toutes les formes à prédominance pulmonaire de la tuberculose infantile (formes ulcéreuses, pneumoniques, broncho-pneumoniques, voire spléno-pneumoniques...) le pneumothorax trouve une de ses indications les plus précises, à cause d'une part de la gravité de l'évolution à cet âge, et d'autre part de l'absence d'adhérences qui en facilite l'exécution.

Les essais d'Armand-Delille portant sur des enfants de tout âge, y compris des nourrissons, sont des plus encourageants.

BIBLIOGRAPHIE

Des références mentionnées ci-dessous, la plupart concernent directement la tuberculose du premier âge. Un bon nombre cependant ont trait à des problèmes de l'infection tuberculeuse en général dont les applications intéressent la tuberculose du premier âge.

A cause de l'abondance des références que pourtant nous savons incomplètes, nous avons arrêté nos recherches bibliographiques à l'année 1920, exception faite pour quelques travaux marquants, de date plus ancienne.

Aine. Etude sur la tuberculose pulmonaire du premier âge, *Th. de Paris,* 1914.

Ameuille. Mécanisme de l'infection tuberculeuse et de la défense du poumon sain, *Soc. méd. des hôpit. de Paris,* 30 mai 1924.

Apert. Articles sur la tuberculose, in *Précis des maladies des enfants,* Paris 1920, p. 167-180 et 277-282, Baillière.

Arloing et Dufourt. Transmission par voie transplacentaire du virus tuberculeux filtrant d'origine humaine ; conceptions nouvelles de l'hérédité tuberculeuse, *Bull. de l'Acad. des sciences,* séance du 23 nov. 1925; — Tuberculose et hérédité ; passage expérimental du virus filtrant tuberculeux de la mère au fœtus, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon,* séance du 8 déc. 1925, in *Presse méd.,* 23 déc. 1925. — Rôle présumé du virus tuberculeux filtrant dans la pathogénie de certaines hypotrophies et atrophies des nourrissons nés de mères tuberculeuses, *Acad. de méd.,* 23 mars 1926, in *Presse méd.,* n° 25, 27 mars 1926, p. 391.

Arloing, Dufourt et Malartre. Les formes filtrantes du bacille de Koch et le problème de l'hérédité tuberculeuse, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon,* séance du 19 mai 1925, et *Lyon méd.,* n° 41, p. 444.

Armand-Delille. Indications et résultats du pneumothorax thérapeutique chez l'enfant tuberculeux, *Acad. de méd.,* 13 mars 1923; — La fièvre de tuberculisation et son diagnostic chez l'enfant, *Monde méd.,* 15 mars 1924; — Le pneumothorax thérapeutique chez le nourrisson, *IVe Congrès des pédiatres de langue franç.,* Paris, 30 sept. 1924; — L'Œuvre Grancher et le placement familial des nourrissons issus de parents tuberculeux, *Le Nourrisson,* mars 1925, n° 2, p. 119; — Le pneumothorax artificiel chez l'enfant tuberculeux, *Monde méd.,* 1er-15 nov. 1925, p. 868-885.

Armand-Delille, Isaac (Georges) et Ducrochet. Contribution à l'étude du pneumothorax thérapeutique chez l'enfant tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit.,* 16 fév. 1923.

Armand-Delille et Lévy (Marie). Le pneumothorax thérapeutique, *Soc. méd. des hôpit.,* 13 mars 1925.

Astier (André). La radiologie dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, *Marseille méd.,* 15 nov. 1924.

Astros (d'). Préservation de l'enfance contre la tuberculose dans les Bouches-du-Rhône, *Marseille méd.,* 15 déc. 1924.

Aviragnet, Goldenberg et Peignaux. Recherches sur la valeur du séro-diagnostic de la tuberculose chez l'enfant, *Presse méd.,* 11 oct. 1922.

Aviragnet et Tixier (Léon). Les formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant, *VIe Congrès de gyn., d'obst. et de péd.,* Toulouse, sept. 1910.

Barbier. A propos de l'atrophie des nourrissons, *Journ. de méd. et de chir. prat.,* 10 juillet 1922, t. VII; — La tuberculose du poumon chez le nourrisson dans le cours des deux premières années de la vie, *Revue de la tuberculose,* avril 1924, n° 2, p. 230.

Barbier, Lebée et Covanet. Deux cas d'alvéolite bacillaire initiale rapidement mortels chez des nourrissons de trois et cinq mois. Pneumonie bacillaire suraiguë des jeunes enfants, *Revue de la tuberculose,* 1922, n° 3, p. 284.

Barchetti. Les nourrissons de mères tuberculeuses, *Monat. f. Kind.,* 1921, t. XXI, f. 6.

Beitzke. Rapport entre l'infection tuberculeuse de l'enfant et la phtisie de l'adulte, *Berl. klin. Woch.,* 8 août 1921.

Bernard (L.). La prophylaxie de la tuberculose. Conférence de Lausanne, in *Revue de la tuberculose,* déc. 1924.

Bernard (L.) et Debré. Les modes d'infection et les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge, *Acad. de méd.,* séance du 5 oct. 1920; — Un cas de tuberculose du nourrisson dépisté par l'apparition simultanée des signes cliniques, radiologiques et biologiques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris,* 24 déc. 1920; — Préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge. Principes généraux et applications pratiques, *Paris méd.,* 1er janv. 1921, p. 27; — L'infection tuberculeuse du nourrisson et sa prophylaxie, *Ann. de méd.,* mai 1923; — Prophylaxie de la tuberculose chez les nourrissons par le placement familial, *Acad. de méd.,* 15 mai 1923, in *Presse méd.,* 19 mai 1923.

(1) Formule commune : éther sulfurique rectifié, 3 centimètres cubes; huile d'olive stérilisée, 7 centimètres cubes. Si l'injection de cette solution est mal tolérée, on peut diminuer la quantité d'éther (éther 2, huile 8).

BEZANÇON et BRAUN. La notion de tuberculose familiale. Son importance pour le diagnostic et les directives qu'elle impose, *La Médecine*, mai 1925.

BEZANÇON et PHILIBERT. L'allergie tuberculinique et le problème du terrain dans la tuberculose, *Soc. de pathol. comparée*, 11 déc. 1923.

BLECHMANN. L'adénocutiréaction à la tuberculine, *Section d'études scient. sur la tuberculose*, juin 1914, et *Revue de la tuberculose*, 1920, p. 45.

BOCQUET. La cutiréaction à la période de généralisation tuberculeuse dans la première enfance, *Th. de Paris*, 1922.

BOUGAREL. L'adénopathie trachéo-bronchique des nourrissons; son diagnostic par le cornage bronchique expiratoire, *Th. de Paris*, 1907.

BOURNE. Pneumothorax complet dû à la tuberculose pulmonaire chez un nourrisson, *Brit. med. Journ.*, 1921, p. 526.

BOUTELIER. Recherches sur l'étiologie des eczémas des nourrissons : eczéma et tuberculose; eczéma et syphilis, *Ann. de dermat.*, juillet 1924, p. 425.

BURNAND. Un cas de granulie chronique avec autopsie et examen histologique, *Ann. de méd.*, juillet 1925, t. XVII, n° 1.

CALMETTE. *L'Infection bacillaire et la tuberculose*, Paris 1922, Masson.

CALMETTE, GUÉRIN, WEILL-HALLÉ, NÈGRE, BOQUET, WILBERT et TURPIN. Essais de prémunition par le B. C. G. contre l'infection tuberculeuse de l'homme et des animaux, *Acad. de méd.*, 16 juin 1925, in *Bulletin*, 24 juin 1925; — Même sujet, in *Presse méd.*, 2 juillet 1925.

CALMETTE, GUÉRIN, NÈGRE et BOQUET. Résultats des essais de prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin B. C. G., de 1921 à 1926, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév. 1926; — Même sujet, in *Presse méd.*, 24 fév. 1926, n° 16, p. 241.

CALMETTE, VALTIS, NÈGRE et BOQUET. Infection expérimentale transplacentaire par les éléments filtrables du bacille tuberculeux, *Arch. méd.-chir. de Normandie*, nov. 1925, n° 23.

CASSOUTE, BRAHIC et RAYBAUD. Réaction de Besredka positive dans le sang du cordon d'un nouveau-né d'une mère atteinte de méningite tuberculeuse, *Bull. de la Soc. de péd.*, 1923, nos 1 et 2, p. 31.

COCAULT-DUVERGER. L'évolution et le pronostic de la tuberculose du premier âge dans une consultation de nourrissons, *Th. de Paris*, 1922.

DEBRÉ et BONNET. Surinfection du cobaye tuberculeux avant et après l'établissement de l'état allergique, *Soc. de biol.*, 8 juillet 1922; — La surinfection tuberculeuse expérimentale. Immunité de réinfection. Immunité de surinfection, *Journ. méd. franç.*, sept. 1922.

DEBRÉ et JACQUET. Le début de la tuberculose humaine; la période anté-allergique, *Ann. de méd.*, 1920, n° 2, p. 122, et *Soc. de biol.*, 10 et 17 juillet 1920.

DEBRÉ et JOANNON. La forme floride de la tuberculose du nourrisson, *Ann. de méd.*, avril 1922, n° 4.

DEBRÉ et LAPLANE. Pneumothorax chez un enfant de trois mois et demi, *Revue de la tuberculose*, 1922, n° 2; — Le nourrisson issu de parents tuberculeux, *Le Nourrisson*, juillet 1922, p. 249; — La cuti-réaction au cours de la tuberculose évolutive mortelle du nourrisson, *Revue de la tuberculose*, 5 août 1922; — Etude clinique du début de la tuberculose humaine, *Presse méd.*, 2 fév. 1924.

DEBRÉ et LELONG. Les anticorps tuberculeux au cours de la primo-infection du nourrisson, *Soc. de biol.*, 20 déc. 1924, et *Presse méd.*, 24 déc. 1924; — Différents aspects de l'hérédité tuberculeuse : La contamination intra-utérine pauci-bacillaire, *Ann. de méd.*, mars 1926, t. XVII, n° 3; — L'hérédité de terrain, *Ibid.*, juin 1926; — L'enfant issu de parents tuberculeux séparé avant la contamination. Sa mortalité dans le jeune âge, *Ibid.*, oct. 1926; — Même sujet. Sa croissance et sa résistance aux maladies, *Ibid.*, nov. 1926.

DEBRÉ, PARAF et DAUTREBANDE. *Soc. de biol.*, 17 juillet 1920; — La période anté-allergique de la tuberculose, *Ann. de méd.*, juin 1921.

DEBRÉ et ROLLAND. Lésion initiale de la tuberculose pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit.*, mai 1914.

DOPTER. Article sur la TUBERCULOSE, in *Précis de pathologie interne*, Paris 1912, Baillière.

DUFOURT et SEDAILLAN. La splénopneumonie tuberculeuse prolongée curable du nourrisson, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, séance du 10 mars 1925, et *Lyon méd.*, n° 32, p. 172.

GARDÈRE et Mlle SCHŒN. Tuberculose du nourrisson. Chancre d'inoculation pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, séance du 17 nov. 1925, et *Lyon méd.*, n° 49, p. 699.

GIRAUD (Paul). Diagnostic de la tuberculose chez le nourrisson, *Pratique méd. franç.*, déc. 1923; — Le diagnostic de l'adénopathie trachéobronchique tuberculeuse chez l'enfant, *Marseille méd.*, 15 nov. 1924.

GUYONNAUD. A propos de la déminéralisation chez le tuberculeux. Etude de la calcémie chez le nourrisson et l'enfant tuberculeux, *Th. de Paris*, 1924.

JOUSSET. Bacillémie primitive du jeune âge, *Le Nourrisson*, mai 1915, p. 129; — La granulie, *Monde méd.*, 15 oct. 1925.

LAVERGNE et Mlle DONZEAU. Quelques cas de cornage chronique chez le nourrisson, *Le Nourrisson*, juillet 1917, p. 220.

LELONG. L'enfant issu de parents tuberculeux. Etude critique de l'hérédité tuberculeuse, *Th. de Paris*, 1925.

LEMAIRE. Eléments du pronostic de la tuberculose du premier âge d'après 100 observations, *Section d'études scient. de l'Œuvre de la tuberculose*, séance du 13 déc. 1924, in *Revue de la tuberculose*, mars 1925; — Même sujet : *Le Nourrisson*, janv. 1925.

LEMAIRE et TURQUETY. La bacillémie tuberculeuse de la première enfance, *Presse méd.*, 14 mars 1923.

LEREBOULLET. La tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. Diagnostic de l'adénopathie médiastine, *Pédiatrie pratique*, 5 juillet 1923; — Tuberculose pulmonaire chez l'enfant. Ses formes aiguës, *Bull. méd.*, 12 et 15 déc. 1923; — Tuberculose pulmonaire chronique de l'enfant, *Bull. méd.*, 19 et 22 déc. 1923.

LEROUX et GRUNDBERG. Enquête sur la descendance de 442 familles ouvrières tuberculeuses, *Revue de méd.*, 10 nov. 1912, n° 11.

LESNÉ et LANGLE. Présence de bacilles tuberculeux dans le pharynx des nourrissons ayant une cuti-réaction positive, *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 9 juin 1925.

MALHERBE et FORTINEAU. Recherches expérimentales sur l'hérédité tuberculeuse, *Paris méd.*, 9 sept. 1922, p. 237.

MANTOUX (Me Dora). Contribution à l'étude de la tuberculose du nourrisson, *Th. de Paris*, 1912.

MARFAN. Granulie chronique ou tuberculose généralisée apyrétique des nourrissons, *Semaine méd.*, 21 déc. 1892, p. 509; — Prophylaxie de l'enfant contre la tuberculose dans sa famille, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, oct. 1905; — La toux bitonale dans la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques chez le nourrisson, *Le Nourrisson*, mai 1923, p. 159; — La cuti-réaction à la tuberculine. Sa valeur pour le diagnostic de la tuberculose des enfants du premier âge, *Presse méd.*, 2 déc. 1923; — Même sujet : *Le Nourrisson*, janv. 1924, p. 9; — Les enseignements de la cuti-réaction. L'immunité antituberculeuse, *Le Nourrisson*, mars 1924, n° 2, p. 73; — Nouvelles remarques sur la protection des enfants du premier âge, *Le Nourrisson*, mars 1924, n° 2, p. 126; — La tuberculose dans le premier âge (séries d'articles parus dans *Le Nourrisson*, 1924) : Généralités, mai 1924, n° 3; — Tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques, juillet 1924, n° 4; — Formes généralisées, sept. 1924, n° 5; — Formes pulmonaires. Prophylaxie, pronostic et traitement de la tuberculose du premier âge, nov. 1924, n° 6.

MARFAN et APERT. Tuberculose par ingestion chez une fillette de seize mois (tuberculose de la bouche, des ganglions du cou et de l'intestin), *Revue mens. des mal. de l'enf.*, juin 1896, p. 73.

MÉRY. Le diagnostic clinique précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant, *Presse med.*, 4 déc. 1920.

MÉRY, DETRÉ et DESMOULINS. Le diagnostic radiologique de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant, *Presse méd.*, 19 mars 1921.

MIOCHE (Mlle). Etude sur la cuti-réaction à la tuberculine chez l'enfant; statistique du service de M. Marfan, années 1914-1915-1916-1917-1918, *Th. de Paris*, 1919.

MOURIQUAND et BERNHEIM. Le pneumothorax chez le nourrisson, *Pédiatrie*, oct. 1923, p. 145.

MOURIQUAND, BERNHEIM et CHARLEUX. Pneumothorax d'origine tuberculeuse chez un nourrisson de quatre mois, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 8 mai 1923.

MOURIQUAND et SAUTEREAU. Tuberculose unilatérale du nourrisson, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 28 oct. 1924, in *Presse méd.*, 12 nov. 1924.
MOUSSOUS. *Pédiatrie*, fév. 1925.
NOBÉCOURT et BOULANGER-PILET. Augmentation de la tuberculose du nourrisson et crise du logement, *Acad. de méd.*, 8 juillet 1924, in *Presse méd.*, 12 juillet 1924.
NOBÉCOURT et PARAF. *Presse méd.*, 18 fév. 1920.
OPPERT. La cuti-réaction à la tuberculine. Etude clinique, anatomo-pathologique et critique, *Th. de Paris*, 1908.
PLANCHE et BENET. Broncho-pneumonie tuberculeuse. Pyopneumothorax consécutif chez un nourrisson de vingt-six mois, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, 3 déc. 1920, in *Marseille méd.*, 15 janv. 1921.
POINSO et DARCOURT. Enorme caverne tuberculeuse silencieuse chez un nourrisson de cinq mois, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, 9 mai 1924, in *Marseille méd.*, 15 juin 1924.
RIBADEAU DUMAS. Tuberculose cavitaire du jeune âge, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 déc. 1913; — Articles sur LA TUBERCULOSE GANGLIO-PULMONAIRE DE L'ENFANCE et sur LA TUBERCULOSE DU NOURRISSON, in *Volume de la tuberculose*, t. II, de la Collection Sergent, Ribadeau Dumas et Babonneix, 1921, p. 1 à 41, Paris, Maloine; — Article sur LES APPLICATIONS DE LA MÉDECINE SOCIALE AU NOURRISSON, in *Traité de pédiatrie*, 1923, t. I, f. 2, p. 989-1049, Paris, Maloine; — Sur une forme curable de tuberculose ganglio-pulmonaire du nourrisson, *Revue de la tuberculose*, 1923, n° 1; — Les images radiographiques de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. Tubercules et réactions érituberculeuses, *Section d'études scient. de l'Œuvre de la tuberculose*, 18 nov. 1922, in *Revue de la tuberculose*, 1923, n° 1; — La transmission des anticorps tuberculeux de la mère à son enfant, *Le Nourrisson*, mai 1924, n° 3, p. 175; — *Les Débuts de la tuberculose pulmonaire*, Paris 1925, Flammarion.
RIBADEAU DUMAS, CUEL et PRIEUR. La transmission des anticorps tuberculeux de la mère bacillaire à son enfant, *Section d'études scient. de l'Œuvre de la tuberculose*, 11 juin 1921, in *Revue de la tuberculose*, 1921, n° 5, p. 378.
RIBADEAU DUMAS et DEBRAY. Les pneumonies du nourrisson, *Section d'études scient. de l'Œuvre de la tuberculose*, 13 juin 1925, in *Revue de la tuberculose*, août 1925.
RIBADEAU DUMAS et LACOMME. L'importance de l'alimentation chez les enfants issus de mère tuberculeuse et chez les nourrissons tuberculeux, *Section d'études scient. de l'Œuvre de la tuberculose*, 9 mai 1925, in *Revue de la tuberculose*, août 1925.
RIBADEAU DUMAS, MEYER et DEMERLIAC. Infection tuberculeuse du nouveau-né, *Soc. de péd.*, 17 oct. 1922; — Infection tuberculeuse de la mère et du nouveau-né, *Section d'études scient. de l'Œuvre de la tuberculose*, 18 nov. 1922, in *Revue de la tuberculose*, 1923, n° 1.
ROHMER. Clinique et épidémiologie de la tuberculose infantile, *Concours méd.*, 8 janv. 1925.
ROLLAND. Etude sur le phénomène de Koch et les réinfections tuberculeuses, *Th. de Paris*, 1914.
ROYER. Adénopathie trachéo-bronchique et cuti-réaction à la tuberculine, *Th. de Paris*, 1922.
ROZENBLATT (Mlle). Contribution à l'étude des réactions locales à la tuberculine, *Arch. de méd. des enf.*, déc. 1911, p. 925.
SÉVI. Le dépistage de la tuberculose chez l'enfant au moyen de la réaction de fixation, *Presse méd.*, 18 juin 1921.
TRIBOULET et DEBRÉ. Tuberculose intestinale et mésentérique sans localisation thoracique chez un nourrisson, *Bull. de la Soc. de péd.*, 20 mai 1913, p. 257; — Même sujet, *Le Nourrisson*, janv. 1914, p. 56.
TURQUETY. Etude des septicémies et de la bacillémie tuberculeuse dans le premier âge, *Th. de Paris*, 1921-1922; — Le contage tuberculeux du nourrisson. Son mécanisme, sa prophylaxie, *Concours méd.*, 17 janv. 1926.
VARIOT et BRUDER. Cornage expiratoire bronchitique des jeunes enfants, *Soc. de péd.*, 23 fév. 1904, p. 51, et 15 mars 1904, p. 85.
VON PIRQUET. Tuberkulindiagnose durch kutane Impfung (le diagnostic par la tuberculine inoculée à la peau), *Soc. de méd. de Berlin*, 8 mai 1907, et *Berl. klin. Woch.*, 1907, nos 20 et 21.
WALLICH. La protection des enfants du premier âge contre la tuberculose, rapport annuel, *Acad. de méd.*, 20 nov. 1923.
WALLGREN. Héliothérapie dans la tuberculose des nourrissons, *Ier Congrès général de l'enfant*, Genève 1925.
WEILL, BERTOYE et BERNHEIM. Tuberculose précoce du nourrisson, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 12 déc. 1922, in *Presse méd.*, 6 janv. 1923.
WEILL, GARDÈRE, BERTOYE et VALENDRU. Hémoptysie terminale au cours d'une granulie chez un nourrisson de huit mois, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 18 déc. 1923.
WORINGER. Tuméfaction très marquée des ganglions situés sur les parties latérales du thorax chez un nourrisson tuberculeux, *Réunion pédiatrique de Strasbourg*, 21 mars 1925, et *Revue de la tuberculose*, oct. 1924; — La tuberculose du nourrisson, *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 16 août 1925.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 MAI 1926)

Sur la fixation de l'hydrogène sulfuré dans le sang. — MM. A. DESGREZ, H. BIERRY et LESCŒUR.

La conjonctivite granuleuse du lapin et l'origine du trachome. — MM. Charles NICOLLE et Ugo LUMBROSO.

Sur l'amplification et l'audition collective des bruits du cœur et des autres bruits d'auscultation. — M. G. LAFON.

Modifications subies par des streptocoques d'origine non scarlatineuse au contact de produits scarlatineux filtrés. MM. J. CANTACUZÈNE et O. BONCIU.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 MAI 1926)

A propos du procès-verbal. — En réponse à la communication de M. Delamarre dans laquelle cet auteur soutient l'identité des spirochètes des voies respiratoires avec le spirochète Vincenti, MM. BEZANÇON et ETCHEGOIN apportent un certain nombre de faits nouveaux qui démontrent selon ces auteurs à l'évidence, d'une part, le rôle primordial des spirochètes dans l'étiologie de la gangrène pulmonaire, et, d'autre part, l'individualité du spirochète qu'ils ont décrit.

Les auteurs, ayant observé récemment avec MM. Moreau et Etienne Bernard un cas mortel de gangrène pulmonaire prolongée à rechute, ont pu par la méthode de l'imprégnation à l'argent déceler la présence d'innombrables spirochètes dans la paroi même du foyer.

De très belles photomicrographies dues à M. Jeantet, de l'Institut Pasteur, montrent avec une extrême netteté la répartition du spirochète dans la paroi externe du foyer où ces spirochètes existent à l'état de pureté alors que dans la partie centrale on ne trouve que de rares spirochètes et de gros bâtonnets sporulés et des coccis.

Les spirochètes dans ces cas sont aussi nombreux dans le tissu pulmonaire que le tréponème dans le foie d'enfant hérédo-syphilitique.

Les auteurs en concluent que la gangrène pulmonaire dans certaines formes, sinon dans toutes, est une spirochétose et que les anaérobies du type Veillon ne viennent que secondairement se développer dans les tissus déjà envahis par le spirochète.

La nature spirochétosique de l'affection rendrait ainsi compte de formes à rechutes et de formes chroniques de la maladie.

Les auteurs, d'autre part, ayant pu réussir à cultiver le spirochète de la gangrène sur sérum de cheval dilué au 1/5 dans l'eau physiologique à 8,5 (pH 7,8, 7,9) montrent qu'à tous les caractères différentiels morphologiques et de mobilité

qu'ils ont précédemment décrits s'ajoutent encore les caractères culturaux à savoir que le spirochète de la gangrène pulmonaire pousse seul sur ce milieu, alors que le spirochète des hémoptysies tuberculeuses ne pousse que sur un milieu différent (sérum de cheval peptoné) et que le spirochète dentium et le spirochète Vincenti ne poussent dans aucun de ces milieux.

Rapport au nom de la Commission de l'alcoolisme. — M. M. Labbé s'est appliqué, à l'aide de nombreuses statistiques, à établir l'histoire de l'alcoolisme en France, avant, pendant et après la guerre. Il rappelle tout d'abord les nombreuses lois qui ont été successivement votées sur l'alcoolisme en 1915, en 1916, en mars et en octobre 1917. De l'étude des statistiques qui ont été relevées chaque année, il résulte qu'avant la guerre l'alcoolisme était en progrès accentué, qu'il a beaucoup diminué pendant la guerre et qu'immédiatement après il a remonté au point de dépasser les chiffres d'avant-guerre.

La suppression de l'absinthe a été complète, mais elle n'a pas tardé à être remplacée par des boissons alcooliques et à essences presque aussi toxiques. Mais il faut surtout tenir compte, dans la crise actuelle, de la consommation du vin. On peut dire que la plus grande cause de l'alcoolisme revient aujourd'hui au vin. On ne voit plus dans les hôpitaux les grands alcooliques d'autrefois, mais on en voit un plus grand nombre. L'alcoolisme est devenu aussi beaucoup plus fréquent chez la femme.

Dans ce sombre tableau de l'alcoolisme que nous dépeint M. Labbé, il y a pourtant quelques parties plus claires et qui permettent d'espérer mieux pour l'avenir : d'abord cette constatation rassurante que parmi les ouvriers de Paris et de la banlieue les fils boivent moins que les pères. A quoi doit-on cette heureuse constatation? A ce que les jeunes ouvriers sont plus instruits, s'intéressent davantage à des questions d'art, à la musique, à la littérature, et qu'enfin ils se livrent avec une certaine ardeur aux différents sports. Le cinéma et le sport sont des éléments précieux de lutte contre l'alcoolisme.

Quels sont les autres moyens de lutte que l'on pourrait employer? M. Labbé nous en indique plusieurs en insistant plus particulièrement sur celui-ci : s'appliquer à diminuer la consommation du vin en réservant beaucoup plus de raisin pour la consommation ordinaire.

Il ne faut pas oublier non plus la lutte contre les bouilleurs de crus, la restriction des débits de boisson, la nécessité de rendre les foyers familiaux plus confortables et plus agréables, la propagande par les conférences, la généralisation des sports, des arts, du cinéma, des distractions de toutes sortes, etc.

— La discussion de ce très important rapport est remise à quinzaine.

Traitement du décollement primaire de la rétine dans les cas récents. — M. Bolle.

Etude d'une épidermycose causée par l'agent de la teigne de la poule « acherion gallinae » Sabrazès. — M. Sartory.

Sur le traitement hydrothérapique des affections utéro-annexielles. — M. Derecq expose les résultats du traitement hydrothérapique des maladies utérines et salpingo-ovariennes qu'il créa en 1905 sous la dénomination de cure de Luxeuil.

Cette méthode a été consacrée par son installation dans le service de physiothérapie du professeur Gilbert, à l'Hôtel-Dieu.

La mortalité à l'établissement dépositaire des Enfants assistés à Marseille. — M. Cassoute.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 MAI 1926)

Appendicite sous-hépatique. — M. SÉJOURNET.

Ulcère duodénal hémorragique. — M. LÉO.

Coudures chroniques de l'intestin. — M. THÉVENARD.

Epiploïte suppurée et périviscérite abdominale généralisée consécutive. — M. GOUGUET DE GIRAC.

Un point de technique permettant d'améliorer les résultats de la désarticulation médio-tarsienne (Chopart). — M. HAUTEFORT rappelle les résultats souvent très mauvais de cette désarticulation, par suite de la bascule en arrière du moignon, entraîné par la contraction progressive du triceps sural. Pour contrebalancer cette action, M. Hautefort fore un trajet dans la tête de l'astragale, y engage et croise les tendons des jambier antérieur et péronier antérieur, constituant une sangle musculo-tendineuse dont il renforce l'action en suturant sur elle, en dedans, le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, et, en dehors, celui de l'extenseur commun. Il présente un amputé opéré suivant ce procédé il y a quatorze mois et qui marche parfaitement.

Traitement du cancer du rectum par la radium-chirurgie. — M. PAUCHET.

Localisation gauche d'appendicite ayant entraîné une erreur de diagnostic fatale. — M. MORNARD.

Un cas d'iléus biliaire. Guérison. — M. DARTIGUES.

Double ectopie testiculaire sous-abdominale. — M. PÉRAIRE présente un malade opéré par lui avec un bon résultat. Il insiste sur la rareté de cette lésion et sur la difficulté de faire une loge convenable au testicule lorsque celui-ci a pu être abaissé.

Cancers de l'estomac. — M. HALLER.

Exclusion partielle dans un rein tuberculeux. — M. LE FUR.

Téléloupe monoculaire de Molinié (de Marseille). — M. DARTIGUES présente cet instrument qui permet de voir la zone examinée à un grossissement considérable. Utilisée par son inventeur en oto-rhino-laryngologie, elle peut être employée avec avantages en gynécologie.

CONGRÈS

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — La VIe session des Journées médicales de Bruxelles, organisée par *Bruxelles-Médical*, se tiendra, sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine, du 26 au 30 juin 1926. C'est M. le professeur Jean Demoor, l'éminent directeur de l'Institut de physiologie de Bruxelles, qui la présidera. On est dès à présent assuré du succès des Journées médicales de 1926 (on se souvient que la Ve session réunit plus de 1.500 adhérents), auxquelles le gouvernement, les représentants diplomatiques et les plus hautes autorités scientifiques ont accordé leur patronage.

La séance inaugurale aura lieu le samedi 26 juin, à 4 heures, au Palais des académies. Les souverains ont été priés d'honorer de leur auguste présence cette solennité où le maréchal Lyautey, dont on connaît l'œuvre médicale admirable dans les colonies, prendra la parole.

Les Journées médicales et l'Exposition attenante se tiendront dans les locaux des Musées royaux du cinquantenaire.

Le programme, à la fois théorique et pratique, comportera toutes les questions à l'ordre du jour en chirurgie, gynécologie, médecine interne, médecine coloniale, médecine préventive, les vitamines, la diathermie, l'actinothérapie, la curiethérapie, etc. Les matinées seront réservées aux démonstrations pratiques dans les services des hôpitaux et des cliniques; les chefs de service et leurs collaborateurs établissent le programme qui sera publié dans le Carnet du congressiste. Parmi les conférenciers on peut citer dès maintenant MM. Léon Bernard, Sicard et de Martel (Paris), Louis Phaneuf (Boston), van Loghem (Amsterdam), Rappin (Nantes), Lucien Béco (Liége), de Nobele (Gand), Tricot-Royer et Bertrand (Anvers), René Verhoogen, Léopold Mayer et Léon De Keyser (Bruxelles), Zimmern (Paris), Mancini (Milan), Zandowa (Varsovie).

Les fêtes organisées pendant la durée des Journées et offertes à ses adhérents seront particulièrement brillantes. Signalons tout d'abord que LL. MM. le Roi et la Reine feront aux congressiste l'honneur de les recevoir une après-midi au Château royal de Laeken. Le samedi 26, banquet en l'honneur du maréchal Lyautey, présidé par S. A. R. Mgr le duc de Brabant; le dimanche 27, une soirée d'art suivi de raoût dans les salons de l'Hôtel de ville de Schaerbeek; le lundi 28, une Représentation de gala au Théâtre royal de la Monnaie, où l'on donnera le chef-d'œuvre de Rimsky-Korsakof : *Le Tsar Saltan*.

Le 30 juin, et l'on comprendra toute la portée de cette manifestation au point de vue national, les congressistes seront les hôtes de la Faculté de médecine de l'Université de Louvain, dont le corps professoral prépare un programme du plus haut intérêt. Il y aura, après une réception par le recteur, dans les Halles incendiées par les Allemands et aujourd'hui en reconstruction, une réception officielle par le Collège des bourgmestre et échevins, suivi d'un déjeuner dans la salle historique de l'Hôtel de Ville. L'après-midi, après la visite de la ville, les congressistes s'embarqueront pour Tervueren où, dans le Musée colonial et le Parc, ils seront les hôtes du Ministre des colonies.

Tout un programme spécialement conçu par le Comité des dames, sera réservé aux dames adhérentes aux Journées.

Une exposition internationale des arts et sciences appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire se tiendra, sous le patronage du Ministre de l'Industrie, du Travail et de la Prévoyance sociale, pendant la durée du Congrès. Un jury international distribuera des récompenses aux exposants. Une classe spéciale sera réservée à la Presse médicale; une autre aux Beaux-Arts (œuvres uniquement signées par des médecins), pour laquelle fonctionnera un jury spécial.

La cotisation a été fixée à 50 fr. (40 fr. pour les dames, les abonnés à *Bruxelles-Médical*, et 20 fr. pour les étudiants).

Renseignements et inscription auprès du docteur R. Beckers, secrétaire-général, 62, rue Froissart, à Bruxelles.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 25 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; Jeannin, Nicolas, Robin, Coquot et Bourdelle. — M. NICODÈME. Droit des vétérinaires (vente des substances médicamenteuses toxiques). — M. REIFFER. De la stérilité artificielle du chien.

Mercredi 26 mai. — Jury : MM. Gosset, président; Ombrédanne, Debré et Proust. — M. LUBIN (P.). Les anastomoses bilio-digestives. — M. ALAIN (A.). Traitement des fractures obstétricales du bassin. — M. BETTINGER. Pronostic de la trépanation chez le nourrisson. — Mme TIC. Traitement des déviations rachitiques.

Jeudi 27 mai. — Jury : MM. Gilbert, président; Jeanselme, Bezançon et Carnot. — M. LAPY (M.). Le trac. — M. HOULNICK. La femme et la fonction menstruelle. — M. POTTIER (René). Etude sur la tuberculose pulmonaire évolutive. — M. DESVAUX. Action de l'extrait hypophysaire sur la constipation. — M. GUÉRIN (M.). Constriction de la mâchoire (pathogénie, etc.). — M. KHOUBESSERIAN. Le prurit et ses rapports avec la syphilis.

Jury : MM. Teissier, président; Balthazard, Lecène et Nobécourt. — M. POTTIER (Robert). Projet de réforme du décret du 14 septembre 1916 sur les substances vénéneuses. — Mlle SARRAUTE (V.). Etude sur les plaies par armes à feu. — M. GACHOT (F.). Etude de la lithiase sous-maxillaire. — M. COURTINE. Les massurites dans l'enfance. — M. LE CLERC. Lithiase biliaire et tubage duodénal.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 : 65 fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Séance du 19 mai. — Questions données : « Ligature de l'artère fémorale au canal de Hunter. — Désarticulation de Lisfranc. »

MM. Oberlin, Michon et Braine, 27; Petit-Dutaillis, 26; Boppe, 28; Monod, 26; Pascalis, 27; Quénu, 29.

Epreuve orale. — MM. Boppe et Quénu, 19.

Epreuve clinique. — MM. Boppe et Quénu, 19.

Nomination : MM. Quénu, 136; Boppe, 134.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours de l'adjuvat.* — *Composition écrite.* — Questions données : « Muscles de l'éminence thénar. — Physiologie des mouvements de l'estomac. »

Deuxième séance de lecture : MM. Garnier, 29; Iselin, Redon et Leibovici, 27; Galtier, 25; Coudert, 24.

Concours du prosectorat. — Questions données : Anatomie : « Vésicule biliaire et canal cystique. » — Histologie : « Vésicule biliaire. » — Physiologie : « Glycogénie hépatique. » — Chirurgie : « Hernie crurale. »

Composition écrite. — Première séance de lecture : MM. Thalheimer, 27; Gueullette, 25; Chastang, 24.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Chanes, reçu avec le n° 1 au concours des médecins des asiles en 1925, a été nommé médecin chef de service à la colonie familiale d'aliénés de Dun-sur-Auron (Cher), en remplacement de M. le docteur Leyritz, appelé à d'autres fonctions. (*J. O.*, 21 mai 1926.)

— Le *Journal officiel* du 22 mai 1926 publie des décrets relatifs au recrutement des médecins des asiles publics d'aliénés de la Seine et des asiles publics d'aliénés de province.

GUERRE. — Sont désignés pour faire partie du Conseil supérieur de surveillance des eaux destinées à l'alimentation de l'armée.

M. le professeur Pinard, député; M. le médecin-inspecteur Savornin; M. le médecin-principal de 1re classe Lévy.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DU COMMERCE. — *Au grade d'officier.* — M. Emile Brindel, président de la Société générale des Eaux minérales de Vals-Saint-Jean.

JOURNÉES MÉDICALES DE MARSEILLE. — Les Journées médicales marseillaises auront lieu le 21, le 22 et le 23 avril 1927, les jeudi, vendredi et samedi de la semaine après Pâques. Elles seront précédées d'un voyage médical en Corse, départ par Marseille et Ajaccio, retour par Bastia et Nice; après le banquet de clôture, la journée du dimanche sera consacrée à des excursions, au choix des participants : la côte Est, de Cassis à Toulon, la Sainte-Baume, Aix (thermes Sextius) et Gréoux-les-Bains, la Fontaine de Vaucluse et Avignon, les Baux avec Arles et Tarascon, la côte Ouest, avec Martigues et les Saintes-Maries.

S'adresser au Comité d'organisation, 40, allées Léon-Gambetta, Marseille.

LES PROCHAINES JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES. — La *Revue tunisienne des sciences médicales* annonce qu'elle publiera dans ses deux prochains numéros le compte rendu *in extenso* des belles Journées médicales d'avril dernier. Elle nous laisse prévoir que les prochaines Journées tunisiennes auront lieu en avril 1931 à l'occasion du cinquantenaire du protectorat français en Tunisie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La Société se

réunira, en séance solennelle, le lundi 31 mai, à 4 heures précises, rue de Seine, 12.

Ordre du jour. — 1° Rapport de candidature : M. Capgras.
2° Hallucinations lilliputiennes dans un syndrome hébéphrénique : MM. G. Demay et H. Beaudoin.
3° Hallucinations lilliputiennes chez une démente précoce : M. Leroy.
4° Eloge de Benjamin Ball : M. Semelaigne.
5° Glossomanie chez une paranoïde excitée : MM. Michel Cénac et Marcel Montassut.
6° Les symptômes liminaires de la démence précoce : M. X. Abély.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. — Un cours complémentaire et de perfectionnement aura lieu à la Clinique neuro-psychiatrique, asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe), métro Glacière, du 25 juin au 12 juillet 1925, sous la direction du professeur Henri Claude.

Programme du cours. — Classification des maladies mentales. — Déséquilibre neuro-végétatif. — Troubles organiques dans les psychopathies. — Confusion mentale. — Mélancolie. — Manie et psychose maniaque dépressive. — Déséquilibre psychique. — Hystérie et neurasthénie. — Délires polymorphes. — Délires hallucinatoire et d'influence. — Constitution paranoïaque; délires de revendication et d'interprétation. — Synthèse des délires. — Les hallucinations. — Démence précoce; hébéphrénie. — Constitution schizoïde; schizomanie et schizophrénie. — Démence organique et démence sénile. — Syphilis nerveuse et paralysie générale. — Epilepsie. — Toxicomanies. — Alcoolisme. — Psychiatrie infantile. — Encéphalite épidémique. — Psychanalyse.

Des travaux pratiques (examens cliniques, tests, techniques de laboratoire, etc.) seront exécutés pendant la durée du cours.

S'adresser au docteur Targowla, chef de clinique, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

COURS DE PERFECTIONNEMENT. — Du 28 juin au 9 juillet, aura lieu à l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Gilbert et de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, un cours sur les notions récentes médico-chirurgicales relatives aux maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas et sur le diabète. — Droit : 250 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

COLONIE DE SAINT-FARGEAU, PAR PONTHIERRY (SEINE-ET-MARNE). — La colonie de Saint-Fargeau créée pour traiter les enfants paralysés (hémiplégie spasmodique infantile, maladie de Little, poliomyélite antérieure aiguë, etc.) vient d'ouvrir un service spécial dans lequel elle prend :

1° Les enfants chétifs, anémiés, convalescents, lymphatiques, ganglionnaires, etc., qui ont besoin d'une cure d'air, de soleil, et de surveillance médicale.

2° Les enfants atteints d'affections osseuses, articulaires, d'insuffisance respiratoire ou musculaire (tels les scoliotiques), etc.

La colonie de Saint-Fargeau reçoit également les convalescents d'affections médicales ou chirurgicales. Des immeubles absolument séparés facilitent à ces derniers les cures de repos.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de l'éminent bactériologiste Eugène Fränkel, professeur d'anatomie pathologique à Hambourg; Alessandro Camusso, professeur d'obstétrique et gynécologie à Cordoba.

RENSEIGNEMENTS

POUPONNIÈRE PRIVÉE
de 20 berceaux est à céder pour raison de santé.
Conviendrait à jeune médecin marié et femme pouv. dirig. l'aff. — Chif. aff. 1925, 120.000 fr.
Adr. Bur. Journ., 54, rue Jacob, Paris.

CHRONIQUE

JUBILÉ DE M. LE PROFESSEUR RICHET.

Le jubilé de M. le professeur Charles Richet a été célébré samedi soir dans la salle des séances de l'Académie de Médecine.

Ce fut une cérémonie simple et émouvante, bien digne du noble caractère de l'illustre savant dont on fêtait le cinquantième anniversaire d'enseignement.

Au bureau avait pris place M. Painlevé, ministre de la guerre, membre de l'Institut, ayant à ses côtés M. le maréchal Foch, M. Charles Richet, M. Bar, président de l'Académie de médecine, M. Henneguy, président de la société de biologie; M. le doyen Roger, M. le professeur Gley. Derrière le bureau étaient assis les délégués étrangers. On remarquait dans l'amphithéâtre, comble, toute la famille de M. Richet et notamment ses quatorze petits enfants.

La parole fut d'abord donnée à M. Henneguy qui apporta l'hommage de la société de biologie et de ses filiales. Puis M. Paul Bar salua M. Richet au nom de l'Académie de médecine sur laquelles ses travaux, notamment ses belles découvertes relatives à la sérothérapie et à l'anaphylaxie, ont jeté un si grand lustre.

M. le doyen salua son maître et collègue, l'illustre biologiste « dont le savoir n'égale qu'en diversité son étendue ».

M. Gley fit un magnifique éloge du maître. « Toutes les muses, dit-il se sont réunies autour de votre berceau, vous avez aimé surtout Uranie, la muse de la science. » Il salua en M. Richet le continuateur de Lavoisier, de Magendie, de Claude Bernard, Marey et Chauveau.

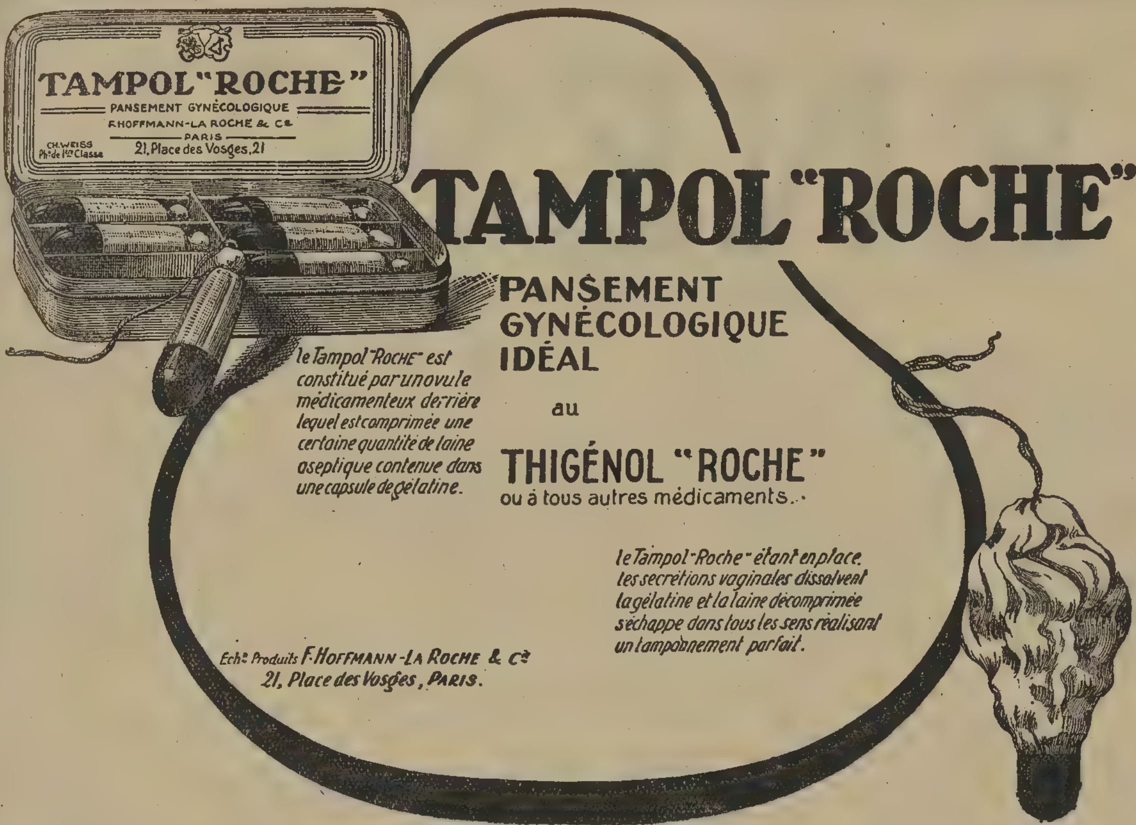
Puis c'est le défilé de tous les délégués étrangers qui apportent l'hommage des Sociétés étrangères. M. Léon Frédéricq, délégué du gouvernement belge, remet à M. Richet la plaque de grand officier de l'ordre de Léopold, et l'on voit les écrins et les rouleaux de parchemin s'accumuler devant lui. Une dépêche de S. M. la reine Marie de Roumanie lui est remise.

M. Painlevé se lève à son tour et prononce un bel éloge du savant, il célèbre son optimisme fécond, sa foi profonde dans la science, la noblesse de son caractère. En terminant il offre au maître, son buste, œuvre du sculpteur Landowski.

M. le maréchal Foch remet alors à M. Richet la plaque de grand officier de la Légion d'honneur; après avoir prononcé la formule consacrée, il ajoute : Monsieur, l'insigne que je viens de vous remettre était celui de votre grand père : vous appartenez à une famille où l'on ne démérite pas.

Toute la salle se lève pour acclamer M. Charles Richet. Le maître remercie avec émotion ceux qui le fêtent si affectueusement. Il reporte l'honneur qu'on lui fait sur son père, sur tous ceux qui ont collaboré avec lui et il envoie un souvenir ému aux disparus, à Langlois, à Jean Camus, à Robert Moutard-Martin.

En terminant il dit sa foi ardente dans la science, dans la justice, et dans sa patrie qu'il a aimée jusqu'au sacrifice.


TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
CH. WEISS Phn de 1re Classe
21, Place des Vosges, 21
TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE IDÉAL
au
THIGÉNOL "ROCHE"
ou à tous autres médicaments..
le Tampol "Roche" est constitué par un ovule médicamenteux derrière lequel est comprimée une certaine quantité de laine aseptique contenue dans une capsule de gélatine.
le Tampol "Roche" étant en place, les secrétions vaginales dissolvent la gélatine et la laine décomprimée s'échappe dans tous les sens réalisant un tamponnement parfait.
Ech. Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Par M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Télangiectasie familiale. — (EAST. *Lancet*, 13 fév. 1926, p. 232-334. (Un schéma.) — Décrite pour la première fois par Wickham Leggien 1874, cette maladie se caractérise surtout par de l'épistaxis, en rapport avec des lésions du nez ou par des hémorragies de siège quelconque, liées, elle aussi, à des altérations du même type. En 1865, Badington décrivait un état morbide qu'il appelait épistaxis héréditaire, et qui ressemble beaucoup à la maladie de Legg, mais il n'en découvrait pas les lésions causales.

L'auteur relate l'histoire de trois familles où divers membres ont été atteints de cette curieuse affection. Dans la première une femme de quarante-quatre ans fut amenée à l'hôpital pour une anémie de type secondaire. A l'examen de la face dorsale de la langue, huit petites taches télangiectasiques, roses, arrondies, de 1 à 2 millimètres de diamètre. Il y en avait d'autres à la lèvre inférieure, sous les paupières inférieures, sous les ongles, sur le dos des mains et des poignets. Les premières étaient apparues sur la lèvre cinq ans auparavant, et saignaient au moment du repas, et s'étaient accompagnées de fréquentes épistaxis. D'autres membres de la famille présentaient les mêmes symptômes. Son père avait un bouquet de taches télangiectasiques autour de l'orifice des narines, et à l'intérieur même du nez : elles saignaient assez souvent. De ses quatre enfants, l'aîné avait quelques petits nœvi de la face; la seconde, une fille, était porteuse des mêmes lésions que la mère; la troisième, également une fille, avait de nombreux nœvi de type arachnéen répartis sur toute la surface du corps; quant à la quatrième, on ne constate chez elle aucun nœvus. Des deux sœurs de la malade, l'aînée a la même télangiectasie qu'elle, la plus jeune était sujette aux épistaxis quand elle avait dix-huit ans, et on avait dû lui cautériser le septum. Une tante paternelle présente quelques nœvi localisés à la langue, aux narines, aux mains. De ses trois enfants, l'un est sujet à de graves hémorragies nasales.

Seconde famille. Un homme de quarante-huit ans, polyscléreux, entre à l'hôpital et y meurt au bout de quelques mois. Il avait de nombreuses télangiectasies disséminées sur les joues, sous les paupières, à l'intérieur des narines. La plupart consistaient en nœvi arachniformes entourés d'un riche réseau capillaire. Le sujet avait souvent souffert d'épistaxis. Sa mère et deux de ses sœurs présentaient des phénomènes analogues, ainsi que deux de ses filles, et l'un de ses fils. Quinze membres de cette famille étaient donc atteints de télangiectasie.

Troisième famille. Il y a seulement deux membres d'affectés : une femme de cinquante-cinq ans, sur la joue droite de laquelle se voient de nombreux nœvi arachniformes apparus, à trente-cinq ans, et sa mère, par ailleurs sujette à de sévères épistaxis.

L'auteur étudie, à l'occasion de ces cas, la question des télangiectasies familiales et cite les travaux très complets que lui ont consacrés Steiner (1917) et Goldstein (1921), précédés de ceux de W. Osber (1901) et de Parker Neder (1907). La plupart des patients appartiennent à la race anglo-saxonne. Au début la maladie a été confondue avec l'hémophilie. Elle est due à des imperfections des petits vaisseaux apparaissant dans l'enfance : dilatation, amincissement de la gaine, atrophie des tissus musculaire et élastique, d'où production d'hémorragies sous l'influence de cause insignifiantes. Les vaisseaux ne se rétrécissant pas, les hémorragies tendent à devenir profuses, surtout si elles se compliquent d'anémie ou d'affection vasculaire.

La maladie est transmise généralement par les femmes.

Les injections intra-veineuses de salicylate de soude. (WEISSEMBACH et G. DREYFUS. *Concours médical*, 11 avril 1926, n° 964-965.) — Lorsque le salicylate de soude, administré par voie digestive, est inactif ou mal supporté, il y a lieu de songer de l'introduire dans l'économie par injections intraveineuses.

I. TECHNIQUE DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SALICYLATE DE SOUDE. — Les solutions concentrées de salicylate provoquent localement, à l'endroit injecté, une phlébosclérose oblitérante. Il convient donc d'employer des *solutions diluées* à 4 p. 100, dont le seul inconvénient est de nécessiter des masses d'injection assez volumineuses; pour obvier à cet inconvénient relatif, MM. Bénard, Marchal et Bureau préconisent l'emploi de solutions à la fois glucosées et salicylées, à 10 p. 100 de chaque.

A la suite de l'injection, on n'observe aucun choc, aucun malaise, pas même les bourdonnements d'oreille et les troubles gastriques qu'ocasionne souvent l'ingestion du salicylate. L'élimination se fait rapidement, et l'on observe au bout de quelques minutes la présence du médicament dans les urines; seule l'imperméabilité rénale, qui rend l'élimination urinaire beaucoup moindre constitue une contre-indication à l'usage des fortes doses.

II. INDICATIONS ET RÉSULTATS DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — D'accord avec Lutenbacher, Gilbert, Bénard et Khoury, Carnot et Blamoutier formulent schématiquement les indications suivantes :

A. *Les petites doses intraveineuses* (0gr20 à 0gr40), qui équivalent à des doses dix fois plus fortes prises par la bouche, seront employées en cas d'intolérance gastrique pour le salicylate; on y aura aussi recours avec profit en cas de faiblesse du myocarde.

B. *Les doses moyennes* (1 à 3 gr.), à raison d'injections veineuses quotidiennes ou biquotidiennes sont indiquées dans les cas sérieux où l'on cherche à juguler d'emblée l'infection rhumatismale avant l'attaque de l'endocarde.

C. *Des doses fortes* (supérieures à 3 gr.) seront injectées isolément ou concurremment avec l'ingestion de doses complémentaires dans les complications graves et dans les formes récidivantes.

En règle générale, le traitement veineux constitue un *traitement d'assaut* qui a l'avantage, pour une dose donnée, de multiplier les effets thérapeutiques du salicylate.

III. INDICATIONS ET RÉSULTATS DANS L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE. — Après échec de la plupart des médications proposées contre l'encéphalite épidémique, Carnot, puis nombre d'auteurs, ont obtenu de bons résultats tant immédiats que tardifs en mettant en œuvre un traitement prolongé par injections intraveineuses de salicylate de soude.

A. Dans les *formes aiguës et graves*, il y a lieu d'injecter par voie veineuse, le plus près possible du début de l'affection, des doses d'emblée *considérables*, atteignant 4 à 6 grammes et davantage, si possible en deux ou trois injections par jour; l'ingestion et l'injection musculaire, insuffisamment actives à elles seules, pourront être instituées à titre adjuvant. Il faut continuer ce traitement tous les jours sans lassitude et le prolonger même après cessation apparente des accidents.

B. Dans l'encéphalite *aiguë* de gravité *moyenne* on se conten-

tera des doses *moyennes* (1 à 4 grammes par jour); les cas ainsi traités paraissent ne pas devoir présenter de complications ultérieures.

C. Dans les *séquelles traitées tardivement* (M. de Parkinson, etc.), les injections veineuses de salicylate n'ont guère donné de résultats appréciables; c'est que la *précocité* du traitement, par rapport à l'établissement de l'infection, est toujours un facteur de succès des plus importants.

Le syndrome mécanique de l'hypotension portale. (SURMONT. *Paris méd.*, 13 mars 1926, p. 241-249.) — Par hypotension portale, l'auteur entend désigner le syndrome caractérisé, au point de vue mécanique, par la diminution de la quantité, et, par suite, de la tension du sang contenu dans le tronc de cette veine. Aiguë, elle se trouve réalisée par les affections s'accompagnant de vomissements incoercibles : vomissements dits incoercibles de la grossesse, vomissements postanesthésiques, crises gastriques du tabes, ou de diarrhée cholériforme : entérites aiguës de diverses natures, paroxysmes des diarrhées chroniques, dysentéries, etc. Plus souvent, elle est chronique et peut être patente ou latente, permanente, par exemple en cas de rétrécissement du cardia ou du pylore, ou intermittente, et alors, le plus souvent, orthostatique.

Quelles sont ses causes? Par définition, celles qui mettent les racines portales dans l'impossibilité de s'alimenter, en puisant dans les domaines de la splénique et des mésaraïques les liquides qu'elles doivent transporter au foie. C'est dire que le syndrome s'observe au grand complet en cas d'inanition, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause : il est alors total, c'est-à-dire que la raréfaction des liquides s'étend au domaine des trois racines de la veine porte. Dans les rétrécissements du pylore, il est habituellement subtotal. Dans les lésions du duodénum, la question se pose de savoir si, en dehors des phénomènes d'origine toxique, il ne faut pas faire une part à l'insuffisance de l'absorption intestinale des liquides dans l'amaigrissement si marqué des sujets atteints de lésions duodénales ou périduodénales chroniques, et dans leur constipation habituellement si rebelle à la thérapeutique. Quant aux lésions du grêle situées à quelque distance du pylore, elles produisent rarement de l'hypotension, grâce à la rapidité et à la facilité avec lesquelles absorbent les veines mésaraïques.

Des symptômes, les uns sont locaux, abdominaux, les autres se révèlent à distance. En aval du foie, les troubles mécaniques sont les mêmes que dans l'hypertension. On retrouvera donc chez les malades les symptômes circulatoires et rénaux que le professeur Gilbert et ses élèves ont groupés sous le nom d'hypotension sus-hépatique : petitesse du cœur et du pouls, hypotension artérielle, augmentation du nombre des battements du cœur, oligurie, albuminurie inconstante, sécheresse de la peau et des muqueuses, amaigrissement par déshydratation générale de l'économie. Tous les hypotendus portaux sont en effet des amaigris; leur amaigrissement est total, très accusé, et s'accompagne de signes spéciaux : sécheresse de la peau par diminution des sécrétions sudoripares et sébacées, d'où l'état squameux de la peau, son aspect sale et vieilli; sécheresse des muqueuses; diminution des sécrétions salivaire et urinaire; diminution de volume du foie (Mathieu et J.-Ch. Roux). En amont du foie, s'observent les symptômes les plus typiques, les uns spontanés, les autres provoqués.

Au premier rang des symptômes spontanés figure l'aspect de l'abdomen, asséché, vide d'air et de liquide, le ventre en bateau dans son expression la plus typique, surtout lorsque l'hypotension est totale. Vient ensuite la diminution du tonus de la paroi abdominale. La peau de l'abdomen, pâle, décolorée, est dépourvue de toute varicosité, froide au toucher, flasque; elle se détache plus aisément qu'à l'état normal du plan aponévrotique sous-jacent. Enfin, l'examen des organes abdominaux, estomac, foie, rate, met sur la voie du diagnostic étiologique.

Plus intéressants encore sont les symptômes provoqués : avidité, c'est-à-dire faculté d'absorption exagérée du grêle, ou mésaraïque supérieure, facile à mettre en évidence, en cas de rétrécissement du pylore, par deux épreuves cliniques simples : épreuve de l'élimination provoquée, épreuve des trois bocaux, et, chirurgicalement, par la gastrostomie et l'introduction ultérieure du liquide par la sonde; — avidité colique (ou mésaraïque inférieure), caractérisée par ce fait que les malades sont capables d'absorber, par voie rectale, du sérum glycosé isotonique en quantité beaucoup plus grande et beaucoup plus rapidement que les autres sujets.

Complété par l'hypophléborrhée sus-hépatique, ce tableau clinique forme un ensemble clinique tout particulier, lié, pour une grande part, à l'hypotension portale, laquelle se produit toutes les fois que l'absorption des liquides et des aliments est supprimée au niveau des racines intestinales. Cet ensemble doit être connu, non seulement du médecin, mais aussi du chirurgien et de l'accoucheur.

Thérapeutique antigoutteuse. (THÉBAULT. *Concours méd.*, 4 avril 1926, n° 14, p. 905-908.) — Le phénomène fondamental de la goutte, c'est une surproduction d'acide urique, laquelle passe inaperçue jusqu'au jour où elle se révèle sous forme d'une crise aiguë. Que faire alors?

S'il s'agit d'un accès de goutte classique et franc, la première ordonnance aura pour base le colchique, considéré, depuis Stork (1763), comme un spécifique. Mais le colchique, d'ailleurs excellent sédatif de la douleur, n'est qu'un médicament symptomatique et n'agit que pendant l'accès, grâce à son alcaloïde, la colchicine, qui paralyse les terminaisons périphériques des nerfs sensitifs. De plus, sa toxicité est extrême, et de nombreux accidents occasionnés par les préparations dont il constitue la base ont été rapportés par les auteurs. Il a une action fâcheuse sur le cœur, particulièrement chez les sympathicotoniques. Enfin et surtout, on lui reproche de diminuer l'excrétion de l'acide urique [Finck (de Vittel)]. Ainsi l'accès n'est pas accompagné ou suivi de cette abondante élimination d'urates qui est le moyen de défense naturelle de l'organisme dans la lutte contre cette maladie.

Mieux vaut donc tâcher de combattre l'uricémie, en se rappelant que l'hyperuricémie ressortit à un processus complexe dont le schéma est :

a. Surproduction d'acide urique par alimentation surabondante, et surtout hyperazotée, ou par métabolisme dévié.

b. Insuffisance d'élimination urinaire par exhaussement du seuil rénal.

c. Précipitation au niveau de certains organes de l'acide urique du plasma par un mécanisme sur lequel il est inutile de s'étendre. Disons seulement qu'il est d'ordre chimique ou physique (choc sérique local avec floculation consécutive), puis, secondairement, remise en circulation de l'acide urique précipité, d'où hyperuricémie pendant la période d'accès goutteux.

Sur la *formation* excessive d'acide urique, la thérapeutique chimique est à peu près sans action, à l'encontre de la diététique et de l'hygiène qui semblent jusqu'à présent être les seuls agents actifs.

Mais la médication chimique peut agir en stimulant le rein, d'où *abaissement du seuil* vis-à-vis de l'acide urique sanguin. Elle peut favoriser, grâce à certaines substances, sa solubilisation urique dans le plasma en s'opposant aux précipitations intraorganiques. Tel agit l'acide thyminique, excellent éliminateur de l'acide urique naissant, malheureusement sans action sur celui qui existe dans les tophi déjà constitués.

Comme cet acide urique *précipité* est précisément l'agent efficient de la crise goutteuse, c'est sur lui que doit agir le médicament employé pour avoir sur l'accès de goutte déclarée, de même que sur le tophus refroidi, une action véritablement caractérisée.

De là l'intérêt d'un médicament de découverte assez récente, le phénylcinchoninate d'allyle, qui prend une place de plus en plus grande dans la pharmacopée antirhumatismale et antigoutteuse. Plus connu sous le nom d'atoquinol, ce corps est un dérivé de la quinoléine, au même titre que l'acide phénylcinchoninique déjà connu. Il en diffère par l'adjonction d'un radical allyl que lui confère une fonction éther dont on connaît, depuis les travaux de Nencki, la valeur pharmacologique au point de vue de l'atténuation de la causticité et de la toxicité des acides initiaux.

L'atoquinol agit chez le diathésique hyperuricémique en puissance ou en période d'accès, comme un éliminateur extrêmement puissant de l'acide urique en formation ou déjà précipité.

Très vraisemblablement cette action éliminatrice découle

RÉVULSIF BOUDIN



RÉVULSIF LIQUIDE

à Base d'Essences de Crucifères

ENERGIQUE

RAPIDE

PROPRE

REMPLACE :

Teinture d'Iode, Cataplasmes Sinapisés, Ouates Thermiques, Pointes de Feu, Papier à la Moutarde, Etc..

S'APPLIQUE AU PINCEAU

N'ABIME PAS LA PEAU

Échantillons : Laboratoires BOUDIN, 6, Rue du Moulin. à VINCENNES (Seine)

MUTHANOL

HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE

15 Centigrammes de PRODUIT ACTIF PAR AMPOULE DE 2 cc. POUR INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES

BOITE DE 10 AMPOULES : 25 Fcs

LABORATOIRE DU MUTHANOL _ P. LEMAY, Doct. en Pharie. 55, Boul. de Strasbourg, PARIS (10e) _ TÉL: NORD 12-89. DÉTAIL: STOULS, Phcien 156, Avenue Victor Hugo _ PARIS (16e)

Traitement de la Syphilis par le Bismuth

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS, LE MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE ET LES SERVICES DE SANTÉ DE L'ARMÉE, DE LA MARINE ET DES COLONIES

Dose adultes : Ampoules de 2 c. c. renfermant 13 cgr. de Bismuth métal.

Pour enfants : Ampoules de 1 c. c. renfermant 2 cgr. 6 de Bismuth métal.

SUPPOSITOIRES MUTHANOL adultes et enfants.

STAPHYLOTHANOL

(hydroxyde de bismuth radifère)

pour le traitement de la furonculose

Ampoules de 2 c. c. = 10 cgr. bi-métal.

Traitement antitoxique et stimulant général des états bacillaires

TRIRADOL

IODE, MENTHOL, CAMPHRE ET ÉLÉMENTS RADIOACTIFS

Ampoules de 1 c. c. pour injections intramusculaires

1 par jour par série de 30

Traitement et Prophylaxie du Cancer par les sels silico magnésiens

NÉOLYSE

CACHETS — AMPOULES — COMPRESSES

NÉOLYSE RADIOACTIVE

Ampoules de 2 c. c. pour injections hypodermiques ou interstitielles.

Laboratoire G. FERMÉ, 55, boulevard de Strasbourg, PARIS (10ᵉ) R. C. 143.981.

d'actions localisées sur les divers modes de formation et de précipitation de l'acide urique, c'est-à-dire :

a. Modification du métabolisme des purines;

b. Libération de la sécrétion urique du rein (abaissement du seuil);

c. Mobilisation des dépôts uratiques constitués.

Des quelques observations qu'il a pu faire en clientèle, il résulte nettement, pour l'auteur, que ce corps doit être considéré comme le véritable spécifique de la diathèse uricémique.

Un avis encore plus autorisé, celui du professeur Chauffard, que l'on trouvera dans un mémoire récent du plus haut intérêt, aboutit d'ailleurs à des constatations à peu près identiques.

Nous possédons donc, dans le phénylcinchoninate d'allyle, ou atoquinol un médicament de valeur par les modifications qu'il détermine dans le chimisme humoral du goutteux, du rhumatisant, et, d'une façon plus générale, de l'uricémique. Ces modifications qui se traduisent par une augmentation momentanée du taux urique et cholestérinique sanguin, puis, secondairement, par une diminution de ce taux, l'abaissement du seuil rénal et l'élévation de la courbe d'élimination urinaire ne peuvent qu'orienter les malades vers un processus de guérison qu'aideront encore l'hygiène générale et la diététique.

M. Thébault donne de 1 à 3 grammes par jour du médicament, en cachet de 0,50 dans les cas aigus; ce traitement, institué dès la période prodromique, fait d'habitude avorter l'accès. Préventivement, il donne chaque mois, dix jours de suite, un cachet de 0,50 le matin, avec un verre d'eau de Vittel ou d'Evian.

Traitement de la coqueluche par les injections intramusculaires d'éther. (PELLOCK. *New-Orleans med. and surg. journ.*, janv. 1926, p. 450-452.) — Ce traitement n'est pas une nouveauté. Il a été expérimenté par M. Audrain (de Caen), et nous avons, ici-même, rendu compte d'un important travail que lui consacrait, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, M. Taillens. Mais, comme le dit l'auteur, la coqueluche est une affection si sérieuse, si fertile en complications que l'on doit loyalement essayer tout médicament qui nous aidera à soulager les petits malades. Il a été décidé par la lecture d'un travail de Genoede qui releva 64 cas traités par l'éther avec de bons effets, et qui déclare qu'il a eu, grâce à cette méthode, des résultats meilleurs qu'avec toute autre. Le traitement peut d'ailleurs être entrepris même chez des enfants très jeunes : bien mieux : plus ils sont jeunes, meilleurs et plus rapides, d'après Genoede, sont les résultats.

La série de l'auteur comprend 107 cas dont 8 avec pneumonie. Il confirme entièrement ce qu'a écrit Genoede. Dans 50 p. 100 des cas, amélioration marquée dès la seconde injection, dans 20 p. 100, après la troisième, dans 20 p. 100 après la quatrième : probablement, dans ces derniers cas, il s'agissait d'infection associée; les succès les plus nets ont été obtenus chez les jeunes. Sur les 8 cas de broncho-pneumonie, deux décès, six guérisons sans accidents. Les injections étaient faites profondément dans la région fessière, et répétées toutes les quarante-huit heures; les doses variaient avec l'âge, le poids, la sévérité des cas : de 0,5 centimètres cubes à 2 centimètres cubes : on les augmentait si les premières ne suffisait pas. Les hautes doses n'ont jamais produit d'effet fâcheux. Une demi-heure après l'injection, l'odeur de l'éther apparaissait dans l'haleine. Aucune modification du sang ni des urines. Dans la discussion qui suit la communication de l'auteur, M. Jones (de New-Orléans), appuie ses conclusions.

Herpès Zoster dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée. (ADIN. *Lancet*, 16 janv. 1926.) — L'auteur relate deux cas : un premier où une éruption abondante d'herpès apparut sur la partie supérieure de la poitrine et sur la deltoïde gauche dans le territoire des IVe et Ve racines cervicales, chez une femme de quarante-deux ans, atteinte d'hémorragie sous-arachnoïdienne; un second, concernant un homme de trente-sept ans, chez lequel l'hémorragie se complique d'une éruption herpétique localisée au côté droit de la poitrine, dans la moitié inférieure du territoire de la IVe racine cervicale, dans ces cas, où la méningite cérébro-spinale n'était pas en cause, il s'agissait sans doute de l'irritation des ganglions rachidiens correspondant par le sang diffusé dans l'espace sous-arachnoïdien spinal. L. BABONNEIX.

Le contrôle de la pigmentation cutanée. (MASSERLI [de Lausanne], *Revue méd. Suisse romande*, 25 fév. 1926, n° 2, p. 101-104.) — L'auteur a eu l'occasion, dès 1915, avec L. Jeanneret, d'étudier cliniquement un phénomène inséparable de la cure de soleil, la pigmentation cutanée, et de réunir toute une série d'observations prises sur des enfants placés dans les mêmes conditions d'héliothérapie. Ils avaient adopté, pour l'étude et le contrôle de cette pigmentation, une petite échelle colorimétrique, qui, si elle ne donnait pas toutes les nuances, permettait une notation suffisante et constante, le degré de pigmentation étant indiqué par les chiffres 0 à 9 et pour les teintes intermédiaires par les fractions 0/1, 1/2, 2/3, etc.

Leur étude comportait trois séries d'observations distinctes :

1° Une étude de la pigmentation cutanée naturelle de l'enfant et de sa relation avec la couleur des cheveux; 2° une étude de la rapidité de production de la pigmentation en rapport : *a.* avec la chevelure; *b.* avec la présence d'une lésion tuberculeuse ou l'absence de celle-ci; *c.* avec le taux de l'hémoglobine; 3° une étude de la rapidité de la dépigmentation en rapport avec les trois mêmes facteurs; 4° une étude du rapport entre la rapidité de la pigmentation et le degré de pigmentation obtenu.

Après avoir publié et discuté une série de tableaux et d'observations, ils résumèrent leurs conclusions de la façon suivante :

1° Le pouvoir de pigmentation de la peau est un phénomène normal de réaction défensive.

2° Il dépend : *a.* de la réserve pigmentaire individuelle; *b.* du taux de l'hémoglobine du sang; *c.* de la présence ou non d'une lésion à influence anémiante.

3° La pigmentation ne semble pas jouer un rôle important dans les processus de guérison par l'héliothérapie.

4° Son acquisition est un épiphénomène qui nous donne des indications de première importance sur la résistance générale du patient, sur sa réactivité à la cure solaire, sur l'effet de celle-ci.

5° La dépigmentation dépend des mêmes facteurs que la pigmentation. Elle donne des indications encore plus intéressantes et plus nettes sur la résistance du sujet, sur les résultats de la cure, sur la solidité de la guérison ou de l'amélioration; elle nous guide pour le diagnostic, le pronostic et le traitement ultérieur.

6° La production du pigment cutané est en relation intime avec le taux de l'hémoglobine. Il semble que ce soit l'hémoglobine du sang qui fournisse la substance nécessaire à la production du corpuscule mélanique. Le taux de l'hémoglobine doit rester normal pour que la pigmentation puisse se maintenir après la cessation de la cure solaire.

Les nouvelles recherches de M. Masserli l'autorisent à penser que ces conclusions sont exactes. Il a noté une dépigmentation rapide chez des enfants considérés comme sains et chez lesquels survenait une affection intercurrente fébrile : grippe, bronchite, rougeole, etc.; pendant l'épidémie de grippe de 1918-1919, il lui a été donné de voir des enfants atteints de cette affection se dépigmenter en huit à quinze jours; il a aussi observé une dépigmentation beaucoup plus rapide chez les enfants atteints d'adénopathie trachéo-bronchique que chez des enfants cliniquement guéris de cette affection ou en bonne santé. Les enfants qui, après la cure solaire, restent pigmentés, sont les mieux portants : la pigmentation est donc un test précieux pour apprécier l'état de résistance d'un individu, de sa réaction en présence d'un stimulant général extérieur. Il y aurait donc lieu, pour tous ceux qui s'occupent de cure solaire (ou de traitement par les rayons X) de noter sur les feuilles concernant leurs malades, l'état de la pigmentation de ceux-ci, en utilisant une échelle colorimétrique précise comme celle que l'auteur a établie en collaboration avec le docteur Lucien Jeanneret. Il est très facile de noter, par exemple, chaque semaine, sur la feuille de température d'un malade, son degré de pigmentation et d'établir ainsi une courbe permettant de juger de la rapidité avec laquelle il se pigmente et se dépigmente.

Valeur de l'éosinophilie sanguine. (SCHMITE. *La Médecine*, n° 3, déc. 1925, p. 227-228.) — A l'état normal, il y a 1 p. 100 d'éosinophiles dans le sang : un chiffre dépassant 6 p. 100 doit donc être considéré comme pathologique, à condition d'être trouvé à plusieurs reprises, et d'une interprétation indiscutable. En effet, sur des lames de sang colorées par le procédé de Tribondeau, on voit parfois de fins précipités occupant des polynucléaires neutrophiles et les faisant ressembler à des éosinophiles. Il ne faut donc tenir compte que des polynucléaires contenant des granulations rouges distendues et fortement colorées.

Il y a des cas où l'éosinophilie constitue un *élément de diagnostic* : ce sont surtout les affections parasitaires, kyste hydatique, dont la symptomatologie est souvent obscure, et où la réaction de Weinberg-Parvu est d'une réalisation difficile, sinon impossible; l'amœbiase, qui, chronique, est si fréquemment méconnue, helminthiase, ankylostomiase duodénale, elle peut monter jusqu'à 50 et 70 p. 100; on la rencontre aussi au cours des trichinoses, des strongyloses, des bilharzioses, des filarioses, plus rarement dans les leismarhioses et trypanosomiases.

On rencontre aussi l'éosinophilie, en dehors des affections parasitaires, dans certaines affections sanguines : leucémie myéloïde, et surtout maladie d'Hodgkin, où elle est nette et précoce, et dans quelques affections cutanées : eczéma, purigo, psoriasis, urticaire, et, plus encore, affections vésiculeuses ou bulleuses : pemphigus, dermatite de Dühring.

Il y a des éosinophilies massives (65 p. 100 et plus H), parfois liées à la leucémie.

En ce qui concerne leur signification *pronostique*, il est classique d'admettre, bien que cela ait été contesté pour la pneumonie (Lœper), que la réapparition d'éosinophilie dans le sang traduise une évolution vers la guérison, et correspond à une crise, marquant la convalescence et la défervescence des maladies aiguës.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude des paraplégies pottiques. Essai sur l'évolution et le pronostic, basé sur 40 observations personnelles (1), par Mme SORREL-DEJERINE.

Voilà un sujet qui, depuis les classiques recherches de Charcot et de Michaud, paraissait épuisé! Il a suffi à Mme Sorrel-Dejerine de le reprendre en s'aidant des méthodes nouvelles et en lui appliquant la magnifique méthode scientifique que lui ont léguée ses parents, ces « travailleurs jamais pressés, jamais lassés », pour en tirer des conclusions du plus haut intérêt et qui valent aussi parce que les nombreux cas étudiés ont été observés, si nous osons dire, en collaboration médico-chirurgicale : Mme Sorrel-Dejerine en a dégagé la partie neurologique, M. Sorrel, la partie qui concerne le squelette vertébral. Que nous apprennent leurs recherches? Que les paraplégies pottiques s'observent surtout au cours du mal de Pott dorsal et relèvent, dans la majorité des cas, d'une compression médullaire. Elles peuvent survenir, soit de bonne heure, vers la fin de la première année, soit tardivement : celles-ci sont lentes et insidieuses, celles-là, rapides, se complétant en quelques semaines. Anatomiquement, et c'est là un des points que met bien en lumière la thèse de Mme Sorrel-Dejerine, elles sont dues, dans la plupart des cas, non à une pachyméningite, comme on le croyait, mais à un abcès intrarachidien qui, selon les cas, est sus ou sous-ligamentaire, distinction importante pour le traitement; même guéri, il peut laisser subsister des lésions dégénératives de la moelle, lesquelles déterminent une paraplégie définitive.

Cliniquement, les éventualités qu'il convient d'envisager sont au nombre de trois : paraplégies transitoires, durant quelques semaines, rares; paraplégies curables en dix-huit mois à deux ans, très fréquentes; paraplégies définitives, rares; les premières sont dues à l'œdème, sur lequel insistaient déjà le professeur Dejerine et son école, les secondes, à la production d'abcès intrarachidien, les dernières, à des causes diverses : pachyméningite, compression osseuse, lésions vasculaires graves. Veut-on une autre classification? Alors séparons les paraplégies curables, *précoces*, rapidement complètes, dues à l'œdème ou à l'existence d'un abcès, des paraplégies *tardives*, à marche progressive, chronique.

Le diagnostic délicat est celui du siège des lésions, occupant habituellement la moelle dorsale, en raison de l'étroitesse du canal vertébral à ce niveau. On y arrive surtout par les signes cliniques, limite des troubles de la sensibilité, des réflexes de défense et des troubles pilomoteurs, arrêt du lipiodol sus et sous-jacent.

Quant au diagnostic de la cause, il se fonde sur la date du début de la paraplégie, son mode d'installation, ses allures cliniques.

Quel traitement convient-il de lui opposer? L'immobilisation stricte associée à un traitement général, comme la cure hélio-marine. On se rappellera, et voici encore une des conclusions les plus intéressantes de l'auteur, que le traitement chirurgical n'est jamais indiqué, les paraplégies par œdème ou par abcès guérissant toutes seules, et les autres, dues à une pachyméningite, n'étant en rien améliorées par le traitement chirurgical.

De nombreuses observations prises avec un soin qui montre à quel point Mme Sorrel-Dejerine est excellente neurologiste, de multiples photographies, radiographies et schémas, illustrent ce beau travail que nous avons plaisir à signaler à nos lecteurs, et qui fait le plus grand honneur à son auteur.

L. BABONNEIX.

(1) *Th. de Paris*, in-8 de 400 pages. — Paris, Masson.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA LOI NOUVELLE DU 2 AVRIL 1926 RÉGLANT, A PARTIR DU 1er AVRIL 1926, LES RAPPORTS DES BAILLEURS ET DES LOCATAIRES DE LOCAUX D'HABITATION.

Le législateur a, une fois de plus, un grand nombre de prorogations prenant fin au 1er avril 1926, prorogé les locations, mais dans des conditions qui marquent sa volonté de revenir au droit commun; la prorogation est accordée par paliers en tenant compte de l'importance des loyers.

La loi nouvelle s'applique aux locaux à usage d'habitation et aux locaux à usage professionnel. Elle ne s'applique pas aux locaux à usage commercial ou industriel; en ce qui concerne les locataires ou occupants de bonne foi de ces locaux, la loi du 1er avril 1926, votée la veille du jour de la loi faisant l'objet de la présente étude, a prorogé la législation antérieure sans modification; elle a décidé que les locataires ou occupants de bonne foi au 31 mars 1926, en vertu d'une prorogation antérieure ou d'un délai de grâce même expiré, *de locaux à usage commercial ou industriel*, seraient maintenus, aux mêmes conditions de prix, dans les locaux loués ou occupés jusqu'au 1er juillet 1926, sans avoir à remplir aucune formalité, à charge par eux de satisfaire à toutes les obligations imposées par le contrat originaire, les usages locaux ou les décisions judiciaires intervenues. C'est la loi sur la propriété commerciale qui réglera les rapports des bailleurs et des locataires de locaux à usage commercial ou industriel; tel est du moins le motif donné.

I. PROROGATION. — L'article 1er de la loi pose en principe qu'à Paris et dans certaines communes et villes les baux à loyer de locaux d'habitation ou à usage professionnel sans caractère commercial ou industriel ou affectés à l'exercice d'une fonction publique, sont, à partir du 1er avril 1926 jusqu'au 1er avril 1931, régis par les dispositions nouvelles. Il en résulte que le maximum de la prorogation est fixé au 1er avril 1931.

Cette prorogation est accordée, suivant l'article 2, aux locataires, sous-locataires, cessionnaires de baux et occupants de bonne foi de locaux d'habitation en vertu d'une prorogation antérieure ou d'un délai de grâce même expiré, en possession au 31 mars 1926, sauf en cas de décision judiciaire, devenue définitive, ayant ordonné l'expulsion *pour l'une des causes de refus de prorogation admises par la loi nouvelle*, que l'on va indiquer.

La prorogation est accordée, *sans l'accomplissement d'aucune formalité*, suivant les indications données dans un tableau

faisant suite à l'article 2. Il en résulte que la prorogation est d'autant plus longue que le loyer était moins élevé au 1er août 1914.

La loi a établi cinq paliers. Nous renvoyons à la loi elle-même qui est claire à cet égard; ce que nous avons à indiquer, c'est que pour les locaux à usage professionnel ou servant à l'exercice d'une fonction ou à un usage mixte sans caractère commercial ni industriel, c'est-à-dire pour les locaux occupés par les médecins et les chirurgiens, le loyer de base (août 1914), qui sert à déterminer la durée de la prorogation, est plus élevé que pour les locaux d'habitation. La loi, dans les deux cas, distingue suivant qu'il s'agit de locaux situés à Paris et dans le département de la Seine et dans un rayon de 50 kilomètres des fortifications de Paris, ou de locaux dans les villes de plus de 100.000 habitants et dans les communes limitrophes, ou de locaux dans les villes au-dessous de 100.000 habitants.

L'article 4 détermine les personnes qui n'ont pas droit au bénéfice de la prorogation. Ce sont :

1° Les étrangers n'ayant pas combattu ni servi, ou dont les enfants ou gendres n'auront pas combattu ou servi dans les diverses formations de l'armée française, alliées ou associées, sauf pour les sujets des pays de protectorat et de mandat, et pour ceux qui ont obtenu le bénéfice de l'admission à domicile en France ou dont les enfants ont acquis la nationalité française;

2° Les locataires, sous-locataires ou cessionnaires de locaux de plaisance pour lesdits locaux;

3° Les locataires, cessionnaires ou sous-locataires ayant plusieurs habitations, sauf pour celle constituant leur principal établissement, à moins qu'ils ne justifient que leur fonction ou leur profession les y oblige ou que les locaux d'habitation loués par eux en sus de leur habitation personnelle sont occupés par leurs ascendants ou descendants ou ceux de leur conjoint;

4° Les occupants pour lesquels le logement constitue un des accessoires du contrat de louage de services;

5° Les locataires qui, contrairement aux clauses du bail, ont loué ou loueront la majeure partie des locaux sans l'assentissement écrit du propriétaire;

6° Les locataires qui ont à leur disposition, dans la même agglomération, un autre local répondant à tous leurs besoins et à ceux des membres de leur famille demeurant avec eux;

7° Les locataires d'immeubles destinés par les collectivités à des travaux d'utilité pratique;

8° Les locataires qui, sans motif légitime, bien que depuis plus de deux ans en possession des locaux n'ont pas occupé effectivement ceux-ci six mois au moins au cours de chaque période des deux années antérieures à la promulgation de la loi, à moins que leur profession ou leur fonction ne justifie cette situation.

2. DROIT DE REPRISE DU PROPRIÉTAIRE. — La loi nouvelle a modifié les dispositions des lois antérieures. L'article 5 dispose que le droit à la prorogation n'est pas opposable au propriétaire de nationalité française, qui ayant acquis un immeuble ou partie d'un immeuble, *avant le 1er mars 1926*, voudra occuper par lui-même ou faire occuper par son conjoint, par ses ascendants ou descendants ou par ceux de son conjoint, cet immeuble ou partie de cet immeuble d'habitation.

La loi n'exige plus le motif légitime dont devait justifier le propriétaire, sous l'empire des lois précédemment en vigueur. Mais la loi a soin de préciser que le droit de reprise ne peut être exercé que par le propriétaire de nationalité française.

Lorsque l'immeuble aura été acheté postérieurement au 1er mars 1926, le propriétaire de nationalité française pourra bénéficier du droit de reprise, mais à la condition de mettre préalablement à la disposition du locataire un local répondant aux mêmes besoins que celui dont il veut reprendre l'usage.

Cependant, le droit de reprise par le propriétaire n'est pas absolu. La loi indique plusieurs cas dans lesquels ce droit ne pourra pas être opposé au locataire.

Le cas qui intéresse plus particulièrement les médecins et chirurgiens, c'est celui prévu par l'article 5, dernier paragraphe, ainsi conçu :

« Le droit reconnu au propriétaire par les alinéas précédents *ne pourra porter que sur les locaux servant exclusivement à l'habitation* et n'être exercé qu'une seule fois au profit de chacun des bénéficiaires ci-dessus énoncés. » Par conséquent, le droit de reprise ne peut pas s'exercer quand il s'agit de locaux à usage professionnel.

Les autres cas où le droit de reprise ne peut s'exercer sont indiqués par l'article 6; ce sont ceux prévus par les lois antérieures. Le droit de reprise ne peut être exercé à l'encontre des mutilés, réformés ou accidentés du travail, veuves de guerre non remariées, ascendants ayant recueilli la veuve ou les enfants de militaires ou marins morts pour la France, bénéficiaires des lois des 31 mars et 24 juin 1919, sinistrés, chefs de famille ayant au moins trois enfants vivant avec eux ou à leur charge, locataire ayant plus de soixante-dix ans. Mais, dans ces divers cas, le droit de reprise peut être exercé, si le propriétaire, son conjoint, ses enfants, et les conjoints de ceux-ci non séparés de corps, ou ascendants ou descendants, ou ceux de son conjoint appartiennent eux-mêmes à une des catégories qui viennent d'être indiquées.

Enfin, la loi nouvelle édicte une sanction dans l'article 7 contre le propriétaire qui abuse du droit de reprise. « Le propriétaire ayant excipé des dispositions des articles 5 et 6 et qui, dans un délai de trois mois à partir du départ du locataire et pendant une durée minimum de trois ans, n'aura pas occupé ou fait occuper l'immeuble par ceux des bénéficiaires pour le compte de qui il l'avait réclamé, sera, pour l'avenir, déchu de tous droits de reprise, frappé d'une amende civile de 500 à 5.000 francs et devra au locataire congédié une indemnité qui ne pourra être inférieure à une année de loyer du local précédemment occupé, ni supérieure à cinq années, sans que le locataire évincé n'ait à faire la preuve d'aucun préjudice. Ce locataire, en cas de non-occupation, pourra demander la réintégration; en ce cas, l'indemnité ne sera pas due. » La loi ajoute toutefois que la déchéance ne sera pas encourue, ni l'indemnité due, si un cas fortuit ou de force majeure a empêché l'exercice normal du droit de reprise.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

XIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE. — Paris, les jeudi 27, vendredi 28, samedi 29 mai 1926, sous la présidence du docteur Antheaume (de Paris), médecin expert, secrétaire général de la Société de médecine légale de France.

Vice-présidents : le docteur Duvoir, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux; le docteur Sorel, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Jeudi 27 mai 1926, 9 h. 30, à l'amphithéâtre de l'Institut de médecine légale, place Mazas, ouverture du XIe Congrès de médecine légale de langue française.

« Le dosage de l'alcool dans le sang et le diagnostic de l'ivresse. » Rapport de médecine légale par M. le docteur Vielledent (de Lille). Discussion du rapport. Communications.

17 heures, séance extraordinaire de la Société de médecine légale de France en l'honneur des membres du Congrès à la première Chambre de la Cour d'appel de Paris, au Palais de Justice. Communication du professeur Etienne Martin (de Lyon) : « La question du serment des médecins légistes; modification à apporter à l'article 44 du Code d'instruction criminelle. »

Vendredi 28 mai 1926, 9 h. 30, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté à l'Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, rapport de criminologie, par M. le docteur Rogues de Fursac (de Paris) : « Le témoignage des psychopathes. » Discussion du rapport et communications. Visite du service de la Clinique et du service de prophylaxie mentale.

14 h. 30, à l'amphithéâtre de l'Institut de médecine légale, place Mazas, séance de communications.

Samedi 29 mai 1926, 9 h. 30, à l'amphithéâtre de l'Institut de médecine légale, place Mazas, rapport de pathologie traumatique, par M. le docteur Dervieux (de Paris) : « Les arthrites traumatiques (en dehors de la tuberculose). » Discussion du rapport et communications.

DIARRHÉES DES NOURRISSONS

DIARRHÉES SAISONNIÈRES — DIARRHÉES DES TUBERCULEUX

ADULTES
CACHETS DE GÉLOTANIN :
Une boîte. Par jour : de 4 à 8 cachets de 0 gr. 50 à prendre au début, au milieu et à la fin des repas.

GÉLOTANIN

TANNATE DE GÉLATINE

NOURRISSONS et ENFANTS
PAQUETS DE GÉLOTANIN :
Une boîte. Par jour : de 3 à 6 paquets de 0 gr. 25 à diviser dans le lait ou dans les aliments habituels.

AVANTAGES RÉUNIS DU TANIN ET DE LA GÉLATINE — PAS D'INTOLÉRANCE

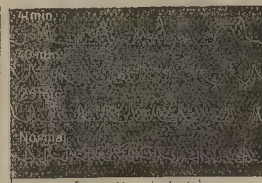
Échantillons et Littérature : LABORATOIRE CHOAY, 48, Rue Théophile Gautier, PARIS (XVIᵉ). — TÉLÉPHONE : Auteuil 44-09.

ÉNERGÉTÈNES BYLA

ÉNERGÉTÈNES BYLA

ÉNERGÉTÈNES BYLA

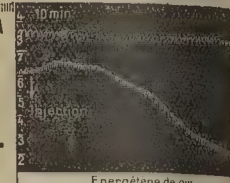
ÉNERGÉTÈNES BYLA


Energetène de digitale

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LES ÉTABLISSEMENTS BYLA
26, Avenue de l'Observatoire, Paris
Usines et Laboratoires de Recherches à GENTILLY (Seine)

DOSAGE CHIMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE RIGOUREUX
XXXVI gouttes = 1 gr. Energétène = 1 gr Plante fraîche

OPOTHÉRAPIE VÉGÉTALE

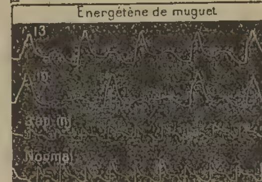

Energetène de gui

Tout le SUC inaltérable de la PLANTE fraîche et vivante

D'ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE CONSTANTE STABILISÉ ET CONCENTRÉ DANS LES

Energétènes Byla

Energétène de muguet

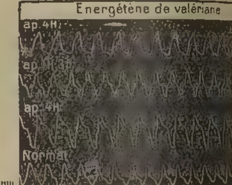


Digitale, Colchique :
X à XXX gouttes p. jour

Aubépine, Genêt, Muguet, Gui, Sauge :
XXX à C gouttes p. jour

VALÉRIANE
Cassis, Marrons d'Inde :
1 à 3 cuillerées à café p. jour

Energétène de valériane



Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS, etc.**
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques ; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phᶜⁱᵉˢ.

R. C., 48.283, Seine.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE

0 gr 25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre Myxœdème ; 2 à 8 Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse, etc. — 3, Boulevard Saint-Martin, Paris et Pharmacies.



GOUTTES de GLYCÉROPHOSPHATES ALCALINS (éléments principaux des tissus nerveux)

NÉVROSTHENINE FREYSSINGE

AUCUNE CONTRE-INDICATION

RECONSTITUANT RATIONNEL

NEURASTHÉNIE, CONVALESCENCES
SURMENAGE, ÉPUISEMENT NERVEUX
des Artérioscléreux, Diabétiques, Dyspeptiques, Entéritiques, etc.

XV à XX g. à ch. repas. 6, Rue ABEL, PARIS. Le Fl. en France

C., 37,721, Seine.

SANATORIUM LARUE

24, rue de Fresnes, CHEVILLY-LARUE
1/2 heure de Paris, près Bourg-la-Reine. Prix très modérés. Traitement de la TUBERCULOSE PULMONAIRE et des AFFECTIONS DES POUMONS. Traitement des TUBERCULOSES OSSEUSES. — *Radiodiagnostic, Radiothérapie, Pneumothorax thérapeutique. Rayons ultra-violets et Agents physiques.*
Pour tous renseignements, écrire au Directeur ou lui téléphoner au nº 10, Hay-les-Roses.

CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON

LA SAISON EST OUVERTE du 20 MAI au 20 SEPTEMBRE
Établissement Hydrominéral de 1ᵉʳ ordre
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 6 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

14 h. 30, à l'amphithéâtre de médecine légale, séance de communications et clôture du Congrès.

16 heures, au même amphithéâtre, assemblée générale de l'Association des médecins experts de France.

La séance inaugurale du Congrès sera présidée par M le Garde des Sceaux, ministre de la Justice.

Les membres du Congrès qui ont l'intention de faire des communications, soit sur le sujet d'un des trois rapports, soit sur des sujets différents, sont priés de bien vouloir en envoyer les titres exacts, le plus tôt possible, à M. Etienne Martin, secrétaire général du Congrès, 64, rue Pasteur, Lyon, ou à M. Piédelièvre, secrétaire général adjoint du Congrès, 24, rue Gay-Lussac, Paris (VIe).

Des réceptions et réjouissances sont prévues.

Prière d'envoyer les adhésions nouvelles et les souscriptions pour le XIe Congrès de médecine légale, fixées à 50 fr., à M. Etienne Martin, secrétaire général du Congrès, 64, rue Pasteur, à Lyon. Pour les abonnés aux *Annales de médecine légale* et pour les membres de la Société de médecine légale la souscription est réduite à 22 francs.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES INTESTINALES (1)

Ces hémorragies sont quelquefois précédées d'*élévation passagère de la tension*, de la *disparition du dicrotisme du pouls*.

Elles peuvent prendre le type de l'*hémorragie interne* et se terminer rapidement par la mort.

Dans leurs formes habituelles, elles s'accompagnent de douleurs à type de coliques intestinales, de pâleur, de vertiges et surtout d'une *chute de la température*.

Cet abaissement de température chez un typhique est d'autant plus marqué que l'entérorragie est plus copieuse. Il est marqué de 1, 2 ou 3 degrés, mais il n'est que momentané, la température remontant et dépassant parfois la température initiale.

Enfin, dans un certain nombre de cas, les hémorragies intestinales seront rapportées à un *syndrome hépatique*.

C'est, en effet, une complication qui vient souvent hâter la terminaison fatale d'une *cirrhose de Laënnec* ou d'un *cancer du foie*.

B. *Hémorragies intestinales de causes non évidentes.* — 1° *Lorsqu'il existe un syndrome infectieux portant sur l'intestin.* — On pensera :

a. *Aux affections aiguës.* — S'il existe des *douleurs abdominales*, des *épreintes*, du *ténesme*, des *selles fréquentes*, on recherchera les amibes et les kystes sur des selles fraîchement émises. En cas de résultat négatif et d'échec du *traitement d'épreuve* à l'*émétine*, on pratiquera la *culture des selles* et le séro-diagnostic seuls capables de mettre en évidence la *dysenterie bacillaire*. Dans certains cas, l'examen microscopique des selles mettra en évidence des œufs de parasites.

b. *Aux affections chroniques.* — L'attention sera attirée vers une affection néoplasique de l'intestin lorsque le sujet sera âgé, aura maigri et présentera des crises douloureuses avec phénomènes de subocclusion.

Enfin, il faudra songer à la *tuberculose intestinale*, bien que les hémorragies y soient moins fréquentes que dans la tuberculose pulmonaire.

2° *Le syndrome infectieux manque.* — Mais :

a. *Il existe un syndrome rectal.* — Lorsque le sang est abondant, rouge, on pensera à des *hémorroïdes*.

Il s'agira : soit d'*hémorroïdes externes*, tendres, violacées ; soit d'*hémorroïdes internes*, reconnaissables au toucher à leur bourrelet caractéristique.

Lorsque le sujet présente des *fausses envies*, des *sensations anormales* au niveau du rectum, de l'anorexie, de la constipation, de l'amaigrissement, seuls le toucher et la *rectoscopie* permettront de rattacher l'hémorragie à sa cause, *rétrécissement ou cancer du rectum*.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 40, p. 654.

En cas de rétrécissement, le doigt pénètre dans un entonnoir, le rectoscope montre des lésions de rectite proliférante hypertrophique.

En cas de polypes, rares du reste chez l'adulte, on sent une tumeur plus ou moins volumineuse, extrêmement mobile, avec un pédicule long et net dont on fait le tour.

En cas de cancer, le doigt rencontrera une masse dure, friable, faisant saillie dans la lumière du rectum, parfois une ulcération aux bords éversés indurés.

b. *Il n'existe pas de syndrome rectal.* — Si le sujet est jeune et présente des crises douloureuses intenses on orientera le diagnostic du côté d'une affection ulcéreuse du tube digestif.

L'hémorragie sera exceptionnellement rapportée à un *ulcère iléal* qui est rare, quelquefois à un *ulcère peptique du jéjunum* (lorsqu'un malade a été opéré de gastro-entérostomie et recommence à souffrir), mais plus souvent à un ulcère du duodénum.

Le caractère des douleurs qui siègent à droite se produisent avec exacerbation après des périodes de calme, cessent par la prise d'aliments, l'absence de troubles dyspeptiques, le caractère des hémorragies qui sont le plus souvent noires, sont déjà des signes en faveur de cette affection. Néanmoins, on pratiquera le tubage qui montre l'hyperacidité gastrique, la radioscopie qui met en évidence la *triade des hyper* et permet de localiser la douleur au niveau du duodénum.

C. *Hémorragies intestinales de causes rares.* — Il faut encore savoir que l'on peut voir survenir des hémorragies intestinales :

Au cours de compressions de l'intestin par des tumeurs abdominales, telles que fibrome, kyste de l'ovaire.

Certaines hémorragies intestinales seront causées par :

L'athérome des vaisseaux intestinaux ;

L'embolie des artères mésentériques ;

Les varices intestinales ;

La rupture d'anévrismes abdominaux.

II. Chez l'enfant. — Outre des hémorragies intestinales qui peuvent survenir dans les premiers jours à la suite de :

Rétention de méconium, de ligature prématurée du cordon, d'ictère grave, d'infection ombilicale dont le pronostic est très grave, la valeur diagnostique de l'hémorragie intestinale est des plus importantes.

En effet, l'hémorragie rectale résume toute l'histoire clinique de l'invagination intestinale du nourrisson.

Elle se produit en général vers la dixième heure, soit sous forme de melæna facile à reconnaître dans les couches, tranchant avec la coloration habituelle jaune d'or des matières, soit sous forme de matières diarrhéiques enrobées de sang, parfois même il s'agit de sang pur.

En l'absence d'*arthrites*, *pétéchies*, *fièvre*, elle est nécessaire et suffisante au diagnostic et pose une indication opératoire formelle.

TRAITEMENT. — En présence d'une hémorragie intestinale quelle qu'elle soit, il conviendra :

1° De mettre le malade au *repos absolu*, d'appliquer une vessie de glace en permanence sur le ventre.

Si l'hémorragie est peu abondante de mettre le malade à une diète légère, champagne, lait glacé. On lui administrera du chlorure de calcium.

Si l'hémorragie est très abondante la diète sera absolue. On pourra employer le sérum de cheval, le sérum de Dufour, et dans certains cas on sera autorisé à donner de l'opium, de la morphine.

De plus, l'état du malade pourra nécessiter des injections de sérum artificiel adrénaliné au besoin, des injections de spartéine ou d'huile camphrée.

Dans la fièvre typhoïde, une hémorragie intestinale même légère devra faire suspendre les bains froids pendant au moins vingt-quatre heures, surtout s'il s'agit d'hémorragies de la période tardive.

2° Enfin, à côté de ce traitement symptomatique, il existe un traitement étiologique, mais il est des plus variables.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35. fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
~~*BELGIQUE ET ITALIE*. . . . 45 *fr.*~~

Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Souques, P. Duval, Armand-Delille, Louste, Michel, Apert, Villaret, René Marie, qui acceptent; Bruhl, Caussade, Garnier, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — *Lecture des copies.* — Séance du 26 mai. — MM. Banzet, 26; Sauvage, 25; Blondin, 23.

Concours du prosectorat. — *Lecture des copies.* — Séance du 26 mai. — MM. Lemarié, 29; Bernard, 25; Gérard Marchand, 24.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lazard (G.), Arnoux, Lévy (Moïse), Hutinel, qui acceptent; Morellet, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La prochaine séance de l'Académie sera en partie consacrée à la Conférence internationale sanitaire qui se tient actuellement au ministère des Affaires étrangères, sous la présidence de M. Barrère, ambassadeur.

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS (15, 16, 17, 18 juillet 1926). — Organisation matérielle des Journées :

I. Adhésion aux Journées médicales. — L'adhésion donne droit :

1° A participer à toutes les démonstrations cliniques ou conférences faites dans les hôpitaux ou au Grand Palais;

2° A l'entrée permanente à l'Exposition qui se tiendra au Grand Palais;

3° Au volume-programme des Journées médicales;

4° Au numéro spécial que la *Revue médicale française* consacrera aux comptes rendus des Journées médicales de Paris;

5° Si l'autorisation en est accordée, à une tombola gratuite comprenant plusieurs lots dont au moins une automobile;

6° A assister gratuitement à une représentation théâtrale à l'Opéra, dans la limite des places disponibles; l'Opéra sera occupé en entier par les adhérents des Journées médicales et les places seront distribuées dans l'ordre d'inscription. Si le nombre d'inscrits dépasse les disponibilités de l'Opéra, des places dans d'autres théâtres seront distribuées;

7° A assister à une ou plusieurs réceptions officielles;

8° A assister à prix réduit à une ou plusieurs excursions;

9° Visite aux stations hydrominérales dans des conditions très avantageuses (réduction sur les tarifs de chemins de fer, réceptions, excursions, logement et nourriture, soit gratuitement, soit à des prix très réduits). Nombre limité de places;

10° Pour les dames, entrée permanente à l'Exposition, excursions dans Paris, soirée théâtrale, réception-thé chez un ou plusieurs grands couturiers (la maison Drecoll a accepté), conférences, etc.

Les prix d'adhésion aux Journées médicales ont été fixés à : 50 francs pour les médecins participant aux Journées médicales de Paris; 20 francs pour les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine; 20 francs pour les femmes ou enfants des membres des Journées médicales.

II. Logement et nourriture. — Avantages dans certains hôtels et restaurants. Une entente avec la Compagnie française de tourisme permet d'offrir aux adhérents un logement dans un bon hôtel avec petit déjeuner et la possibilité de prendre les repas dans des brasseries ou restaurants) dont il sera donné la liste), moyennant le prix forfaitaire de 50 francs par jour et par personne, chambre, trois repas, taxes et pourboires compris.

III. Excursions. — La plus importante sera l'excursion à Reims. Elle aura lieu le lundi 19 juillet 1926; son programme est le suivant :

A 8 h. 30, départ pour Reims. Le matin, visite de la Cathédrale sous la conduite de Son Eminence le cardinal Luçon. Visite de la ville. Visite aux caves de champagne Maison L. Pommery. L'après-midi, excursion au fort de la Pompelle.

Visite d'anciens champs de bataille; M. le général Gouraud, gouverneur militaire de Paris, a bien voulu accepter de diriger cette visite. Retour à Paris le soir.

Le prix de cette excursion est de 85 francs tous frais compris (voyage aller et retour en 2e classe, autocars, déjeuner).

Les Journées médicales ont pu, grâce à des subventions, prendre à leurs frais la différence entre les prix payés par l'adhérent et le prix réel versé à l'Agence de voyage qui réalise l'organisation matérielle de cette excursion.

Les adhérents auront également le choix entre diverses excursions en autocars aux environs de Paris (Versailles, Chantilly, Malmaison, etc., prix variant entre 30 et 50 francs, déjeuners compris).

Secrétariat général : 18, rue de Verneuil, Paris.

XXVIe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE. — Le Congrès s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mardi 5 octobre 1926, sous la présidence de M. Marion.

Question à l'ordre du jour : *Le reflux vésico-urétéral.* Rapporteur : M. Lepoutre (de Lille).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le prochain Congrès aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 13 au 17 octobre 1926, sous la présidence du professeur Sebileau.

Question à l'ordre du jour : 1° *Technique et corrections chirurgicales des difformités congénitales et acquises de la pyramide nasale.* Rapporteurs : MM. Sebileau et Dufourmentel (Paris). — 2° *La laryngologie et le chant.* Rapporteurs : MM. Moliné (Marseille) et Moreaux (Nancy).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Georges Liébault, secrétaire général du Congrès, 216, boulevard Saint-Germain, Paris, 7e.

STATISTIQUE MUNICIPALE DE PARIS. — Le Bureau de la statistique a enregistré, pendant la 13e décade (du 1er au 10 mai) : 1.183 décès, au lieu de 1.180 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.170, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (la moyenne est 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 41, au lieu de 23 pendant la décade précédente (la moyenne est 28).

La variole et la varioloïde n'ont causé aucun décès : aucun cas nouveau n'a été déclaré, il y en avait 1 pendant la décade précédente (la moyenne est 0).

10 cas de varicelle ont été signalés,

Les autres maladies infectieuses signalées ne dépassent pas sensiblement la moyenne.

PRATIQUE MÉDICALE

LES MOUCHETURES DANS LES ŒDÈMES

Par J. Largillière.

Les mouchetures, dans les œdèmes, sont d'une pratique courante; malheureusement les complications dont elles sont souvent la cause (inflammations, infections, macération des téguments) en limitent ou en gênent l'emploi. Depuis plusieurs années je me sers d'une méthode très simple qui me donne toute satisfaction et me permet de l'utiliser d'une façon pratiquement indéfinie; en voici un exemple :

Femme de soixante-dix ans, atteinte d'aortite et d'insuffisance ventriculaire gauche, avec cœur volumineux; souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, bruits sourds, tachyarythmie extrasystolique; congestion légère des bases pulmonaires et œdèmes abondants des membres inférieurs. Les toni-cardiaques habituellement utilisés, la digitale, l'ouabaïne, la théobromine, n'ont donné que des résultats précaires et insuffisants jusqu'au jour où on leur a associé des mouchetures.

Les mouchetures ont été faites au vaccinostyle après lavage de la peau à l'alcool et large badigeonnage au lipol-liquide. Elles ont donné d'emblée au point de vue fonctionnel et au point de vue de l'état du cœur une amélioration sensible. On fut obligé de les renouveler car l'insuffisance cardiaque devenait plus menaçante chaque fois qu'elles cessaient de couler. On les renouvelle sans arrêt *depuis plus de six mois* en prenant la précaution de badigeonner les membres inférieurs trois fois par jour avec du lipol-liquide. Depuis six mois, par conséquent, ces membres sont baignés de liquide, entourés de gaze constamment humide (on peut évaluer à 800 grammes la perte quotidienne en eau); or, il *n'y a jamais eu la moindre trace d'inflammation*, et l'on n'a *jamais eu à redouter l'infection des mouchetures*, cette complication si redoutable et si fréquente qui oblige trop souvent à se passer de ce précieux moyen de traitement des œdèmes. Bien plus, *les téguments ne présentent en aucun point la moindre trace de macération.* On est assuré maintenant de pouvoir continuer les mouchetures aussi longtemps que l'état de la malade l'exigera.

C'est un résultat surprenant, car il n'est pas d'exemple que des tissus aussi constamment baignés de liquide échappent à la macération et l'on ne connaissait aucun moyen susceptible de l'empêcher. Ce résultat tient aux propriétés de l'acide élaïérinique qui pénètre les téguments, les imbibe et les protège contre les infections et contre la macération.

LIVRES NOUVEAUX

Troubles des échanges nutritifs; physiopathologie, pathologie, thérapeutique (1), par Ch. Achard, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Ce beau livre est le résultat et la synthèse de quinze années d'un patient labeur, et l'on ne sait ce qui doit être le plus admiré des deux rares qualités qu'il unit : le souci de la documentation, la sûreté de jugement dans la construction.

Conçu sur un plan nouveau, entièrement homogène ce volume groupe une « bibliothèque » de documents sur les innombrables recherches dont la nutrition normale et pathologique a fourni la matière. Il fixe l'état de nos connaissances au premier quart du XXe siècle sur cette partie de la médecine qui comprend tant de questions complexes, discutées, et en perpétuelle évolution.

Un index alphabétique très complet, qu'on pourra consulter comme un véritable « *dictionnaire* », facilitera la recherche des renseignements que l'ouvrage contient sur des points particuliers.

L. G.

(1) Deux volumes formant ensemble 1 220 pages avec 167 figures. — Prix : 110 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

ÉPILEPSIE TRAUMATIQUE

Par Mlle CL. VOGT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Définition. — On désigne sous le nom d'épilepsie traumatique les accidents épileptiques survenant à la suite d'un traumatisme ayant lésé directement ou indirectement le cerveau.

Étiologie. — L'épilepsie est la conséquence du traumatisme cranien que celui-ci ait eu lieu à la naissance : traumatisme obstétrical, ou qu'il se soit produit plus tard à l'occasion d'une chute, d'un accident, d'une blessure par arme à feu.

Pour produire l'épilepsie le traumatisme doit s'être accompagné de lésions cérébrales, et elle est d'autant plus fréquente que les tissus nerveux ont été plus touchés. Toutes les statistiques sont d'accord sur ce point. C'est ainsi que dans la guerre de Sécession on relève en moyenne 12,7 épileptiques pour 100 blessés du crâne (Echevaria); dans la guerre 1914-1918, 8 p. 100 (Châtelin et de Martel), 10 p. 100 (Guillain), 12 p. 100 en 1919 (Béhague). Dans les traumatismes graves du cerveau le chiffre s'élève à 15 et 20 p. 100. Marchand fait remarquer que les statistiques ne portent que sur les militaires. « Or, dit-il, la fréquence de l'épilepsie traumatique par rapport au nombre des traumatismes craniens est plus élevée si l'on considère les traumatismes survenant chez les sujets jeunes... Les traumas craniens de l'enfance déterminent plus souvent l'épilepsie que ceux qui surviennent chez l'adulte et le vieillard. »

L'épilepsie est causée :

1° Par des *plaies non pénétrantes* : fractures du crâne, embarrures, éclats de la table interne, simples plaies du cuir chevelu (mais dans ce dernier cas il faut se méfier de fracture du crâne passée inaperçue, ou d'une commotion cérébrale grave) commotion cérébrale, qui, lorsqu'elle est considérable, détermine des lésions disséminées du cerveau et des méninges.

2° Par des *plaies pénétrantes :* fractures du crâne ouvertes, blessures par armes à feu. Parmi ces dernières, les blessures de guerre sont responsables d'un grand nombre d'épilepsies traumatiques. C'est pourquoi cette question a été particulièrement étudiée au cours de la dernière guerre et des années qui ont suivi. Les rapports du siège du traumatisme, de la nature et l'étendue des lésions, de l'agent vulnérant avec l'épilepsie ont été décrits minutieusement.

a. *Siège.* — La *blessure cranienne* siège plus souvent à gauche qu'à droite. Les plaies pariétales sont les plus fréquentes, puis viennent ensuite les plaies frontales, occipitales, temporales.

Quant à la *plaie cérébrale*, quel que soit son siège, elle est susceptible de déterminer l'épilepsie. Mais certaines régions sont plus particulièrement épileptogènes. D'après les statistiques de Béhague les *lobes pariétaux* donnent la moitié des cas d'épilepsie (l'épilepsie généralisée étant aussi fréquente que l'épilepsie jacksonienne).

Un quart des cas d'épilepsie sont dus à la lésion des *lobes frontaux;* la région péri-orbitaire étant spécialement épileptogène.

Dans tous ces cas l'épilepsie généralisée est plus fréquente que la jacksonienne : 85,84 p. 100.

D'autres auteurs admettent que les blessures des lobes frontaux sont aussi épileptogènes que celles des lobes pariétaux.

Quant aux *lobes occipitaux et temporaux*, ils sont beaucoup moins souvent en cause : les lobes temporaux donnent 1/10 des cas d'épilepsie, les lobes occipitaux 1/8 et les crises généralisées égalent les crises partielles.

Les *lésions du cervelet* ne donnent jamais d'épilepsie à moins qu'il n'y ait lésion du voisinage.

b. *Nature et étendue des lésions.* — La *dimension de la brèche* cranienne n'a aucune influence sur l'éclosion des crises comitiales. Plus importante est l'*étendue de la plaie cérébrale :* les lésions cérébrales étendues sont presque toujours suivies d'épilepsie.

La *profondeur de la blessure* est aussi intéressante à considérer : les lésions superficielles de l'écorce cérébrale donnent surtout des crises jacksoniennes, les plaies profondes (transfixion du crâne, projectiles intracraniens, etc.) sont graves et s'accompagnent dans 23 p. 100 des cas d'épilepsie, cette épilepsie est toujours généralisée.

c. *Agent vulnérant.* — Ces considérations permettent de comprendre que les projectiles lents comme les éclats d'obus qui déterminent des plaies contuses avec des délabrements parfois considérables provoquent plus volontiers des accidents épileptiques que les projectiles à grande vitesse comme les balles qui s'accompagnent en général de lésions superficielles et limitées.

Les plaies par éclats d'obus donnent des crises généralisées, les plaies par balle des crises jacksoniennes.

Pour quelques auteurs (Lenormant) la profondeur et l'étendue des lésions ne seraient pas en rapport avec la fréquence et la gravité de l'épilepsie, et l'épilepsie appartiendrait surtout aux lésions de gravité légère et moyenne, les grands traumatismes déterminant plutôt des phénomènes paralytiques.

Outre la blessure, d'autres causes favorisent l'éclosion de l'épilepsie traumatique. La principale est la *suppuration de la plaie*, cause d'adhérences, de cicatrices névrogliques ultérieures; et Souques a pu dire que les plaies bénignes (assez fréquemment négligées) étaient peut-être plus souvent que les autres suivies d'épilepsie.

Ensuite viennent les *interventions chirurgicales* : les opérations sur la dure-mère et le cerveau peuvent augmenter les lésions, les cranioplasties sont toujours néfastes et dangereuses, de même que la réduction d'une hernie cérébrale; par contre la simple trépanation n'a aucune importance.

Enfin, dans certains cas le projectile n'a pas été extrait : superficiel, il irrite la corticalité et est épileptogène, profond, il est relativement bien toléré. Son extraction ne peut qu'augmenter le tissu cicatriciel, donc l'épilepsie.

En résumé, on peut dire, qu'après une plaie cranio-cérébrale, plus la cicatrice névroglique est importante, plus il y a risque d'épilepsie.

A côté de ces causes déterminantes il nous faut envisager les *causes prédisposantes*. Pour quelques étrangers (Eguchi, Kramer, Axhauser) les antécédents névropathiques sont capitaux dans l'éclosiou de l'épilepsie. Pour la majorité des auteurs le traumatisme crée de toutes pièces l'épilepsie.

Toutefois les antécédents du blessé ne doivent pas être négligés.

Il est bien démontré, en effet, que l'alcoolisme, la syphilis, l'épilepsie antérieure aggravent l'épilepsie traumatique en favorisant les crises, les rapprochant, et en transformant les équivalents en crises.

Clinique. — Il faut distinguer :

L'épilepsie traumatique aiguë ou précoce.
L'épilepsie traumatique vraie ou tardive.

I. **Epilepsie traumatique aiguë.** — Elle apparaît immédiatement ou quelques heures après le trauma. Elle est due à une cause irritative locale : esquilles, projectiles, hématome extra-dure-mérien, ostéite (l'intervention chirurgicale fait disparaître les crises) ou bien alors, elle traduit une réaction méningée localisée ou généralisée, septique ou non.

Dans tous ces cas l'épilepsie n'est qu'un épisode éphémère, symptomatique.

II. **Epilepsie traumatique tardive.** — C'est de beaucoup la plus fréquente après les traumatismes craniens. Il s'écoule toujours entre la première crise et le traumatisme une *période de latence*, de durée fort variable. L'épilepsie peut survenir quelques semaines, quelques mois après le trauma. L'expérience montre qu'elle a tendance à apparaître dans les premiers mois qui suivent la blessure, en général entre trois et cinq mois. Mais le temps de latence peut être plus long, neuf mois, un an, deux ans et davantage ; cinq, dix, quinze ans même, surtout chez les sujets jeunes où l'épilepsie peut être une complication très tardive. Pour les traumatismes de guerre, Béhague conclut que : « si un an et demi après l'accident il n'y a pas de complications convulsives, il est probable qu'il n'y en aura pas. 3 p. 100 seulement des épileptiques ayant leur première crise après un an et demi ».

Le temps de latence est plus long pour l'épilepsie généralisée : cinq à six mois, et plus la blessure est profonde et étendue, plus l'épilepsie est tardive.

Par contre le temps de latence est court chez les blessés par balles, chez les sujets atteints dans la zone sensitive ou motrice et chez ceux ayant subi de nombreuses interventions chirurgicales.

Prodromes. — Les crises sont précédées de prodromes dans le tiers des cas qui apparaissent parfois quarante-huit heures, le plus souvent douze heures avant les convulsions. C'est un malaise général, une céphalée violente, des bourdonnements ou des sifflements d'oreilles, des mouches volantes, noires ou scintillantes devant les yeux, parfois des idées fixes, un changement d'humeur.

Les prodromes consistent très fréquemment en fourmillements, picotements au voisinage de la plaie cranienne en même temps que la cicatrice devient douloureuse et tendue.

Auras. — Puis survient l'aura qui ne dure que quelques secondes et qui précède immédiatement la crise. Elle existe chez 20 p. 100 des blessés et est presque constante dans l'épilepsie jacksonienne. Elle affecte plusieurs types, mais reste en général la même chez un même malade. La plus fréquente est l'*aura motrice* : secousses brèves ou tremblements au niveau de la face ou d'une extrémité, embarras de la parole.

Elle peut être *sensitive* : fourmillements, engourdissements, picotements, douleurs dans la région où apparaîtront les secousses. C'est dans le cas de ces auras sensitives que le blessé arrive parfois à faire avorter sa crise en serrant un lien autour de son bras ou de son avant-bras.

Sensorielle : sensations auditives, gustatives, olfactives, visuelles. Les auras visuelles sont fréquentes chez les blessés occipitaux et se présentent volontiers comme un scotome scintillant parfois hémianopsique.

Vaso-motrices : sensation de ruissellement d'eau chaude ou froide, surtout fréquente chez les blessés de guerre. Changement de coloration de la face.

Psychiques : irritabilité brusque changement d'humeur.

Viscérales : hoquet, pesanteur gastrique.

Grâce à l'aura et aux prodromes, le malade prévenu de sa crise a le temps de s'étendre et peut ainsi éviter assez souvent la chute.

Crises convulsives. — Elles se présentent sous forme d'épilepsie généralisée ou jacksonienne ; et, contrairement aux classiques les crises généralisées sont les plus fréquentes s'observant dans les deux tiers des cas (P. Marie et Béhague). Notons que chez l'enfant, même avec des lésions minimes et limitées, le traumatisme cranien est suivi d'épilepsie généralisée.

1° *Epilepsie généralisée.* — L'aura manque souvent, l'attaque suit immédiatement les prodromes. Le malade pâlit, pousse un cri (le cri manque souvent dans l'épilepsie traumatique, la pâleur rarement) perd connaissance et tombe. La chute se fait n'importe où ce qui explique les accidents multiples auxquels sont exposés ces sujets (brûlures, fractures, blessures diverses).

La *phase tonique*, très courte est caractérisée par une raideur tétanique de tous les muscles : les membres en extension, la main énergiquement fermée, la tête en rotation latérale ou rejetée en arrière, les yeux convulsés en haut, les pupilles largement dilatées. La face est cyanosée, la respiration lente.

La *phase clonique* lui succède : les secousses convulsives apparaissent dans les membres et deviennent de plus en plus violentes. La tête exécute des mouvements de rotation saccadés, la face grimace, la langue projetée entre les dents est mordue profondément, une salive écumeuse et sanglante apparaît à la bouche. La respiration est bruyante, rauque. Le malade urine sous lui.

Phase stertoreuse : Au bout de quelques instants, les convulsions s'espacent, puis cessent. La respiration devient ample, stertoreuse. Le malade reste plongé dans le coma un temps variable.

Revenu à lui, l'épileptique a une amnésie complète de sa crise.

Dans l'épilepsie traumatique, les phases se succèdent souvent moins méthodiquement, la perte d'urine, la morsure de la langue, la salivation peuvent manquer.

Accessoirement, pendant la crise, on constate que les réflexes tendineux sont vifs, les réflexes cutanés abolis, le réflexe cutané plantaire est souvent en extension. Au point de vue oculaire on note l'abolition du réflexe cornéen et du réflexe pupillaire. Les troubles d'ordre vago-sympathiques sont fréquents et caractérisés par des alternatives de pâleur et de rougeur de la face, de la bradycardie, de la salivation, de la dilatation pupillaire.

La tension artérielle est augmentée au moment de l'accès.

FORMES CLINIQUES. — Elles peuvent être nombreuses suivant la variété des convulsions. Parmi les plus intéressantes citons, l'*ictus apoplectique* dans lequel à la phase tonique succède immédiatement la phase stertoreuse.

La *forme stertoreuse simple.*

La *fureur épileptique* : la crise est particulièrement longue et les convulsions d'une violence extrême.

2° *Epilepsie partielle ou jacksonienne.* — La crise débute brusquemment, sans cri initial, par une phase tonique très courte, bientôt suivie d'une phase clonique : secousses violentes, rapides qui s'étendent progressivement à tout un côté du corps et parfois même se généralisent.

Au bout de quelques secondes, ou de quelques minutes, les secousses se ralentissent, puis cessent en ordre inverse de leur progression. Le caractère essentiel de ces convulsions est de débuter dans un groupe musculaire bien localisé, toujours le même pour un même malade. D'après ce mode de début on distingue trois types principaux :

1° TYPE FACIAL. — Le début se fait par la bouche qui est déviée, animée de secousses. Le visage devient grimaçant. Il se produit des mouvements de diduction des mâchoires, la langue peut être mordue. Parfois il y a de la déviation conjugée du côté des membres convulsés. Les convulsions progressent de haut en bas, la tête s'incline du côté convulsé, l'épaule s'abaisse et se relève, le bras se prend ensuite, puis le membre inférieur en dernier lieu.

2° TYPE BRACHIAL. — C'est le type le plus fréquent. Le début se fait par des mouvements de flexion et d'extension des trois premiers doigts. Le membre supérieur se raidit, soit en flexion, la main fermée et le pouce caché, sous les autres doigts, soit en extension et pronation forcée puis apparaissent les secousses qui s'étendent d'abord à la face, et ensuite au membre inférieur.

3° TYPE CRURAL. — Il est plus rare. La crise débute par des mouvements de flexion et d'extension du gros orteil, puis des autres orteils. Le pied se met en varus équin; les convulsions gagnent la jambe, la cuisse, puis le membre supérieur et en dernier lieu la face.

Pendant l'accès, le malade, en principe ne perd pas connaissance et assiste à sa crise. Toutefois, lorsque les convulsions gagnent la face, on observe une obnubilation plus ou moins complète, celle-ci est presque constante dans le type facial.

L'incontinence d'urine est exceptionnelle.

A côté de cette forme classique il existe de nombreuses formes cliniques :

1. *Formes suivant le type des réactions motrices* :

— *forme tonique* : le membre se raidit et reste d'une rigidité extrême pendant quelques secondes, la phase clonique est supprimée,

— *forme clonique* : les convulsions existent seules,

— *forme avec tremblements* : un tremblement remplace les secousses des membres,

— *forme myoclonique* : les myoclonies précèdent immédiatement la crise ou bien persistent entre les accès,

— *forme athétoïde* avec mouvements lents du membre convulsé. Elle se voit surtout au niveau du membre supérieur.

— *forme choréo-athétosique* : les mouvements sont plus amples et plus vifs que dans la forme précédente.

Ces trois dernières formes sont caractérisées par leur durée qui est longue, ce qui les rapproche un peu de l'épilepsie de Kojewnikow.

2. *Formes suivant la localisation des convulsions* :

— *forme parcellaire* limitée à un membre ou même à quelques muscles. Le *nystagmus myoclonique de Lenoble et Aubineau* est une variété d'épilepsie localisée aux muscles de l'œil,

— *forme hémiplégique* atteignant d'emblée et non successivement la face et les membres.

— *forme généralisée* qui serait plus fréquente après les crises à début facial. Le malade perd connaissance, lorsque la crise se généralise,

— *forme partielle homolatérale* : l'épilepsie se manifeste sur les membres du même côté que la blessure.

3. *Formes suivant la durée.*

L'*épilepsie continue de Kojewnikow* est une épilepsie dans laquelle les contractions localisées à un segment musculaire se font d'une manière continue, même pendant le sommeil. A certains moments surviennent des crises épileptiques typiques.

PHÉNOMÈNES POST-PAROXYSTIQUES. — Ils sont fréquents dans l'épilepsie traumatique. Après la crise, pendant un temps variable, le malade est anéanti, hébété, surtout s'il s'agit d'épilepsie généralisée. Si les crises sont quotidiennes ou très répétées, cet état peut devenir permanent et provoquer une véritable déchéance intellectuelle qui peut même aboutir à la démence : *démence épileptique traumatique.*

Chez les jeunes sujets, l'épilepsie traumatique peut être suivie d'idiotie complète.

Les phénomènes post-paroxystiques consistent souvent en *troubles moteurs* : c'est une diminution de la force musculaire, une simple parésie prédominant sur un membre, ou sur un côté du corps.

Parfois, ce sont de véritables paralysies, en général, de type monoplégique dans l'épilepsie jacksonienne, de type hémiplégique dans l'épilepsie généralisée. Ces paralysies sont flasques, passagères. Si les crises se répètent, elles peuvent devenir permanentes et évoluer vers la contracture comme toutes les paralysies d'origine pyramidale. Les paralysies oculaires transitoires, surtout strabisme sont souvent notés.

Après la crise le malade peut présenter des troubles du langage : dysarthrie, aphasie. On a signalé aussi :

— des *troubles sensitifs* : anesthésie dans le territoire d'un nerf périphérique ou dans un domaine radiculaire,

— des *troubles sensoriels* : rétrécissement concentrique du champ visuel, cécité, surdité.

Tous ces phénomènes post-paroxystiques sont en général transitoires.

EQUIVALENTS. — Certains traumatisés ont uniquement des accès épileptiques.

Chez d'autres, les accès alternent avec les équivalents. Certains sujets n'ont que des équivalents.

Les équivalents sont caractérisés par la soudaineté de leur apparition et de leur disparition, leur brièveté, leur répétition toujours sous la même

forme chez un même sujet, l'amnésie complète qui les accompagne.

Les comparant aux crises comitiales, Béhague les distingue :

en équivalents épileptiques généraux,
en équivalents épileptiques partiels.

1° *Equivalents épileptiques généraux*. — Les plus connus sont :

1. Les *vertiges* : brusquement le malade éprouve une sensation vertigineuse intense, tombe, perd connaissance et revient à lui presque immédiatement.

2. Les *absences :* le malade pâlit, s'immobilise, l'air hébété, et reste ainsi, inconscient du monde extérieur pendant quelques secondes. Parfois, au lieu de rester immobile, pendant ces absences, le malade exécute quelques gestes automatiques, très souvent il marche, se sauve : *épilepsie procursive*.

Les *fugues* ne sont que des crises ambulatoires de longue durée.

3. Les *équivalences vaso-motrices :* c'est une pâleur brusque du malade avec léger état vertigineux. Ce sont des sueurs subites sur le visage ou les membres.

4. Les *équivalences psychiques* sont plus rares et se présentent soit comme un véritable accès d'excitation maniaque, soit comme un accès de dépression mélancolique qui dure plusieurs jours avec amnésie complète de l'accès.

5. Signalons, en outre, des accès de céphalée paroxystique, des crises de vomissements, de sommeil invincible.

2° *Equivalents épileptiques partiels*. — Ils ressemblent beaucoup aux auras et aux phénomènes post-paroxystiques.

1. *Equivalents paralytiques :* ce sont des parésies ou des paralysies brusques d'un ou des deux membres du côté opposé à la lésion, parfois une véritable hémiplégie épileptique durant de cinq à dix minutes. Les troubles moteurs coexistent souvent avec des troubles vaso-moteurs.

2. *Equivalents épileptiques sensitifs :* le blessé se plaint de picotements, de douleurs, de brûlures, d'élancements au niveau d'un membre, parfois d'une sensation d'engourdissement en même temps que l'on note des troubles de la sensibilité objective; anesthésie au tact, à la piqûre.

3. *Equivalents visuels :* fréquents dans les lésions occipitales. Ils se présentent sous forme de cécité passagère, de « vision noire », d'hémianopsie, parfois de scotome hémianopsique.

La *migraine ophtalmique* est l'équivalent le plus curieux : elle débute par un scotome à contours scintillants, suivi d'une céphalée hémicranienne intense avec vomissements.

4. *Equivalents auditifs* : bourdonnements, sifflements d'oreilles, surdité subite

5. *Equivalents dysarthriques et dysphasiques* : ils sont particulièrement intéressants et se rencontrent chez les blessés de la région temporo-occipitale. Ils affectent les différentes modalités de l'aphasie : aphasie de Broca, aphasie de Wernicke, anarthrie pure.

6. *Equivalents olfactifs et gustatifs* : perception d'une saveur ou d'une odeur désagréables pendant quelques minutes.

Tous ces équivalents sont suivis de fatigue, de céphalée, tout comme un accès épileptique banal.

Evolution de l'épilepsie traumatique. — L'évolution de l'épilepsie traumatique est très variable. Les crises surviennent souvent sans cause. Rappelons toutefois que toutes les intoxications (alcool, plomb, etc.), les infections, syphilis en particulier, toutes les causes d'hypertension intra-cranienne peuvent favoriser l'apparition des accès.

Certains sujets présentent une ou deux crises, puis n'en ont plus jamais. Ils sont l'exception.

Chez quelques traumatisés, les crises après être survenues à intervalles irréguliers, s'espacent peu à peu : quelques crises peuvent être remplacées par des équivalents, puis il n'existe plus que des équivalences qui vont en s'atténuant. Dans la règle, l'épilepsie traumatique régresse peu. Elle a plutôt tendance à s'aggraver. Dans les cas les plus sombres elle aboutit à l'*état de mal* : les crises augmentent de fréquence et deviennent bientôt subintrantes. Les convulsions d'abord localisées à un membre ou à la face se généralisent tout en prédominant du côté pris le premier. La température s'élève, pouvant atteindre 40 degrés. La ponction lombaire révèle parfois une réaction méningée. Cet état de mal peut être passager, le plus souvent il aboutit au coma complet et à la mort.

Pronostic. — L'épilepsie traumatique est donc une des complications les plus redoutables des blessures du crâne.

Tolérable, lorsqu'elle ne se manifeste que par quelques crises annuelles ; elle devient *grave*, lorsque les crises sont mensuelles car elle s'accompagne de troubles psychiques (anxiété, tristesse, aigreur de caractère, déchéance intellectuelle légère); elle est particulièrement *redoutable*, lorsque les crises sont hebdomadaires ou quotidiennes, car outre les troubles de l'état général, les accidents (fractures, blessures), la déchéance intellectuelle est telle que les malades sont incapables de tout travail, et peuvent même être de véritables déments (démence épileptique).

Diagnostic. — Le diagnostic d'épilepsie traumatique, facile théoriquement, peut dans certains cas être embarrassant. Il devra être fait avec : 1° la *simulation* : la crise épileptique n'est jamais reproduite exactement et on ne trouve pas de signes post-épileptiques : (affaiblissement musculaire, réflexes rotaliens faibles, nystagmus, rétrécissement concentrique du champ visuel.

2° Lorsque l'on assiste à la crise, l'*hystérie* est vite reconnue : le malade est agité, la crise est atypique. Il y a absence de cyanose du visage, d'hémorragie sous-conjonctivale, le réflexe cutané plantaire est en flexion. La crise est suivie de pleurs, s'accompagne de cris. Enfin la crise peut être reproduite par suggestion. Dans certains cas, il y a coexistence d'hystérie et de crises épileptiques vraies chez un même sujet.

3° Il ne faut pas prendre pour des crises comitiales des *crises tétaniques tardives* survenant chez un blessé qui a été atteint à un membre en même temps qu'à la tête.

Quant aux *équivalents*, et en particulier les vertiges, il ne faut pas les confondre avec les *troubles subjectifs*, très fréquents chez les blessés du crâne et qui consistent en céphalées, éblouissements, vertiges, troubles de la mémoire, changements de caractère, très analogues aux troubles présentés par les comitiaux.

Le traumatisme peut enfin n'avoir joué aucun rôle dans l'apparition de l'épilepsie : *épilepsie pseudo-*

traumatique, l'épilepsie étant symptomatique d'une tumeur cérébrale, d'une méningite syphilitique, par exemple. Parfois le traumatisme a simplement réveillé une épilepsie essentielle latente. Donc toujours rechercher soigneusement les antécédents. Rappelons d'ailleurs que beaucoup d'épilepsies essentielles ne sont que des épilepsies traumatiques, liées à un traumatisme obstétrical (Couvelaire).

L'épilepsie reconnue, avant de poser le diagnostic d'épilepsie traumatique tardive, il faut éliminer l'épilepsie aiguë, ce qui peut être délicat lorsque le trauma est encore récent. Longtemps après l'accident, l'épilepsie peut traduire l'existence d'un abcès cérébral resté latent jusque là, d'un abcès méningé tardif, d'une hémorragie, d'une encéphalite non suppurée. diagnostic qu'il importe de faire en vue d'une intervention chirurgicale.

Anatomie pathologique. — Il faut considérer les lésions osseuses, méningées, cérébrales.

1° **Lésions osseuses.** — Dans les fractures fermées du crâne, il peut exister un épaississement et une condensation du tissu osseux au niveau de la fracture, des exostoses saillant dans la cavité cranienne; ou bien encore on constate un enfoncement cranien qui déprime les méninges et le cerveau sous-jacents.

En cas de plaies par armes à feu ou de fractures ouvertes, la perte de substance cranienne est variable dans sa forme et ses dimensions, souvent irrégulière; des esquilles osseuses ont pu être détachées par le trauma. La brèche osseuse est fermée par une cicatrice fibreuse plus ou moins épaisse, parfois il existe une fistule qui conduit sur un foyer d'ostéite.

2° **Lésions méningées.** — Elles sont très importantes. Les méninges adhèrent les unes aux autres et aux tissus avoisinants, à la brèche osseuse, au cerveau sous-jacent. Elles forment un bloc cicatriciel fibreux, épais, qui comprime et tiraille le cerveau. Fréquemment, au milieu de cette cicatrice fibreuse, on trouve des *kystes traumatiques*, qui peuvent atteindre un grand volume et sur lesquels Lenormant a insisté. Cet auteur a signalé, en outre, comme autre lésion méningée, un œdème *localisé de l'arachnoïde* qui masque les vaisseaux pie-mériens et l'écorce cérébrale.

3° **Lésions cérébrales.** — A la surface du cerveau, on trouve une cicatrice irrégulière, anfractueuse, d'autant plus déprimée que la plaie est plus profonde. A la coupe, on constate qu'elle s'enfonce en coin dans la profondeur de l'hémisphère. Cette cicatrice est uniquement formée de tissu névroglique, et est d'autant plus importante qu'il y a eu suppuration.

On rencontre dans le cerveau des kystes, analogues aux kystes méningés, mais moins fréquents; de petits foyers d'hémorragie ou de ramollissement dus au traumatisme; des esquilles, des projectiles parfois. A distance, il est fréquent de constater des lésions d'encéphalite ou de méningo-encéphalite.

Dans certains cas d'épilepsie traumatique on ne constate aucune lésion macroscopique. Seul, un examen microscopique révèle l'existence de fines cicatrices névrogliques disséminées.

Pathogénie. — Elle est loin d'être élucidée et les auteurs ne sont pas encore unanimes pour expliquer le mécanisme de l'épilepsie.

Pour P. Marie et Béhague, l'épilepsie est due à une irritation primitive de l'écorce qui secondairement peut être transmise au bulbe.

L'irritation corticale est soit directe : produite par le corps étranger, une esquille, un cal volumineux, un hématome, un abcès, etc. En général, elle est indirecte et due aux cicatrices névrogliques, séquelles de la plaie cérébrale et des hémorragies qui se sont produites au moment du trauma (l'épilepsie traumatique obstétricale relèverait de ce dernier mécanisme, et si elle apparaît souvent si tardivement, c'est que d'une part, le tissu névroglique se constitue lentement, et que, d'autre part, la boîte cranienne est compressible chez l'enfant).

Quant à la crise elle-même, elle est provoquée par l'expansion du cerveau vers le corps irritant. Cette expansion cérébrale est la conséquence de la dilatation ventriculaire, liée elle-même à la *surpression intra-ventriculaire.*

En effet, la crise épileptique s'accompagne d'une poussée d'hypertension artérielle. Les plexus choroïdes, très vasculaires, augmentent considérablement de volume, d'où hypertension intraventriculaire. Le cerveau, progressivement refoulé vers la périphérie, l'excitation gagne de proche en proche, d'où épilepsie partielle ou généralisée suivant le degré de diffusion de l'excitation.

L'hypertension du liquide céphalo-rachidien est toujours secondaire à l'hypertension intraventriculaire; elle peut ne pas exister et n'intervient que pour entraîner la généralisation des crises.

Pour Leriche, à côté des crises liées à l'hypertension ventriculaire, il en existe d'autres liées à l'*hypotension du liquide céphalo-rachidien.* Dans ces cas, au lieu de la tension cérébrale et de la vasodilatation qui accompagnent les crises, il aurait noté un tassement des circonvolutions avec anémie corticale. Pour lui, la crise serait liée à une *vasoconstriction cérébrale.*

Cette constatation aboutit à une théorie de l'épilepsie, *syndrome d'inhibition*, plutôt que d'excitation de l'écorce : l'attaque libérerait les centres mésocéphaliques en supprimant l'action frénatrice des centres corticaux.

Enfin, il est classique maintenant d'insister sur le *rôle du sympathique* dans l'épilepsie. Tinel et Santenoise ont montré son action dans l'épilepsie essentielle, Leriche dans l'épilepsie traumatique. Ce dernier auteur a même préconisé la sympathectomie carotidienne du côté de la lésion cérébrale comme traitement de l'épilepsie jacksonienne.

En terminant rappelons le rôle des infections, des intoxications, des troubles endocriniens, dans la production des crises.

Traitement. — Il faut envisager le traitement chirurgical et le traitement médical.

1° **Traitement chirurgical.** — Dans les *plaies non pénétrantes*, il ne faut pas intervenir.

Dans les *plaies pénétrantes* il y a tout d'abord un *traitement prophylactique* de l'épilepsie : c'est le nettoyage soigné et la désinfection des plaies immédiatement après l'accident, en respectant toujours la dure-mère, si elle est intacte, sauf s'il existe un hématome ou un projectile sous dure-mérien.

Dans l'*épilepsie précoce*, survenue de quelques heures à quelques jours après le trauma, l'intervention s'impose car les crises comitiales sont presque toujours symptomatiques d'un hématome, ou d'un abcès sous-jacent.

Le traitement de l'*épilepsie tardive* a donné lieu à

de nombreuses discussions aux Sociétés de chirurgie et de neurologie et à différents Congrès : de Luxembourg entre autres, et sur cette question, chirurgiens et neurologues n'ont pas toujours été du même avis.

Si la radiographie révèle l'existence d'un projectile superficiel, tout le monde est unanime à préconiser l'intervention, de même si une esquille, une exostose sont responsables des crises épileptiques.

Pour les projectiles profonds, l'intervention est plus critiquable. Ils sont en général bien supportés. L'opération ne peut qu'augmenter la cicatrice névroglique, donc les crises. Presque tous les neurologues sont de l'avis de Lecène et Béhague : il ne faut pas tenter l'extraction des projectiles intracérébraux.

A côté de ces cas, de nombreux chirurgiens sont intervenus avec succès pour faire l'ablation de cicatrices méningées, de volumineux kystes méningés, libérer des adhérences des méninges au cerveau, ponctionner des kystes cérébraux.

D'autres plus hardis sont allés plus loin, et dans des cas d'épilepsie traumatique sans lésions macroscopiques ont préconisé l'extirpation du centre épileptogène (?) (Horsley), intervention qui, paraît-il, ne serait que transitoirement suivie de paralysies et d'anesthésies. De même, le massage du centre épileptogène (Bircher), sa section de ses connexions sous-cortcales (Tredelenbourg) ont été proposés.

Quant aux cranioplasties, elles sont à rejeter de l'avis général : ce sont des interventions inutiles et dangereuses, susceptibles à elles seules de provoquer des crises épileptiques.

Dans l'épilepsie tardive, il existe un cas où l'intervention est légitime, vu sa gravité : c'est l'*état de mal*.

Toutefois avant d'opérer, il faut essayer de traiter le malade par des ponctions lombaires répetées, s'il est hypertendu. Si au contraire, il existe de l'hypotension du liquide céphalo-rachidien, il faut, suivant la méthode de Leriche, faire des injections de sérum glucosé ou d'une solution saline hypertonique.

En cas d'insuccès, la trépanation s'impose.

2° **Traitement médical.** — C'est le traitement banal de l'épilepsie :

Traitement médicamenteux par les *bromures* : bromure de potassium surtout à la dose de 2 à 6 grammes par jour, associé ou non au régime déchloruré, donné à doses toujours égales ou suivant la méthode des doses progressives puis décroissantes :

— le *tartrate borico-potassique* à la dose de 3 à 5 grammes par jour,

— le *gardénal* qui semble être le médicament de choix. Il se donne sous forme de comprimés de 0,10. La dose est variable avec les individus de 0,10 à 0,30 et même davantage. Maillard a pu atteindre 1 gramme sans inconvénient,

— le *rutonal* qui s'emploie en comprimés de 0,10 ou de 0,20, et qui agit surtout sur les équivalents épileptiques.

Au traitement médicamenteux il sera utile d'adjoindre un traitement hygiénique : suppression de tous les excitants (vin, alcool, thé, café). Dans certains cas même, un régime alimentaire sévère, un traitement opothérapique serait nécessaire, certaines crises pouvant être dues, tout comme dans l'épilepsie essentielle, à un choc colloïdo-clasique d'origine digestive et alimentaire, ou à des troubles endocriniens. Les épileptiques ont besoin de mener une vie calme. On leur conseillera le séjour à la campagne, même aux ouvriers pour qui les travaux des champs sont bien préférables au travail des usines. A cet effet, la création de colonies à la campagne pour les traumatisés du crâne a été envisagée, et une ou deux colonies ont été créées par l'État.

Enfin, en terminant, nous signalerons qu'à côté du traitement chirurgical et du traitement médical habituel une autre thérapeutique a été préconisée depuis 1915 : c'est la *radiothérapie* et même la radiumthérapie. Des succès intéressants ont été obtenus par cette méthode chez des blessés ayant des crises particulièrement fréquentes et intenses et rebelles à tout traitement, et chez d'autres en état de mal.

BIBLIOGRAPHIE

Articles ÉPILEPSIE TRAUMATIQUE dans les traités classiques. Toute la bibliographie est faite dans la *Thèse* de Netter, 1918, dans la *Thèse* de Béhague, 1919, Paris.

SOUQUES. *XIe Congrès de méd.*
Soc. de chir., 1920, nos 11, 24, 27; janv., fév., mars 1921.
Congrès de Luxembourg, Metz 1921.
GUILLAIN et BARRÉ. Les complications secondaires et tardives des plaies de l'encéphale, in *Travaux neurologiques de guerre.*
LERICHE. Quelques faits de physiologie pathologique touchant l'épilepsie jacksonienne consécutive aux blessures de guerre, *Presse méd.*, sept. 1920; — Ponction lombaire faisant cesser l'état de mal, *Gaz. des hôpit.*, 1921; — *Revue neurol.*, 1924.
WALTHER. Crise bravais-jacksonienne au cours d'une résection de cicatrice de plaie du crâne, *Revue neurol.*, 1921.
COSTE et MEDEA. Epilepsie traumatique. Intervention. Guérison, *Revue neurol.*, 1921.
ROGER et AYMÈS. Epilepsie par blessure corticale, *Revue neurol.*, 1921.
VERNET. Constitution épileptique réveillée par des influences de guerre, *Revue neurol.*, 1921.
HERZIG. L'épilepsie et la guerre, *Jahr. f. Psych. und Neurol.*, 1923.
BAYLAC, BIZE et STILLMUNKES. Polynucléose rachidienne au cours d'un état de mal comitial, *Revue neurol.*, 1924.
CASSAËT, CADENAULE et CHAREAU. Epilepsie tardive, *Revue neurol.*, 1924.
BEAUSSART. Craniotomie et épilepsie, *Soc. clin. de méd. mentale*, fév. 1922; — *Revue neurol.*, 1923.
DUFOUR et SEMELAIGNE. Sur un trouble humoral passager précédant la crise d'épilepsie. Variation de l'urée sanguine, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, janv. 1920; — *Revue neurol.*, 1923.
READ. Pathogénie de l'épilepsie, *Brit. Journ. of psych.*, 1921.
MARIE. Craniotomie et épilepsie, *Revue neurol.*, 1923.
ROJAS. Nouvelle pathogénie de l'épilepsie : inhibition corticale, *Revue de clin., psych. et méd. légale*, 1921; — *Revue neurol.*, 1923.
TOULOUSE et MARCHAND. De l'état de mal épileptique, *Revue neurol.*, 1923.
TINEL. Nouvelles conceptions et nouveaux traitements de l'épilepsie, *Revue neurol.*, 1923.
TOULOUSE et MARCHAND. Traitement de l'état de mal épileptique, *Revue neurol.*, 1923.
BÉHAGUE. Manifestations sensorielles de l'épilepsie traumatique, *Soc. de psych.*, juin 1923.
G. MICHET et C. MATHIEU. A propos d'un cas d'épilepsie traumatique, *Soc. de méd. de Nancy*, janv. 1923; — Epilepsie jacksonienne et anxiété interparoxystique chez un traumatisé frontal, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, oct. 1923.
CORACHAN. La craniotomie et les résultats qu'elle a donnés, *An. med.*, Barcelone, nov. 1925.
BOURDE. Traitement des traumatismes craniens fermés, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, oct. 1925.
BRUNNER. Les troubles sympathiques dans les états convulsifs. Essai pathogénique, *Th. de Nancy*, 1922.
VIIe Congrès de chir., Rome 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 MAI 1926)

Au début de la séance, M. LE PRÉSIDENT rend compte de la cérémonie du jubilé de M. le professeur Ch. Richet. Son allocution est saluée par d'unanimes applaudissements.

Adresse de l'Académie de médecine de Buenos-Ayres. — M. LE PRÉSIDENT souhaite la bienvenue à M. le docteur Araoz Alfaro, professeur de clinique propédeutique à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres et président du département d'hygiène.

Le professeur Araoz Alfaro donne alors lecture d'une chaleureuse adresse de l'Académie nationale de médecine de Buenos-Ayres à l'Académie de Paris.

Son discours est accueilli par de nombreux applaudissements.

La récupération fonctionnelle des grandes paralysies. — MM. Georges GUILLAIN et G. BIDOU présentent à l'Académie les résultats obtenus dans le « Service de récupération fonctionnelle » de la Clinique des maladies du système nerveux de la Salpêtrière, service que, grâce à l'aide de M. le docteur Mourier, directeur de l'Assistance publique, ils ont pu organiser depuis deux ans.

La méthode de récupération fonctionnelle n'a rien de commun avec la méthode orthopédique. Elle nécessite la collaboration du neurologiste avec un médecin physiologiste à la fois ingénieur et mécanicien. L'appareillage de récupération ne peut être que le résultat d'une conception mécanique spéciale adaptée aux exigences physiologiques et soumise aux lois de la mécanique générale. La recherche des aplombs, des leviers, des points de rupture, des angles de flexion qu'il faudra concevoir pour remettre par exemple un paralytique debout, lui donner un mouvement artificiel de propulsion, est œuvre d'ingénieur basée sur des épures mathématiques. Ainsi conçu et réalisé, cet ensemble de dispositifs mécaniques destinés à la récupération de la fonction humaine constitue un véritable traitement, et, à ce titre, vient augmenter les ressources de la thérapeutique neurologique. Des malades hospitalisés depuis longtemps à la Salpêtrière et qui, complètement impotents, y seraient demeurés toute leur existence ont pu quitter l'hôpital et prendre une profession.

Au point de vue économique le « Service de récupération fonctionnelle » de la Salpêtrière a pu déjà diminuer d'une façon très appréciable les charges de l'Assistance publique. Au point de vue médical il y a un rôle humanitaire à remplir vis-à-vis des infirmes condamnés à un séjour dans un hospice et privés de toute vie familiale. Au point de vue social c'est aussi un devoir impératif de rendre à la société des êtres inutiles à eux-mêmes et à leurs semblables et qui, ayant récupéré leur indépendance motrice, peuvent apporter à la collectivité l'appui de leur travail. On ne devrait plus concevoir une Clinique de neurologie sans un service et un laboratoire de « récupération fonctionnelle ».

— Cette communication, écoutée avec un intérêt très soutenu par l'Académie, était accompagnée de fort belles projections.

Sur le contrôle physiologique des agents thérapeutiques et son organisation officielle. — En invoquant de nombreux exemples, M. CAZENEUVE fait ressortir l'importance et la nécessité croissante de la collaboration étroite du laboratoire de physiologie et du laboratoire de chimie pour identifier les agents thérapeutiques et contrôler leur pureté.

Il appelle l'attention de l'Académie sur le fonctionnement du laboratoire de chimie de contrôle de la Faculté de pharmacie de Paris, lié aux inspections pharmaceutiques, et sur le projet depuis longtemps ébauché de lui adjoindre un laboratoire de physiologie avec toutes les ressources nécessaires comme personnel et matériel.

Il demande à l'Académie d'user de sa haute autorité auprès des ministres compétents pour faire aboutir au plus tôt cette création dans l'intérêt supérieur de la santé publique.

— Après une discussion à laquelle ont pris part MM. HANRIOT, POUCHET et LÉGER, l'Académie renvoie la communication de M. Cazeneuve à l'examen de la Commission pour la création d'un laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques et prononce l'adjonction de M. CAZENEUVE à cette Commission.

Recherches sur la greffe osseuse : les autogreffes hétérotopiques. — M. Léon IMBERT (de Marseille) rappelle sa dernière communication sur ce sujet le 1er décembre 1925. Depuis cette époque il a fait de nouvelles recherches qui l'ont amené aux conclusions suivantes :

« Les greffons osseux autoplastiques sont les meilleurs, mais ceux qui ont été prélevés sur un os autre que celui qui a été l'objet de la résection (autogreffes hétérotopiques) exposent aux échecs, tandis que ceux qui proviennent du foyer de résection (autogreffes *in situ*) donnent des succès à peu près constants.

Cette règle ne s'applique pas aux animaux jeunes, encore pourvus du cartilage d'accroissement, pour lesquels les greffons hétérotopiques comblent aisément la perte de substance. »

Le séro-diagnostic du cancer par la réaction de Botelho. — M. LAVEDAN apporte les résultats de ses expériences à l'Institut du Radium. Ces expériences ont mis en évidence un certain nombre de faits : la réaction de Botelho n'est pas spécifique du cancer, elle fournit des pourcentages de résultats exacts qui varient avec la localisation du cancer. Le pourcentage de résultats exacts est très élevé dans les tumeurs profondes (utérus, sein, tube digestif). De nouvelles recherches permettront sans doute d'arriver à un diagnostic précis du cancer. A l'heure actuelle, en dépit des restrictions signalées par l'auteur, la réaction de Botelho constitue une des meilleures parmi les innombrables méthodes proposées pour le séro-diagnostic des tumeurs malignes.

M. HARTMANN fait observer que les chiffres de réaction positive obtenus par M. Lavedan se rapprochent très sensiblement de ceux qu'il a présentés dans sa communication sur le même sujet. Comme M. Lavedan, M. Hartmann a obtenu quelquefois une réaction positive chez des sujets non atteints de cancer, mais atteints de syphilis, de tuberculose ou de diabète.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 MAI 1926)

Septicémie pure à méningocoques B. Abcès. Térébenthine. Guérison. — M. L. BOIDIN présente une malade qui avait depuis plus d'un mois des accès fébriles quotidiens à 40 degrés, des poussées d'érythème noueux, des arthralgies. Le diagnostic de septicémie méningococcique posé dès l'entrée à l'hôpital fut confirmé immédiatement par l'hémoculture. Après des essais de sérothérapie et de vaccinothérapie qui restèrent sans effet mais qui avaient été conduits avec modération du fait de l'existence d'une néphrite ancienne, on pratiqua une injection d'essence de térébenthine. L'abcès fut incisé le quatrième jour; la fièvre tomba aussitôt, les arthralgies disparurent, il n'y eut plus de poussées érythémateuses. La malade guérit.

Valeur diagnostique de la cuti-réaction à la tuberculine chez le jeune enfant. — MM. LESNÉ et COFFIN. La cuti-réaction à la tuberculine a une valeur diagnostique considérable chez l'enfant de moins de dix ans; passé cet âge, son degré de fréquence se rapproche de ce qu'il est chez l'adulte et l'interprétation des résultats obéit aux mêmes règles. Les auteurs apportent une statistique portant sur 800 enfants de moins de deux ans entrés à la crèche de l'hôpital Trousseau pour les affections les plus diverses. Avant trois mois, la cuti-réaction est positive dans 0,65 p. 100 des cas, de trois à douze mois, dans 11 p. 100 et de douze à vingt-quatre mois dans 21 p. 100. Réserve faite pour la phase anti-allergique, la cuti est positive au cours de toute tuberculose évolutive ou non, quels que soient la forme anatomo-clinique de la maladie et le moment où l'on observe l'enfant; la réaction reste posi-

tive jusqu'à la veille de la mort. De toutes les maladies intercurrentes, seule la rougeole rend temporairement une cuti négative, seule elle se montre anesgisante.

Xanthomes multiples. — M. CHABROL présente un malade atteint de xanthomes multiples avec mêmes manifestations chez plusieurs membres de la famille. L'hypercholestérinémie était de 4g30, le taux de l'acide urique de 1,57 p. 100 avec hyperglycémie à 0,66. L'insuline est restée sans effet.

Discussion. — MM. CHAUFFARD, LOEPER et LABBÉ.

Glossoptose et vagotonie. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Pierre ROBIN et FILDERMANN rapportent le cas d'une déprimée anxieuse à menton très fuyant qui présentait un état hyposphyxique avec vagotonie. La réduction manuelle de l'anomalie maxillaire en supprimant la glossoptose, l'obstacle respiratoire et la compression des paquets vasculo-nerveux du cou améliora tellement la malade qu'elle se fit faire un appareil pour maintenir cette réduction.

Insuffisance cardiaque irréductible par la digitaline et l'ouabaïne, réductible par la convallamarine. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et GEORGE rapportent un cas d'insuffisance ventriculaire gauche traitée avec succès par la convallamarine. Les auteurs insistent sur le fait que le myocarde n'a pas été sensibilisé pour de nouvelles cures de digitaline et d'ouabaïne.

Maladie de Basedow et traitement iodé. — M. LANDAU (de Varsovie) rapporte un cas de guérison de Basedow par l'iode. Il insiste sur la reprise des symptômes avec la cessation du traitement et l'amélioration avec une nouvelle cure d'iode.

Myéclomes osseux multiples. Sarcomes myéloblastiques. Radiothérapie. Guérison se maintenant depuis seize mois. — MM. L. BOIDIN, DARBOIS, THÉVENARD et DAVOIGNEAU présentent une jeune fille qui, en janvier 1925, avait sur la tête deux tumeurs volumineuses ulcérées et infectées. Les radiographies montraient que les os du crâne étaient détruits sur une étendue considérable et que le cerveau était refoulé par les masses tumorales. Il existait, en outre, une disparition presque complète des ailes des omoplates et une altération profonde de la région articulaire de l'omoplate droite. L'humérus gauche dans son tiers supérieur était envahi par une tumeur ayant détruit la partie supérieure de la diaphyse. Ces lésions s'étaient constituées progressivement en deux ans. Une biopsie de la tumeur cranienne montra qu'il s'agissait d'un sarcome myéloblastique. La radiothérapie eut un effet merveilleux. La guérison se maintient depuis seize mois.

Un cas d'abcès du foie traité sans succès par les ponctions répétées et les injections d'émétine et définitivement opéré. — M. PAVLOS A. PETRIDIS (d'Alexandrie).

Péritonite généralisée purulente consécutive à la rupture d'un abcès du foie et ayant simulé la péritonite par perforation intestinale typhoïdique. — M. PAVLOS A. PETRIDIS (d'Alexandrie).

Action thérapeutique de l'adonidine en injections intraveineuses. — MM. P. HARVIER et A. SCHEDROVITSKY. L'adonidine en solution aqueuse est parfaitement injectable par voie veineuse. Les auteurs ont fait usage de l'adonidine du commerce (extraite de l'adonis vernalis) en solution à 1/200 dont ils injectent 1 centimètre cube, soit 5 milligrammes. Cette dose est nécessaire et suffisante pour obtenir une diurèse rapide, puissante et durable, chez les sujets âgés, polyscléreux, atteints d'insuffisance cardiaque avec anasarque.

Cachexie du nourrisson et réaction de Wassermann. — M. Maurice RENAUD rapporte l'observation d'un nourrisson devenu cachectique au cours des trois premiers mois de sa vie. Il présentait des érosions de nature douteuse mais sans tréponèmes. Le Wassermann de son sang aurait pu être considéré comme positif, celui de la mère étant fortement positif. Un traitement diététique simple fit passer en six semaines le poids de 4kg200 à 6kg500 par une courbe régulièrement ascen-

dante. L'enfant est devenu splendide sans qu'aucun traitement spécifique ait été mis en œuvre. Ce fait montre combien il faut être réservé avant de rapporter des accidents à la syphilis sur la seule constatation de modifications humorales.

Etude comparée des pigments et des sels biliaires dans un cas de fistule du cholédoque. — MM. Chabrol et H. Bénard.

Traitement du delirium tremens par les injections intraveineuses de somnifène. — MM. Louis Ramond, Laporte et Quénée rapportent dix cas de guérison par une injection de 5 centimètres cubes de somnifène qui est la dose minima à injecter. Ils recommandent de ne pas dépasser 8 centimètres cubes.

M. Boidin confirme l'opinion de M. Ramond.

Localisation par le lipiodol d'une pleurésie interlobaire masquée par une spléno-pneumonie. — MM. P.-F. Armand-Delille et Vibert rapportent l'observation d'un enfant de deux ans ayant une pleurésie purulente enkystée à pneumocoques, coëxistant avec une condensation spléno-pneumonique de tout le poumon gauche. Le pus évacué par ponction a été remplacé par 20 centimètres cubes de lipiodol. Les auteurs concluent que ce procédé permet « de repérer et sans doute d'aborder chirurgicalement sans crainte d'erreur certaines collections intrapulmonaires lorsque la radiographie ne permet pas à elle seule ce repérage ». L'injection intrapleurale de lipiodol a été très bien tolérée.

Note sur la fructosurie (ou lévulosurie). — MM. Snapper et S. von Creveld ont observé un cas de lévulosurie vraie d'origine alimentaire chez lequel l'ingestion de lévulose suffisait à provoquer une forte lévulosurie (à la concentration de 30 à 40 p. 1.000) bien que la lévulosurie restât modérée (0g60 par litre au maximum). Un régime sans fruits et sans saccharose a suffi à faire disparaître la lévulosurie.

Un cas de méningite à melitensis après une fièvre de Malte. — MM. Desage, Pellerin et Vinerta (d'Oran). Après quatre mois de fièvre ondulante, une jeune fille de dix-huit ans fait une méningite à melitensis dont les seuls aymptômes sont : absence complète de fièvre, très forte céphalée, forte diplopie, léger Kernig, abolition des réflexes rotuliens.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien donne une formule de méningite tuberculeuse (hyperalbuminose de 1 gramme, mononucléose de 45 éléments, diminution du sucre et des chlorures), mais la culture de 10 centimètres cubes de liquide en bouillon ascite donne une culture pure de melitensis. La malade guérit complètement par des injections intraveineuses de septicémine (300 centimètres cubes en trente-neuf jours) et par des injections d'auto-vaccin. Une paraplégie terminale disparut sous l'action de la radiothérapie médullaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er MAI 1926)

M. le Président souhaite la bienvenue au nouveau secrétaire général, M. Jolly, et au nouveau trésorier. M. L. Binet. M. Jolly répond en quelques phrases heureuses.

L'indice d'identification morphologique des spirochètes bronchiques. — M. G. Delamare (de Constantinople). Froilano de Mello, ayant étudié les spirochètes, a essayé d'établir, pour les principaux d'entre eux, le rapport entre la longueur moyenne et le nombre moyen des spires. Ses études portent sur *S. buccalis, dentium, bronchialis, Vincenti, eurygyrata.*

L'auteur a établi un graphique des indices divers de chacune des espèces considérées. On y voit qu'il est impossible de fonder sur ces indices un élément précis de classification de certains d'entre eux. Cette méthode conduirait à distinguer *Spirochæta buccalis* du groupe *S. intermedium, Vincenti* et *bronchialis.* Elle ne peut différencier *S. bronchialis* de *S. Vincenti*, et même de *S. dentium* et de *S. eurygyrata.*

Ces résultats montrent que la méthode de Froilano de Mello est impuissante à démontrer l'autonomie de *S. bronchialis.*

Sur la fuso-spirochétose bronchique. — M. H. Vincent rappelle les travaux qui identifient *Sp. bronchialis* au spirochète de l'angine. Leur morphologie, leur mobilité, leurs dimensions, leur épaisseur, etc., sont semblables. L'indice proposé par Fr. de Mello ne permet pas de les différencier (G. Delamare); cette technique est d'ailleurs incertaine, car, dans une même préparation, on voit des spirochètes très bien spiralés, d'autres qui sont à peine sinueux ou même presque rectilignes.

Le spirochète de la bronchite hémorragique comporte encore un autre point très important de similitude, qui est son association avec *B. fusiformis*, ce dernier tantôt rare, tantôt abondant. On ne songe pas toujours à le chercher. La coloration à la fuschine ou au bleu de toluidine est, à cet égard, préférable à la coloration argentique.

Du reste, la prédominance presque exclusive du spirochète sur le b. fusiforme s'observe également dans l'angine; d'autres fois c'est l'inverse. Il n'y a donc, à ce sujet, aucune règle. En second lieu, cette prédominance variable de l'un ou de l'autre se manifeste souvent *chez le même malade, d'un jour à l'autre,* ou bien à l'occasion d'une rechute de l'angine. Même constatation dans la bronchite hémorragique : dans un cas récent, les crachats du réveil ont montré presque uniquement des spirochètes et de rares b. fusiformes. Dans les crachats recueillis quatre heures après, il n'y avait plus que très peu de spirochètes, par contre le bacille en fuseau était abondant. L'auteur expliquera bientôt ces variations.

Certaines préparations microscopiques, l'une de frottis d'angine, l'autre de crachats de bronchite hémorragique, étant mises sous les yeux, il serait absolument impossible de discerner l'origine de l'une ou de l'autre. Il paraît donc que le spirochète de la bronchite hémorragique se confond avec celui de l'angine.

Etude biologique d'un sérum antistreptococcique. — M. Ch. Zoeller apporte les résultats obtenus au moyen d'un sérum antistreptococcique, préparé à partir de streptocoques issus de scarlatines typiques. Ce sérum efface la réaction de Dick positive et éteint l'exanthème scarlatineux, ce que n'a pas réalisé un sérum antistreptococcique ordinaire.

L'étude de ce sérum confirme la notion des sérums-limite précédemment définie. Sans préjuger de sa valeur thérapeutique qui n'a pas été recherchée, ce sérum peut contribuer au diagnostic de la scarlatine par l'extinction du phénomène de Schultz et Charlton qu'il permet de réaliser.

Sur la rapidité de dissémination des bacilles tuberculeux virulents chez les cobayes non infectés. — M. J. Valtis, inoculant sous la peau de cobayes neufs des bacilles tuberculeux virulents, a observé que les organes de ces animaux contenaient des bacilles et tuberculisaient les cobayes à partir du quatrième jour après l'inoculation lorsque l'infection était produite par l'inoculation de 1 milligramme de bacilles et à partir du cinquième jour lorsque l'inoculation était faite avec 1/10.000 de milligramme.

Autres communications :

Cicatrisation de la trame par conjonctive dans les greffons. — M. Nageotte.

Présentation d'un ouvrage intitulé : Constitution des organismes et végétaux. Causes des maladies qui les atteignent. — M. Tissot.

Cultures de tissu fibrinogène. — MM. L. Binet et Champy.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE

Alimentation riche en laitages et légumes, viandes bien cuites et en petite quantité (jamais le soir), suppression des boissons excitantes (thé, café, liqueurs, vin pur).

Matin et soir, dans un verre d'eau minérale, un cachet de Théosalvose pure ou phosphatée, à 0g25.

Gymnastique musculaire, exercice, massage.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Coqueluche, par le docteur Henri Stévenin, médecin des hôpitaux de Paris. Un volume in-18 jésus. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion, 26, rue Racine.

N° 44. — MERCREDI 2 JUIN 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 2 JUIN 1926. — N° 44.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **9** fr. **50**. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . **45** *fr.*

Tarif nº 1 : **55** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif nº 2 :* **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Souques, P. Duval, Armand-Delille, Bruhl, Louste, Michel, Caussade, Apert, Villaret, René Marie, Garnier.

— Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Fredet, Sébileau, Mauclaire, Wiart, Cunéo, Baumgartner et Ravaut.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — *Composition écrite.* — Séance du 27 mai. — Questions données : « Nerf intrapétreux sans les branches. — Causes, symptômes et diagnostic des otites moyennes purulentes aiguës sans complications. »

MM. Boucher, 30; Leroux, 28; Aubin, 26.

Concours de médecin de l'assistance médicale. — Le jury est définitivement composé de MM. Lazard (G.), Arnoux, Lévy (Moïse), Hutinel, Morellet.

Facultés de médecine. — Paris. — *Concours du prosectorat.* — *Epreuve orale.* — Séance du 28 mai. — MM. Redon, 19; Banzet, Garnier et Ménégaux, 18; Galtier et Leydet, 16.

Concours de l'adjuvat. — *Lecture des copies.* — Séance du 28 mai. — MM. Fèvre, 25; Gaume, 25.

Écoles de médecine. — Besançon. — Un concours s'ouvrira le 25 octobre 1926, devant la Faculté de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de professeur suppléant de physique et chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. (*J. O.*, 30 mai 1926.)

Le projet de loi accordant des réparations aux victimes de la science ou a leurs familles. — M. Durafour, ministre de l'Hygiène, a déposé sur le bureau de la Chambre un projet de loi étendant aux victimes de la science le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Dans une communication qu'il vient de faire à la Presse, le ministre explique ainsi le projet :

« J'ai eu recours, dit-il, à une solution entièrement nouvelle, mais qui ne contredit point des principes directs de la loi de 1898. Le salaire moyen sera déterminé pour chaque catégorie par arrêté du ministre de l'Hygiène, après avis d'une commission où les intéressés seront largement représentés. Il va de soi que les maladies contractées dans les établissements hospitaliers donneront lieu à une même réparation que les accidents.

Pour ma part, je n'hésite pas à concevoir la fixation d'un traitement de base de 50.000 francs, ce qui donne, en appliquant les prescriptions de la loi de 1898, les résultats suivants :

Un invalide de 100 p. 100 toucherait une rente annuelle et viagère de 9.706 francs. En cas de décès, sa veuve toucherait 2.112 francs; le premier enfant, 2.184 francs; deux enfants, 3.640 francs; trois enfants, 5.096 francs; quatre enfants, 5.825 francs. A défaut de veuve et d'enfants, les père et mère vivant ensemble recevraient, sur ces mêmes bases, 2.912 fr.

Ce projet va plus loin qu'aucune tentative antérieure. »

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Gynécologie. (Hôpital Broca. Professeur : M. J.-L. Faure.) — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques, fera un cours supérieur de perfectionnement à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 7 juin au 19 juin 1926.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et

principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin de 10 à 12 heures, visites, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, examens de malades dans le service; l'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une très vive peine la mort accidentelle de notre cher collègue et ami Raymond Diriart, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Pau; — du docteur Robert Loyauté, médecin assistant de consultation d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Trousseau, décédé à Saint-Mandé, dans sa 36e année. Nous adressons à son beau-frère, le docteur René Lesobre, l'expression de notre très vive sympathie; — du docteur Legris (de Saint-Valéry-sur-Somme); — de M. le docteur Charles-René-Auguste Chuche (de Paris); nous adressons bien nos vives condoléances à son fils le docteur Charley Chuche; — de M. le docteur Augé, ancien député, à Rodez.

CHRONIQUE

L'IMPÔT SUR LA MALADIE

On sait que depuis 1916 les médicaments spécialisés sont soumis à une taxe lorsqu'ils ne portent pas mentionnée sur l'étiquette la formule de leur préparation. Cette taxe a soulevé bien des critiques justifiées, tant sur son principe que sur les modalités de son application. La loi de finances du 4 avril 1926 l'a remplacée par une taxe s'appliquant à toutes les spécialités qui s'adressent directement au public.

La nouvelle formule atteignant des intérêts divers, une campagne très vive est menée actuellement contre elle. Il serait question de la remplacer par une taxe portant sur tous les médicaments spécialisés, sans distinction.

Si l'on veut bien considérer que les spécialités, à l'heure actuelle, ne sont plus un objet de luxe, qu'elles sont utilisées par tous les malades, dans les hôpitaux comme dans la clientèle aisée, qu'elles sont en outre, grâce à la grande diffusion des spécialités françaises à l'étranger, un précieux moyen de propagande nationale, on comprendra que la menace d'une pareille mesure soulève une légitime émotion dans les milieux médicaux et pharmaceutiques. C'est cette émotion que traduit bien la note si juste que nous communique l'Association de la Presse médicale française et que nous publions ci-dessous :

« CE QU'ON DOIT ÉVITER DANS L'IMPÔT SUR LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

L'Association de la Presse médicale française avait déjà, il y a quelques mois, à la demande même de M. Justin Godard, alors ministre de l'Hygiène, protesté contre certaines publicités pharmaceutiques.

Elle reste convaincue de la nécessité de maintenir strictement la délimitation établie au point de vue de l'impôt entre les remèdes secrets et les remèdes à formule connue; ceux-là s'adressent directement au public, ceux-ci ne s'adressent qu'aux seuls médecins.

Parmi ces remèdes, il en est *d'indispensables*, que la pharmacie courante ne peut produire, que les médecins sont obligés de prescrire et que les malades ne peuvent se passer d'employer. Au premier rang de ces remèdes il faut placer les sérums et les vaccins qui sont des produits spécifiques, les produits opothérapiques dont l'extension s'accroît chaque jour, les produits colloïdaux qui sont des médications de choc, les arsénobenzènes qui sont des remèdes héroïques de la syphilis, pour ne citer que les principaux.

Ce sont là des *médicaments qu'aucune taxe ne doit atteindre* et qu'aucune taxe, en effet, n'atteignait grâce à la loi de 1916 et aussi à celle de 1926 qui, sous une forme différente, maintenait les mêmes dispositions.

Or, *cette loi est, paraît-il, menacée* et serait sur le point d'être modifiée par une disposition plus générale établissant une taxe sur toutes les spécialités sans exception.

Personne n'est plus que nous soucieux de défendre les intérêts de la Presse médicale et des médecins, mais nous ne voulons pas faire état ici de considérations matérielles, même pas du dommage qu'une imposition générale peut causer à la propagande française à l'étranger. Nous voulons considérer *exclusivement l'intérêt des malades*.

C'est lui qui sera le premier frappé par la taxation des *spécialités nécessaires*. Le malade de l'hôpital en souffrira autant que le malade de la ville.

Il serait contraire à la justice et à l'humanité de créer ainsi un **impôt sur la maladie**. (Assoc. Presse méd. française.) »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 31 mai. — Jury : MM. Ménétrier, président; Teissier, Couvelaire et Ecalle. — M. Luton. Les protéines méningococciques. — M. Bézier (J.). Traitement des annexites bacillaires par les rayons ultraviolets. — M. Grammont (R.). Journal de physiologie.

Mardi 1er juin. — Jury : MM. Carnot, président; Claude, Guillain et Rathery. — M. Duguyot. Contribution à l'étude du tricrésol sulfonate de calcium. — M. Minkowski. La notion de perte de contact vital avec la réalité. — M. Aupérin (J.). Etude de la maladie de Reynaud chez les vieillards. — M. Soulard (Th.). Considérations cliniques sur l'azotémie des vieillards. — M. Loireau. Sur une épidémie hospitalière de zonas.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Terrien, Vaudescal et Velter. — M. Beust (H.). Le rayonnement total du radium. — M. Caplain. A propos d'un cas de grossesse. — M. Raïès. Prophylaxie et traitement du trachome. — M. Bernard (R.). Etude de l'aniridie congénitale. — M. Hervaux. Etude des névrites au cours de la syphilis.

Samedi 5 juin. — Jury : MM. Marfan, président; Gosset, Cunéo et Lecène. — Mlle Goude. Etude du rachitisme tardif. — M. Raiga. La fermeture des bouts intestinaux. — M. Chevallier. L'arthroplastie du genou. — M. Delaunay (M.). Etude sur les tumeurs paranéphrétiques. — Mlle Dobkevitch. Etude de la maladie de Paget du sein.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gilbert, président; Bezançon, Jeannin, Rathery, Moussu, Panisset, Dechambre, Robin et Coquot. — M. Rousseau. Le département du Jura et ses bovins. — M. Salomé. La vaginite contagieuse chez la vache. — M. Tavernier. Contribution au diagnostic et au traitement des affections de l'utérus de la vache. — M. Lebailly. De l'exploration génitale interne. — M. Yvoré. De l'abcès en thérapeutique vétérinaire.

RENSEIGNEMENTS

URGENT. — Cause dép. Céd. mon Etablis. Climat. (convient pour conv. repos, etc.), Côte Azur, vue mer, gr. parc, quart. riche, 18 pièces, bail. Prix : 60.000 fr. mob. neuf compris.

Ecr. Dr Bradford, 38 *ter*, boul. Littoral-Mourillon, Toulon (Var).

L'APHASIE

ESSAI PSYCHO-CLINIQUE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

En matière d'aphasie, l'accord entre les spécialistes, sur les simples constatations psycho-cliniques, n'est pas réalisé. Cela tient en partie à ce que les mots qu'on emploie dans les controverses sont imprécis, ou mal définis, ou interprétés faussement. En psychopathologie, comme dans toutes les sciences, si difficiles qu'elles soient, il faut tendre non pas seulement à la clarté, mais à l'exactitude des termes. Nous voulons examiner ici, à propos de l'aphasie, la question des images verbales, maintes fois si mal posée, la question du langage intérieur, la question de la diminution de l'intelligence, et, enfin, la question même des troubles observés : on le voit, il s'agit d'un essai psycho-clinique, notre organisation hospitalière ne nous permettant aucune recherche anatomo-pathologique, malgré les éléments précieux dont nous avons disposé à plusieurs reprises.

A. **Les images verbales.** — L'existence des images verbales, visuelles, auditives, motrices, a été contestée. Une chose paraît certaine, c'est que ces images ne sont pas groupées au niveau de centres spéciaux dont l'altération entraînerait suivant les cas la surdité verbale, la cécité verbale, l'aphasie motrice, l'agraphie. Mais comment nier que nous ayons dans le cerveau, ou dans l'esprit, ou simplement dans la mémoire, de multiples images de mots vus ou entendus ? Nous nous représentons ces mots, et nous pouvons dire ce qu'ils signifient, le plus souvent du moins. Nous les conservons dans notre souvenir, nous les rappelons à volonté, ou à peu près, et enfin, nous avons le sentiment de pouvoir les extérioriser à l'aide d'un langage approprié.

L'expression images verbales a donné lieu à confusion sans doute parce qu'elle correspond surtout à quelque chose de visuel pour tous les sujets qui savent lire et écrire. Si l'on ajoute que la vue est le plus intellectuel des sens, on conçoit peut-être mieux encore l'importance des images verbales visuelles.

Les images verbales existent : le fait ne saurait être nié sérieusement. Mais au lieu d'employer l'expression d'images, on doit lui préférer celle de *représentations* ou même de *souvenirs*. Les images verbales, visuelles ou auditives, sont des souvenirs de mots vus ou entendus. La perte de ces images verbales, auditives et visuelles, constituait autrefois la surdité verbale et la cécité verbale, mais cela, nous le verrons, est à notre avis une erreur.

Reste la question des images verbales motrices. Toutes nos images motrices, qu'il s'agisse du langage, ou d'une autre fonction motrice, comme la marche par exemple, tendent à tomber dans l'oubli —, dans l'oubli pratiquement vrai, — pour constituer ce qu'on appelle les habitudes motrices. Au début, il y a représentation exacte du mouvement à accomplir, il y a souvenir, puis petit à petit l'activité réflexe, plus ou moins automatique, prend la place de l'activité volontaire et réfléchie : c'est, si l'on veut, pour le langage, l'automatisme verbal. Il nous paraît difficile de parler d'images motrices des mots, parce que souvenir et habitude collaborent là d'une manière trop étroite. Mais le langage parlé, écrit et mimique est un type de mémoire-habitude ou d'habitude motrice, laquelle mémoire est différente des souvenirs proprements dits, des représentations, des pensées, c'est-à-dire de la mémoire des images (Bergson).

B. **Le langage intérieur.** — Les troubles du langage intérieur sont-ils dans l'aphasie sensorielle les troubles prédominants ? Nous ne le pensons pas.

Qu'est-ce que le langage intérieur ? On peut le définir de deux façons, soit qu'on le confonde avec la pensée, soit qu'on l'en distingue.

Est-il justifié d'assimiler langage intérieur et pensée ? La pensée n'existe-t-elle pas sans langage intérieur ? La pensée n'est-elle pas indépendante des mots ? Ne préexiste-t-elle pas à ces mots ? Les mots nécessaires ne nous viennent pas toujours lorsque nous voulons exprimer notre pensée, ou les mots prononcés par nous ne correspondent pas toujours exactement à notre pensée, ou même, chose plus extraordinaire encore, ces mots prononcés par nous, peuvent être sans rapport avec elle. Ajoutons que pour traduire notre pensée, nous créons des mots nouveaux. L'indépendance de la pensée vis-à-vis des mots semble bien être un fait réel. Des pensées sont possibles sans le secours des mots. Mais, en revanche, il faut reconnaître tout de suite que, sans un langage riche et nombreux, la pensée est réduite à peu de chose. A un bon ouvrier, il faut un bon instrument de travail; à un penseur complexe, il faut une langue bien faite, à moins qu'il ne la crée lui-même par son propre génie.

Si on ne confond pas langage intérieur et pensée, qu'est-ce que le langage intérieur ? Les relations intimes du langage intérieur et du langage ordinaire ou « extérieur » sont assez évidentes. Le langage extérieur est le résultat d'une fonction motrice spécialisée, qui aboutit à la voix et à la parole et qui s'est perfectionnée petit à petit aux fins de l'expression commune des sensations, des idées, des émotions, à l'aide de sons, de signes et de gestes très divers. Lorsque le langage verbal est altéré, l'aphasie qui en résulte est l'aphasie motrice ou aphasie d'expression. Le langage intérieur, lui, est un phénomène psychologique assez particulier qui fait que nous avons conscience, soit avant de vouloir parler à haute voix, soit même sans cela, de pouvoir à l'aide de la parole ou de la voix, revêtir notre pensée des mots ou des appels nécessaires pour la traduire. Le langage intérieur qui est l'expression, ou le signe, pour nous seul, de nos sensations, pensées et émotions, est touché dans l'aphasie motrice au même titre que le langage extérieur. Est-il spécialement altéré dans l'aphasie sensorielle ? Certainement non : s'il est troublé, c'est que l'aphasie sensorielle n'est pas pure, mais associée à de l'aphasie motrice et alors dans ce cas les troubles du langage intérieur sont en raison directe des troubles du langage extérieur.

C. **La diminution de l'intelligence.** — En principe, l'intelligence n'est pas diminuée dans l'aphasie, qu'il s'agisse d'aphasie motrice ou d'aphasie sensorielle.

Comment expliquer qu'on ait parlé de diminution de l'intelligence chez les aphasiques ? Cette diminution peut-elle exister et, si elle existe, qu'est-elle en réalité ?

Aujourd'hui, qui dit diminution intellectuelle dit démence ou syndrome démentiel. L'accord entre les

psychiatres semble bien être fait sur ce point. Le mot démence autrefois, surtout il est vrai en dehors des asiles, avait le sens d'affaiblissement profond des facultés mentales avec gâtisme. L'aphasique n'est ni un dément dans le sens ancien de ce mot, ni un dément dans le sens actuel de ce même mot : l'aphasie est une chose, la démence, qu'elle soit partielle ou globale, est une autre chose. La démence, c'est la perte des souvenirs et des idées; l'aphasie, c'est la perte des mots, de leur expression, de leur signification et compréhension. Cette discrimination nécessaire pour la clarté et la précision des recherches cliniques n'empêche pas d'admettre que, dans certaines observations, aphasie et démence soient susceptibles de s'associer : en effet les démences partielles (dites démences « organiques » pour les distinguer de la démence globale paralytique ou paralysie générale), les démences partielles, avec diminution élective ou lacunaire des facultés intellectuelles, se rencontrent plus particulièrement à la suite de lésions cérébrales circonscrites, uniques ou multiples; l'aphasie qui succède à des lésions de cet ordre peut donc rationnellement s'accompagner d'affaiblissement de l'intelligence.

On comprend ainsi que dans ces cas d'association de la démence et de l'aphasie on parle de diminution de l'intelligence : mais, dans les autres, dans les cas purs, ou relativement purs, d'aphasie, peut-on parler d'affaiblissement intellectuel? Certainement non. Pour l'aphasique moteur, le fait ne sera plus discuté sans doute. Chez l'aphasique sensoriel, la chose apparaît comme plus complexe : et c'est le point essentiel de ce chapitre. Il est avéré que les aphasiques sensoriels ont la plus grande difficulté à vivre de la vie commune et par exemple à exercer une profession quelconque, à continuer une gérance même simple de fortune. Comment expliquer chez eux cette insuffisance, cette incapacité à se conduire? C'est que, pour faire face aux exigences quotidiennes et répétées de la vie courante, il faut comprendre rapidement le langage parlé ou écrit de ceux qui nous entourent, et pouvoir échanger avec eux par la parole les propos et idées que nécessitent les détails complexes de notre existence individuelle. C'est cette activité du langage ordinaire qui manque aux aphasiques sensoriels et qui fait croire à la diminution de leur intelligence. En résumé, si chez eux l'intelligence est déficitaire, c'est parce que la fonction de compréhension du langage est plus ou moins gravement diminuée.

Ajoutons que l'aphasique sensoriel (comme l'aphasique moteur, et plus souvent que lui peut-être) présente maintes fois des troubles du caractère : de l'énervement, du chagrin, de l'inquiétude, ou, quelquefois une sorte d'hypomanie, et que ces altérations émotionnelles entraînent des réactions d'excitation ou de dépression qui empêchent d'apprécier facilement et exactement l'état intellectuel propre du sujet. Nous avons suivi, dans notre service, à l'asile, pendant plusieurs lustres, quelques aphasiques sensoriels avec troubles du caractère : au début, ils nous avaient paru affaiblis intellectuellement. Or, leur conduite à l'établissement, leur tenue habituelle, leurs réflexions vis-à-vis de leurs camarades, etc., nous ont démontré qu'il fallait considérer leur intelligence comme sensiblement normale, et cela, cependant, ne veut pas dire que, malgré leurs troubles du langage, ils pourraient, en dehors de l'asile, exercer un métier, subvenir à leurs besoins, vivre de la vie libre.

D. **Langage : réception et expression.** — Lorsque l'on considère le langage d'un point de vue objectif, on constate d'une part qu'il comporte des phénomènes moteurs pour l'expression des cris et des mots (voix et parole), d'autre part qu'il nécessite dans les relations quotidiennes la compréhension rapide des mots et phrases que nous entendons ou bien que nous lisons. Les phénomènes d'expression du langage, — ou phénomènes d'émission ou phénomènes de transmission (?), ou phénomènes d'articulation (?), — représentent la fonction propre du langage; c'est une fonction purement motrice, spécialisée en vue d'échanger nos sensations, pensées et émotions avec ceux qui nous entourent, à l'aide de sons, de mots et même de signes très divers, puisqu'il existe un langage mimique. Les autres phénomènes du langage, phénomènes de compréhension des mots ou phénomènes de réception, consistent à reconnaître les mots, les mots lus ou entendus, à les assimiler plus ou moins rapidement, et finalement à exprimer pour notre propre compte les mots qui conviennent. Dans ces deux séries de phénomènes du langage, phénomènes moteurs et phénomènes de compréhension, faut-il voir deux fonctions couplées, la fonction motrice d'expression du langage et la fonction psychique de réception ou de compréhension du langage? Peu importe à notre sens; la différenciation des deux sortes de phénomènes s'impose.

La description des aphasies, en pathologie, est basée sur cette distinction : l'aphasie motrice est dite aphasie d'expression; l'aphasie sensorielle (surdité verbale et cécité verbale) est dite aphasie de réception ou de compréhension. Pierre Marie a émis l'opinion : que l'aphasie motrice n'était pas une aphasie, mais une anarthrie; que l'aphasie vraie était l'aphasie sensorielle ou aphasie de Wernicke; enfin que l'ancienne aphasie de Broca était une aphasie sensorielle compliquée d'anarthrie.

Que vaut cette opinion?

On voudra bien nous permettre de dire que nous la croyons radicalement fausse. La fonction motrice du langage est la fonction propre du langage; l'homme incline naturellement à exprimer par le langage les sensations qu'il éprouve et les idées qui traversent son esprit. Ces sensations et idées ont existé avant le langage et surtout avant le langage parlé et écrit. Aujourd'hui, du fait de l'évolution et de l'éducation, langage et pensées sont si intimement liés qu'on ne les distingue que par l'analyse. Cette distinction doit subsister et on peut dire que la fonction expression du langage est une fonction indépendante, autonome, et qu'elle constitue quelque chose d'essentiel dans la vie de relation. S'il existe une aphasie vraie, propre, c'est donc l'aphasie motrice et non pas l'aphasie sensorielle. En tout cas, si l'aphasie sensorielle doit toujours être considérée comme une aphasie, cela n'enlève pas à l'aphasie motrice ses caractères réels, incontestables d'affection ou de « maladie » du langage. Il faut examiner maintenant quelle est la nature des aphasies.

E. **Nature des aphasies.** — Nous sommes donc arrivé à cette conclusion que l'aphasie motrice a une existence propre, indiscutable. Mais il semble, en poussant plus loin l'analyse de l'aphasie motrice et de l'aphasie sensorielle, que l'on puisse faire un nouveau progrès.

Que représente psycho-cliniquement l'aphasie motrice? C'est le trouble de la fonction motrice du lan-

gage, et ce, pour la parole, non pas pour la voix puisque les éléments sonores du langage ou phonèmes, qui sont au nombre de quarante-quatre, sont conservés. Quel est ce trouble moteur? Ce n'est pas une dysarthrie. Est-ce une anarthrie, c'est-à-dire une impossibilité d'articuler? Nous pensons qu'il s'agit d'une apraxie spéciale et totale, l'*apraxie verbale*. Le patient connaît le mot, la phrase, qu'il veut prononcer; il a dans l'esprit la représentation, le souvenir, l'image de ce mot, mais il ne parvient pas à l'exprimer (aphasie d'expression). Il peut « donner » de la voix, il ne peut parler. Il pense, il comprend, il ne peut « dire » aucun mot. Ce défaut d'expression est-il lié à une amnésie verbale d'évocation? Non; il n'y a pas ici perte de la mémoire des images de mots, perte des souvenirs de mots, mais disparition des « habitudes motrices » qui concourent à l'expression des mots. L'activité automatique réflexe du langage est altérée, abolie complètement, et le patient, malgré ses efforts de volonté et à cause des lésions cérébrales existantes, ne parvient pas à la rétablir, soit rapidement, soit progressivement A noter que l'aphasie « amnésique » de Pitres est une aphasie motrice atténuée.

Qu'est-ce que l'aphasie sensorielle? Là, il n'y a plus rien de moteur; les phénomènes sont d'ordre purement psychique. Dans la surdité verbale, le malade distingue bien le langage des autres bruits (sinon il serait atteint de surdité psychique ou agnosie auditive), mais il ne comprend pas le sens des mots. Il articule convenablement; quelquefois il emploie les mots les uns pour les autres (paraphasie), ou même il s'exprime dans un jargon incompréhensible (jargonaphasie). Dans la cécité verbale, le sujet distingue bien les mots, écrits ou imprimés, des autres choses (il n'est pas affecté de cécité psychique), mais il ne comprend plus le sens de ces mots. Comment expliquer ces troubles particuliers? L'idée qui a toujours été exprimée est que les aphasies sensorielles représentent des troubles de la mémoire, des amnésies verbales. Ce qu'on a appelé la perte des images verbales, auditives et visuelles, constitue, en effet, un trouble de la mémoire puisque cela revient à dire que les aphasies sensorielles sont la perte des souvenirs des mots et phrases, entendus ou écrits. La perte de la mémoire des mots, perte de la mémoire d'évocation des mots, perte de la mémoire de reconnaissance des mots, voilà ce que serait l'aphasie sensorielle. Cette explication ne suffit point, et c'est pour cette raison, sans doute, que P. Marie a parlé dans l'aphasie sensorielle de diminution de l'intelligence; en fait, ce n'est pas le souvenir des mots que le patient a perdu, c'est la compréhension de ces mots. De là à penser que son intelligence était diminuée, il n'y avait qu'un court chemin. Mais cela est faux : l'aphasique sensoriel n'est nullement affaibli intellectuellement. D'où vient donc le trouble qu'il éprouve? Laissant de côté la question de la diminution de l'intelligence dans la surdité et la cécité verbales; qui a été déjà traitée, et reprenant la question des troubles de la mémoire, nous pensons que l'aphasique sensoriel n'est pas un amnésique verbal, mais un *agnosique verbal*.

Quelle différence y a-t-il entre l'amnésie et l'agnosie? L'amnésie est un phénomène purement représentatif; le sujet qui a conservé un souvenir peut l'évoquer à loisir et en établir la reconnaissance avec ou sans difficulté suivant le cas. L'agnosie est un phénomène d'abord sensoriel, puis représentatif; les phénomènes de représentation et d'analyse, de reconnaissance et d'identification sont secondaires à l'impression reçue, à la sensation auditive ou visuelle, etc. Or, dans les aphasies sensorielles, il y a bien une sensation; le sujet sait qu'on lui parle, mais la reconnaissance des mots, des phrases n'a pas lieu. La surdité verbale est une agnosie verbale auditive, la cécité verbale une agnosie verbale visuelle. Notre conclusion sur les aphasies sensorielles est donc celle-ci : la surdité verbale et la cécité verbale ne sont pas à proprement parler des aphasies, mais des agnosies verbales; elles traduisent non pas un trouble de la fonction psychique de mémoire (souvenirs), mais un trouble de la fonction psychique de reconnaissance (sensation et souvenirs).

F. **Considérations spéciales.** — L'étude psycho-clinique qui précède établit que la question des aphasies est mal posée, dès le principe, puisque les simples et premiers éléments d'observation ne sont pas encore fixés définitivement.

Pour nous, l'aphasie vraie, c'est l'aphasie motrice pure, qui est rare, mais qui existe. Aphasie d'expression, elle traduit essentiellement le trouble de la fonction motrice du langage. La surdité verbale pure n'est pas une aphasie : il y a indépendance relative, surtout chez l'adulte, entre le phénomène de la compréhension ou de la reconnaissance des mots, et celui de leur expression motrice. Notre conception de l'aphasie, on le voit, ne cadre plus avec les tendances actuelles ou récentes sur ce chapitre de pathologie nerveuse et mentale. C'est l'étude du langage normal : langage extérieur (voix et parole) et aussi l'étude de la reconnaissance en général qui nous a conduit à cette sorte d'élaboration nouvelle.

L'aphasie la plus commune — les cas purs d'aphasie motrice étant rares — c'est l'aphasie motrice compliquée de surdité verbale et de cécité verbale. La paraphasie, la jargonaphasie sont des troubles de l'expression verbale qui indiquent l'altération de la fonction motrice du langage. Si l'aphasie motrice est une apraxie verbale, on peut dire que la paraphasie et la jargonaphasie sont de véritables parapraxies verbales.

L'aphasie étant ainsi limitée, c'est-à-dire l'aphasie motrice étant une sorte d'apraxie et l'aphasie sensorielle une variété d'agnosie, l'agnosie verbale, on comprend aisément qu'elle doit être différenciée des états de diminution de l'intelligence. L'affaiblissement mental peut survenir chez l'aphasique vrai, mais ces cas d'association d'aphasie et de démence légère ou profonde ne peuvent guère éclairer les controverses. Ajoutons que certains aphasiques, à la suite d'ictus, restent des asthéniques, et qu'il ne faut pas prendre leur asthénie psychique, leur amnésie d'évocation notamment, pour de l'affaiblissement des facultés cérébrales. D'autres aphasiques sont euphoriques, hypomaniaques, mais leurs idées de satisfaction dépendent de leur état hypersthénique et non pas d'un syndrome démentiel.

Conclusions. — Les conclusions qui résultent de cette étude psycho-clinique sont les suivantes :

1° En fait, la fonction langage est une fonction essentiellement motrice; il n'y a donc qu'une aphasie, l'aphasie motrice, ou ancienne aphasie de Broca;

2° Cette aphasie motrice, qui est l'expression d'un trouble du langage extérieur et du langage intérieur,

paraît devoir être considérée comme une sorte d'apraxie, l'apraxie verbale ; c'est la perte des habitudes motrices du langage parlé et écrit ;

3° L'aphasie « amnésique » de Pitres (perte du vocabulaire), la paraphasie, la jargonaphasie sont des signes d'aphasie motrice ;

4° L'aphasie sensorielle (surdité verbale et cécité verbale) n'est pas une aphasie, mais une agnosie verbale, un trouble de la reconnaissance verbale, après sensation auditive ou visuelle (agnosie auditive verbale et agnosie visuelle verbale) ;

5° L'intelligence n'est pas diminuée ou affaiblie dans l'aphasie ; la mémoire n'est pas déficitaire ; la pensée, les souvenirs, même les souvenirs de mots (ou « images » verbales) sont intacts ;

6° Le langage intérieur qui est le signe, pour nous seul, de nos sensations et pensées ou représentations, est touché de la même façon que le langage intérieur, et cela naturellement quand il y a aphasie motrice, puisqu'il n'y a pas d'autre aphasie ;

7° Il est digne de remarque que les termes, aphasie d'expression et aphasie de compréhension, étaient assez justes ;

8° Dans l'aphasie la plus courante, on trouve associées à des degrés divers l'apraxie verbale et l'agnosie verbale, auditive et visuelle, de sorte que des formes très variées d'aphasie sont susceptibles d'être observées ;

9° Il est fort probable que la question de l'anatomie pathologique de l'aphasie est loin d'être terminée.

ACTUALITÉS

LES ACCIDENTS DE DENTITION

Les accidents de dentition ont eu une fortune variable suivant les idées en cours sur la valeur des organes accusés de les provoquer.

Autrefois les dents étaient considérées comme étrangères en quelque sorte à l'organisme, avec lequel elles passaient pour n'avoir que des rapports de contiguïté. Dans ces conditions, il était tout à fait normal de penser que cet organisme réagissait volontiers contre leur intrusion, et, d'autre part, on admettait ces réactions, parfois violentes, d'autant plus aisément, que la poussée de ces organes se produisait précisément à un moment de la vie où l'individu se trouvait être particulièrement fragile.

Ce fut la période d'épanouissement des accidents de dentition, et, comme il est de règle en pareil cas, on en arriva à mettre à leur compte tous les incidents et accidents qui se produisaient lors ou aux environs de leur évolution.

Cette exagération offrait l'avantage d'une commodité extrême pour la pratique des maladies de l'enfance ; elle donnait en outre toute tranquillité aux familles qui trouvaient dans son expression une explication facile et rassurante de presque toutes les affections du jeune âge. Malheureusement ces avantages s'alliaient à des inconvénients graves : ils permettaient des négligences et il est arrivé qu'on laissât ainsi mourir, avec une parfaite sérénité, des enfants atteints de véritables maladies.

Vint une période où l'on admit que tous les organes, y compris les dents, faisaient partie de l'organisme, participaient à sa vie, avaient avec lui des rapports de continuité. Dès lors, comment concevoir que certains de ces organes, en l'espèce les dents, pouvaient, au cours d'une évolution forcément physiologique, déterminer des troubles quelconques dans cet organisme ? Et l'on nia les accidents de dentition, tout au moins les accidents généraux. Localement, la perforation des tissus gingivaux était susceptible de créer une porte d'entrée favorable à une inflammation du point intéressé ; mais cette inflammation ne pouvait avoir sur l'état général des conséquences autres que celles qu'aurait pu avoir une de même importance en un autre point quelconque de l'organisme.

Et ainsi on exagéra en sens inverse. Ce ne fut point sans inconvénient, car, s'il est fâcheux, parfois même dangereux, de méconnaître une affection, ce l'est souvent autant d'intervenir à tort et d'appliquer une thérapeutique non appropriée.

En somme, la vérité est entre ces deux extrêmes et il est bien certain qu'il y a des accidents de dentition ; il ne faut certes pas généraliser abusivement comme on le faisait autrefois, mais ces accidents sont susceptibles, comme l'a si bien démontré en particulier Rousseau-Decelle, de déterminer par action réflexe des troubles généraux. Nous en avons eu la démonstration très nette par une communication de M. Variot à l'une des dernières séances de la Société de stomatologie (1). Cet auteur a procédé à des pesées et à des mensurations sur un très grand nombre d'enfants, soit au cours, soit en dehors de leur évolution dentaire. Il a remarqué que les courbes ainsi obtenues présentaient, dans plus de 80 p. 100 des cas, un palier dans les jours précédant immédiatement l'éruption d'un groupe dentaire. Ces constatations, précises paraissent établir définitivement l'influence que l'éruption des dents peut avoir sur l'évolution de l'enfant. Si cette influence peut se manifester par un arrêt dans sa progression de poids et de taille, il est bien certain qu'elle ne peut produire cet effet que par un trouble d'ordre général et que ce trouble peut aussi bien donner lieu à des manifestations pathologiques.

Est-ce à dire, qu'après les constatations de M. Variot, nous devions revenir à la conception ancienne et erronée de la dent étrangère à l'organisme ? Non pas certes, et les liaisons pathologiques, par ailleurs si nettement établies aujourd'hui, ne permettent plus d'envisager cette hypothèse.

Mais peut-être conviendrait-il de considérer que nos organes dentaires n'ont peut-être pas suivi une évolution parallèle à celle de l'ensemble de notre organisme. Il paraît bien évident qu'elles sont hors de proportion avec l'usage que nous en pouvons faire et avec la place qui leur revient sur nos maxillaires. A vrai dire, elles subissent bien une diminution et dans leur volume et dans leur nombre, mais, étant donné leur caractère purement passif, elles se trouvent en retard dans cette régression. Aussi lorsqu'elles font leur évolution, leur volume peut être excessif pour la capacité de l'os destiné à les recevoir, et cette évolution, alors, peut être envisagée comme n'étant plus toujours absolument physiologique ; sans compter que ce volume lui-même peut être l'occasion de difficultés d'éruption par manque de place. En fait, alors que les premières dents ne déterminent guère à leur sortie que des accidents locaux, ce sont surtout les canines, souvent à ce moment génées par leurs voisines, qui déterminent les accidents généraux, et les accidents les plus graves. C'est presque toujours sur les maxillaires

(1) *Société de stomatologie*, séance du 15 fév., *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 27, p. 437.

atrésiés, maxillaires sur lesquels on constatera, avec la dentition définitive, les malpositions par manque de place, que se produiront au maximum les accidents de dentition.

Ainsi donc, s'il convient, lorsqu'on se trouve en présence de troubles quelconques, chez l'enfant en période de poussée dentaire, de ne pas se laisser aller à la confiance exagérée que manifestaient les anciens, en les mettant sur le compte d'accidents de dentition, il convient également de ne pas tomber dans l'exagération inverse, et, avant d'envisager des pronostics fâcheux, d'examiner l'état d'évolution dentaire de l'enfant ; on pourra ainsi réduire à leurs justes proportions des manifestations parfois bruyantes, mais rarement de longue durée, encore plus rarement dangereuses, déterminées, et la chose ne saurait plus être mise en doute, par cette évolution même.

A. HERPIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 MAI 1926)

Variations de la chronaxie dans les lésions de la rétine et du segment rétro-bulbaire du nerf optique. — MM. Georges BOURGUIGNON, Max COURLAND et Mlle Renée DÉJEAN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 MAI 1926)

Réactivation du Wassermann. — M. MILIAN insiste sur les réactions exceptionnelles du Wassermann par les médicaments, les toxines microbiennes, les agents physiques. Il explique le fait par une réactivation d'une syphilis ancienne ou d'une hérédo-syphilis.

Goutte et acide oxalique. — MM. LOEPER, GARCIN et TONNET, à propos d'un cas, montrent que les tophus contenaient 1 gramme d'acide urique, 3 grammes de cholestérine, 3gr50 d'oxalate de chaux associé à du carbonate de chaux. Il existe donc dans la goutte un trouble de métabolisme portant à la fois sur ces différents éléments.

Spirochétose ictéro-hémorragique. — M. PAGNIEZ montre que dans la spirochétose on observe une coloration verdâtre des urines par la chaleur et l'acide acétique même à froid. Il y a vraisemblablement une fragilité particulière des pigments.

Un cas de syndrome pluriglandulaire thyro-surrénal avec sclérodactylie : le nanisme acromicrique. — MM. René BÉNARD, P. HILLEMAND et A. LAPORTE ont observé une jeune fille non hérédo-syphilitique qui présente une affection complexe caractérisée par la réunion de trois syndromes :

1. Pseudomyxœdémateux caractérisé par petite taille, cheveux rares et cassants, visage « en pleine lune », absence de soudure épiphysaire constatée à la radiographie, sans modification du métabolisme basal, sans aucun déficit intellectuel.
2. Surrénal. Hypotension artérielle très marquée. Une coloration bistre du tronc avec taches blanchâtres qui pourrait simuler la mélanodermie addisonienne est en réalité due à un pityriasis versicolor extrêmement étendu.
3. Acromicrie avec mains remarquablement petites, avec sclérodactylie. Il n'y a, par contre, aucun signe de troubles hypophysaire. Les médications opothérapiques sont restées sans effet.

A propos de l'abcès de fixation. — M. QUEYRAT relate de nombreuses observations de bronchopneumonies graves guéries par l'abcès de fixation.

L'éther-benzyl-cinnamique dans le traitement des tuberculoses orchi-épididymaires. — MM. J. TISSOT et M. CHAIGNON.

La séméiologie des tumeurs du tronc du corps calleux. — MM. Georges GUILLAIN et Raymond GARCIN rapportent l'observation anatomo-clinique d'une malade chez laquelle ils ont observé une tumeur du tronc et de la partie antérieure du corps calleux. Chez cette femme, en plus d'un syndrome d'hypertension intracranienne, les deux éléments essentiels de la symptomatologie ont été, d'une part, les phénomènes d'ataxie et de déséquilibration, d'autre part, les troubles psychiques. Le diagnostic de la localisation calleuse fut fait durant l'évolution de l'affection en se basant sur l'existence des précédents symptômes auxquels s'ajoutait la surréflectivité tendineuse aux membres inférieurs avec clonus du pied, le signe de Babinski bilatéral, un léger tremblement bilatéral des doigts.

MM. Guillain et Garcin spécifient la séméiologie des tumeurs du tronc et de la partie antérieure du corps calleux : 1° signes d'hypertension intracranienne souvent moins accentués que dans d'autres tumeurs cérébrales ; 2° troubles mentaux ; 3° troubles ataxiques souvent très précoces et durables ; 4° présence fréquente de troubles moteurs bilatéraux ou seulement de modifications bilatérales des réflexes ; 5° absence de troubles aphasiques ; 6° absence de paralysie des nerfs craniens basilaires.

Rapport $\frac{\text{cholestérine}}{\text{azote résiduel}}$. — MM. A. RÉMOND (de Metz) et H. COLOMBIES communiquent une note établissant que le rapport $\frac{\text{cholestérine}}{\text{azote résiduel}}$, dont la valeur normale est de 16,5 à 18, indique constamment dans l'azotémie la valeur de la fonction hépatique. Quand ce coefficient oscille entre 5 et 7, le pronostic est grave ; il est tout à fait sombre quand la même valeur tombe aux environs de 2.

Les indications fournies ont, quant au foie, la même valeur que celles des coefficients de Balavoine et d'Ambard quant au rein.

Examens microbiologiques et sérologiques négatifs dans certains cas de syphilis secondaire. — MM. SÉZARY et LICHTWITZ. La réaction de Bordet-Wassermann est quelquefois négative. Il s'agit le plus souvent de sujets atteints de lésions cutanées récidivantes après un premier traitement ; il est, par contre, tout à fait rare que les réactions sérologiques soient négatives dans une syphilis secondaire qui n'a jamais été traitée.

Ces auteurs rapportent cinq exemples de ces faits exceptionnels. De plus, dans deux cas, la recherche du tréponème faite selon les règles a été négative. Or, ces sujets avaient indiscutablement des lésions cutanées de syphilis secondaire.

Malgré le Wassermann négatif, un traitement antispécifique fut tenté et après les premières injections d'arsenic la sérothérapie devint positive.

Pneumonie chez un vieillard. Situation très grave. Provocation d'une crise salutaire au neuvième jour. Guérison. — MM. Maurice RENAUD et BRIAULT rapportent l'observation d'une femme de soixante-six ans chez laquelle une pneumonie franche, de forme grave, n'avait pas évolué vers la guérison, malgré un traitement balnéothérapique sévère et malgré l'injection de sérum antipneumococcique sous la peau.

Au neuvième jour de la maladie la situation était des plus alarmantes. On pratiqua une injection intraveineuse de 30 centimètres cubes de sérum, plus un demi-milligramme d'adrénaline. Après un choc à symptômes peu bruyants se produisit une réaction salutaire, ainsi que cela est la règle en pareil cas, la température tombait brusquement et dès le lendemain la malade était une convalescente.

Pour la première fois, ce procédé était appliqué chez un vieillard.

Hérédo-syphilis tardive à manifestations multiples : ostéo-arthropathies, insuffisance thyro-ovarienne, néphrite hypertensive, signe d'Argyll-Robertson. Existence de deux côtes cervicales. — MM. J. ROUILLARD et Jean CALMELS rapportent l'observation d'une femme de quarante-quatre ans atteinte de diverses manifestations d'hérédo-syphilis tardive. En premier lieu, des ostéo-arthropathies avec hypertension condensante de l'humérus et des deux os de l'avant-bras. La

radiographie montre des lésions multiples et graves sur presque tous les os longs et presque toutes les grandes articulations. En outre, insuffisance thyro-ovarienne, néphrite avec hypertension artérielle, signe d'Argyll-Robertson. Enfin, la malade présente deux côtes cervicales supplémentaires.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 MAI 1926)

Paraplégie pottique guérie. Ostéosynthèse par greffon. — M. E. SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE présentent une femme de quarante-trois ans chez laquelle, à trente-huit ans (mai 1921), apparurent les premiers signes d'un mal de Pott dorsal. Huit mois plus tard survint une paraplégie de forme grave qui guérit en quatorze mois. Une ostéosynthèse par greffe interépineuse fut ensuite pratiquée (novembre 1923). Six mois plus tard, la malade pouvait être considérée comme guérie de son mal de Pott, et, depuis deux ans, elle a repris une vie active et peut exercer sans gêne un métier fatigant.

Deux faits leur semblent pouvoir retenir l'attention :

1° La façon dont a débuté la paraplégie : sa précocité, sa rapidité d'installation, sa gravité apparente, sont les signes qui, d'après M. et Mme Sorrel, marquent le début des paraplégies pottiques curables, ce qui se comprend aisément, car ce sont des paraplégies liées à l'évolution d'un abcès. Après avoir signalé l'existence de formes frustes dues à de simples phénomènes d'œdème périfocal, les auteurs rappellent que les paraplégies par pachyméningite ont un mode de début très différent, et, par leur triade de début, s'opposent trait pour trait à la triade de début des paraplégies par abcès.

2° Le fait que cette malade, qui avait une lésion pottique très grave, a pu guérir d'une façon telle qu'elle a repris une vie très fatigante sans difficulté depuis deux ans. Cela leur paraît dû à l'intervention pratiquée (ostéosynthèse par greffon) qui, chez l'adulte et à une période tardive du mal de Pott, donne des résultats concordants et remarquables : plus de 100 cas ont été actuellement opérés à l'hôpital maritime de Berck, et les résultats ont toujours été comparables à ceux de la malade présentée.

Syndrome chiasmatique avec hémianopsie horizontale inférieure. — M. VELTER.

Syndrome excito-moteur cervico-facial avec paralysies oculaires d'origine encéphalitique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et P. GEORGE.

Torticolis dit mental d'origine encéphalitique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et P. GEORGE présentent un malade de vingt-neuf ans, atteint de torticolis dit mental typique, avec correction de l'attitude vicieuse par la pression paradoxale du doigt sur la joue. Ce torticolis spasmodique, apparu une première fois en 1920, puis réapparu en janvier 1926 à l'occasion d'une infection intercurrente, semble bien être d'origine encéphalitique, comme le montre l'hyperglycorrachie à 1g05, reliquat biologique de l'épisode infectieux de 1918. Les auteurs pensent qu'il s'agit donc là d'un nouveau cas de torticolis dit mental d'origine encéphalitique, analogue à plusieurs observations publiées récemment.

Un cas de paralysie mercurielle professionnelle atypique. — MM. O. CROUZON et P. DELAFONTAINE présentent un malade atteint de paralysie du radial et du musculo-cutané à droite, de paralysie du sciatique poplité externe à gauche, sans troubles de la sensibilité, avec modifications des réflexes, atrophie musculaire et réaction de dégénérescence. Ces troubles semblent relever d'une intoxication mercurielle professionnelle. En effet, le malade, teinturier en chapeaux, manipule des « cloches » de feutre qui contiennent une quantité notable de mercure. Les auteurs insistent sur la rareté de telles manifestations et sur les différences qui séparent leur observation des paralysies mercurielles classiques bien décrites par Letulle.

Traitement par la radiothérapie des tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire. — M. G. ROUSSY, Mme S. LABORDE, Mlle G. LÉVY et M. J. BOLLACK apportent, d'une part des renseignements complémentaires sur une série de malades présentés en 1924 et suivis régulièrement depuis cette époque, et, d'autre part, trois nouvelles observations de tumeurs hypophysaires ou tubériennes traitées par les rayons X.

Parmi les anciens malades, qui étaient au nombre de huit, deux sont morts, deux sont dans un état stationnaire. Un autre malade présente, après une période d'amélioration évidente, une aggravation manifeste. Deux malades peuvent être actuellement considérés comme guéris. Enfin, une dernière malade n'a pas donné de ses nouvelles depuis deux ans.

Les observations nouvelles comprennent un cas de tumeur de l'hypophyse avec élargissement de la selle turcique, considérablement amélioré pendant quelques mois, et chez lequel l'affection a repris une marche progressive, un cas de tumeur de l'hypophyse avec hémianopsie, et un cas de diabète insipide, ces deux derniers restés sans amélioration à la suite du traitement.

A l'appui de ces constatations cliniques faites depuis quatre ans et demi chez des malades suivis régulièrement, les auteurs croient pouvoir dégager les quelques notions suivantes :

1° La durée de l'amélioration ou de la régression des symptômes, quoique parfois fort longue, n'est pas définitive, sauf dans un cas où la guérison paraît complète.

2° L'action des rayons X sur les tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire, lorsque celles-ci sont radiosensibles, se manifeste d'une façon évidente lors de la première ou des premières séries d'irradiations. Celles-ci sont ensuite de moins en moins efficaces. On retrouve ici l'application d'une loi commune à la radiothérapie en général, à savoir que toute cellule en activité néoplasique devient peu à peu réfractaire à l'action élective qu'exercent sur elle les radiations.

3° Au cours de l'application des radiations sur les tumeurs de l'hypophyse, surtout au cours des irradiations répétées en plusieurs séries pour des tumeurs volumineuses, on peut voir apparaître des accidents qui sont de deux ordres : accidents mécaniques (phénomènes d'hypertension intracranienne) et accidents toxiques (réaction méningée).

Les auteurs concluent que la radiothérapie pénétrante doit rester, à leur avis, le traitement de choix des tumeurs de la région infundibulo-tubérienne ou hypophysaire, mais il y a lieu d'insister sur la nécessité d'instituer le traitement le plus près possible du début de la maladie. Si, en présence de tumeurs volumineuses, les résultats ne sont pas tels qu'on est en droit de l'espérer, tant par le nombre que par la durée des applications de rayons, il faut peut-être en accuser les techniques utilisées qui, d'ailleurs, sont susceptibles de perfectionnements.

Contribution à l'étude des troubles sensitivo-moteurs d'aspect radiculaire et des troubles dits cérébelleux par lésion corticale (à propos d'un cas de paralysie cubitale atypique, avec dysmétrie, pseudo-adiadococinésie et léger tremblement intentionnel par lésion corticale), — M. G. ROUSSY et Mlle G. LÉVY présentent un malade de soixante et onze ans, chez qui on observe, à la suite d'un ictus, les symptômes suivants : une paralysie cubitale gauche atypique, avec des troubles légers de la sensibilité superficielle, et des troubles plus marqués de la sensibilité profonde au niveau du même territoire; — une hypertonie du membre supérieur gauche, avec exaltation des réflexes tendineux de ce côté, et ébauche d'extension de l'orteil homolatérale; — enfin des phénomènes d'ataxie, d'asynergie et de pseudo-adiadococinésie au niveau du membre atteint, qui ne peuvent s'expliquer complètement ni par les troubles sensitifs, ni par les troubles moteurs qui coexistent chez ce malade.

Les auteurs concluent à l'existence d'une lésion très localisée, vraisemblablement un foyer d'artérite, qui a provoqué un ramollissement cortical dans la zone rolandique, au niveau du centre brachial, et qui rend compte à la fois de la topographie pseudo-radiculaire et de l'aspect cérébelleux des troubles observés.

Ils insistent sur l'intérêt de ce cas, qui réalise, en même temps qu'une paralysie cubitale atypique, d'origine corticale, des troubles cérébelleux de la même origine, monobrachiaux, ce qui, à leur connaissance, n'a pas encore été signalé. Ils insistent sur l'intérêt spéculatif de semblables cas au point de vue des problèmes pathogéniques soulevés par les troubles

pseudo-radiculaires et par les troubles d'aspect cérébelleux que provoquent certaines lésions corticales.

M. Foix signale l'analogie de tels tableaux symptomatiques avec certains syndromes thalamiques. Il pense, d'après certaines autopsies qu'il a étudiées, que la localisation pariétale des lésions expliquerait certaines particularités des symptômes.

Sclérose latérale amyotrophique post-traumatique. — MM. Monnier-Vinard et Puech présentent de nouveau leur malade qui, à la séance précédente, avait fait l'objet d'une discussion. Le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique semble confirmé par deux ordres de faits : d'une part l'examen électrique (Delherm) ne montre nulle part la présence de la réaction de dégénérescence telle qu'on l'observe dans la névrite interstitielle hypertrophique; d'autre part, la biopsie d'une branche du plexus cervical superficiel, qui paraissait tuméfiée, n'a pas montré les lésions du type Dejerine-Sottas.

Double cordotomie antéro-latérale. — MM. de Martel et Vincent présentent un malade qui souffrait de violentes crises gastriques. Une gastro-entérostomie, puis une gastrectomie ne l'avaient pas soulagé, bien que ces opérations eussent permis de constater l'existence d'un ulcus gastrique, puis d'un ulcus peptique. La cordotomie antéro-latérale pratiquée très superficiellement, à 2 millimètres de profondeur seulement, avec un bistouri protégé, a fait complètement disparaître toute douleur. Le malade est guéri. Cependant, — fait paradoxal, — il est impossible de retrouver chez lui le moindre trouble de sensibilité objective.

M. Sicard, d'après une trentaine de cordotomies pratiquées par M. Robineau, signale la dissociation fréquente entre l'analgésie viscérale et l'analgésie cérébro-spinale. Il rapporte un cas encourageant de crise gastrique traitée par la section du pneumogastrique.

Parkinsonisme fruste et perte des mouvements automatiques associés sans rigidité apparente. De la rigidité latente et des moyens de la rendre évidente. — M. J. Froment et H. Gardère (de Lyon) reprennent l'étude de cette catégorie de parkinsoniens, sur lesquels M. Souques a attiré l'attention, et qui ont perdu les mouvements automatiques associés du bras, tout en ne semblant nullement rigides. De tels malades (ainsi qu'ils l'ont vu dans 5 cas en utilisant le test du poignet) ont le bras souple dans les attitudes qu'ils prennent assis ou debout au cours de l'examen, mais le bras devient rigide dans la station à cloche-pied, dans la station inclinée en avant pour saisir de l'autre main un verre placé sur une table éloignée, dans la marche lorsque la jambe du côté hémi-parkinsonien est portante, ou encore lorsque l'autre bras exécute le moulinet.

Ils ont été conduits à ces constatations par la notion des variations de la rigidité parkinsonienne selon l'attitude, notion sur laquelle ils ont précédemment attiré l'attention. Ils ont été par suite amenés à admettre que la perte des mouvements associés n'est sans doute que l'expression d'une rigidité dystasique latente, rigidité qui, à ce stade, n'est encore liée qu'à certains modes de statique un peu difficiles. Et d'ailleurs les malades, qui ont perdu les mouvements associés du bras pendant la marche, les récupèrent totalement dans la course, dans le saut, voire même souvent dans le pas accéléré, tous modes de progression où l'effort de stabilisation est en quelque manière momentanément allégé.

Le réflexe médio-pubien de Guillain et Alajouanine. — M. Schrapf.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 8 mai 1926)

Cultures de tissu pulmonaire. — MM. Champy et Léon Binet donnent les résultats de leurs recherches sur les cultures de tissu pulmonaire *in vitro*; ils ont vérifié les résultats de Carletow qui ont vu les petites cellules pulmonaires migrer au loin à la surface du plasma et a montré leur pouvoir phagocytaire. Ils insistent sur les caractères cytologiques des cellules observées sur la culture qui les rapprochent des cellules épithéliales mais qui n'en ont pas le même chimiotactisme, en ce sens qu'elles migrent isolément. Les auteurs décrivent le pouvoir protéolytique de ces cellules qui s'exerce sur la fibrine de la culture, et montrent les applications qu'on en peut faire à la physiopathologie de la pneumonie.

De l'antivirus gourmeux et de son application au traitement des chevaux atteints de gourme. — MM. K. Svetkoff et A. Veller ont appliqué au traitement de la gourme du cheval, maladie grave due à un streptocoque particulier, la méthode de Besredka par pansement local. Ils ont utilisé un très grand nombre de bacilles de streptocoques gourmeux; ceux-ci ont été mis en culture dans du bouillon Martin et filtrés au bout de quinze jours.

Les filtrats injectés à hautes doses à des chevaux atteints de pneumonie gourmeuse ou appliqués in situ au contact d'abcès gourmeux ont, dans la majorité des cas, donné des résultats remarquables.

Résultats de l'injection de polonium à des lapins porteurs de chancre syphilitique. — MM. Lacassagne, Levaditi, Lattes et Nicolau. Le corps radio-actif, introduit dans l'organisme par injection intraveineuse, se fixe en proportion relativement importante au niveau du chancre, mais toutefois en quantité notablement moindre que dans les principaux organes d'élimination. La recherche et l'étude de la mobilité des spirochètes, pratiquées dans les jours qui suivent l'injection, établissent que le polonium ne semble agir sur eux que d'une façon insignifiante, du moins aux doses très minimes auxquelles son extrême toxicité physique oblige à l'employer.

Heureux effet des injections de protéines (sérums non spécifiques associés à la chimiothérapie) chez des syphilitiques rebelles. — MM. H. Gougerot et Edouard Peyre. S'appuyant sur les recherches de Dujardin relatives aux sensibilisations des organismes syphilitiques anergiques par des injections de substances protéiques apparemment indifférentes, les auteurs ont pu obtenir des améliorations inattendues chez des syphilitiques rebelles aux divers traitements tant arsenicaux que bismuthiques ou mercuriels.

Ces faits soulèvent les problèmes si intéressants des allergies et anallergies des syphilitiques avec leurs conséquences pratiques, pronostiques et thérapeutiques.

Groupes sanguins du nourrisson. — MM. Robert Debré et M. Hamburger étudient la constitution du groupe sanguin au cours de la première année de l'existence. De cette étude, il résulte qu'il existe des agglutinogènes sur les hématies et des agglutinines dans le sérum dans les deux tiers des cas étudiés. Ceux-ci peuvent donc être rangés dans un des quatre groupes fondamentaux de la classification de Moss établie pour l'adulte.

Dans un tiers des cas, par contre, il n'existe pas d'agglutinines dans le sérum des nourrissons, mais on peut mettre en évidence les agglutinogènes des hématies. Enfin, dans un cas, l'absence d'agglutinines était partielle.

Les auteurs sont amenés à conclure :

1° A la présence d'agglutinogènes dès les premiers jours après la naissance;

2° A l'apparition plus tardive des agglutinines;

3° A la nécessité de l'étude complète du sang de l'enfant avant la transfusion, recherche indispensable, car la méthode de Beth et Vincent ne permet pas de constater l'absence partielle ou totale des agglutinines dans le sang de nourrisson.

(Séance du 15 mai 1926)

Indices de courbure de « S. buccalis ». — MM. G. Delamare et Achitouv étudient les indices de courbure de *S. buccalis*, Cohn 1875. La représentation graphique des résultats obtenus tend à prouver que l'on s'est trouvé en présence d'une série homogène. L'étude du coefficient d'homogénéité conduit aux mêmes conclusions.

Sur les variations de la teneur en glutathion réduit des tissus du chien dans l'asphyxie et certaines intoxications. — MM. A. Blanchetière et Léon Binet ont déjà rapporté la teneur des organes du chien en glutathion réduit, corps

découvert par Hopkins et intervenant dans les oxydations organiques (corps respiratoire). Les auteurs insistent aujourd'hui sur une élévation du taux du glutathion réduit dans le muscle cardiaque et dans les poumons à la suite de l'asphyxie.

Influence du nombre des excitations dans l'addition latente. — M. et Mme CHAUCHARD. L'addition latente se manifeste quand, sur un muscle de chronaxie longue, on porte des excitations brèves. Elle est conditionnée par la durée, l'intervalle, le nombre et l'intensité des excitations. Le voltage est d'autant plus élevé que les stimulus sont moins nombreux.

Il s'abaisse au contraire si on augmente leur nombre, jusqu'à atteindre sa plus faible valeur : « *au temps de sommation* » produit du nombre par l'intervalle. Les chiffres obtenus permettront de déterminer la loi mathématique de ces phénomènes.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 21 MAI 1926)

A propos d'un cas d'exclusion partielle de rein tuberculeux. — M. CATHELIN.

Trois cas d'appendicite sous-hépatique par fixation ectopique du cæcum. — M. BARBET.

L'appendicite sous-hépatique. — M. PETIT DE LA VILLÉON insiste sur les difficultés que comporte la libération et l'extirpation d'un appendice sous-hépatique quand on n'a pas eu soin de se donner du jour par une laparatomie latérale, franche, suffisamment longue et haute.

Pour les abcès sous-phréniques, appendiculaires, il condamne la voie d'accès transthoracique. Seule la voie abdominale haute doit être employée.

Cas de guérison d'iléus biliaire. — M. BRODIER présente un nouveau cas de guérison d'iléus biliaire par extraction directe de l'intestin grêle. Dans les deux cas qu'il a observés, le diagnostic clinique n'avait pas été fait, les malades avaient été opérés d'urgence pour occlusion intestinale typique.

M. PAUCHET conseille, en cas d'iléus biliaire, de ne pas inciser l'intestin sur le calcul enclavé, mais de refouler celui-ci en amont et d'inciser seulement à ce niveau.

Coalescence pathologique d'une partie des appendices graisseux des côlons avec occlusion intestinale. — M. G. LÉO.

De la colalyse. — M. G. LÉO.

Un cas de splénectomie pour hypertrophie de la rate. — M. J. LANOS.

Quelques cas de talalgie. — M. ROEDERER.

Gastrectomie en deux temps. — M. Victor PAUCHET déclare qu'elle sera réservée aux sujets affaiblis. Il la fait rarement.

a. *Cancer d'estomac.* — Au bouton, placer la bouche au point optimum ; il est possible que cette situation favorable à l'évacuation gêne la résection secondaire, mais elle sera facile à supprimer pour réséquer largement.

La gastrectomie poussée trop à gauche, pour être conservée au moment de la résection, fonctionne souvent mal.

b. *Ulcus gastrique ou duodénal.* — La résection secondaire sera plus tardive ; faire la gastro-entérostomie avec suture et la conserver quand on pratiquera la résection.

Tumeur maligne du tibia à deux foyers. — M. HAUTEFORT présente un tibia atteint d'un double ostéo-sarcome. Il insiste

sur la nécessité de procéder à un examen radiographique complet de tout os long porteur d'une tumeur maligne.

Hydronéphrose géante. Néphrectomie. Guérison. — M. CATHELIN.

NOTES POUR L'INTERNAT

RÉTRÉCISSEMENT PULMONAIRE

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS

Le rétrécissement pulmonaire se présente en clinique sous deux aspects différents, et nous étudierons successivement :

1. Le rétrécissement pulmonaire *pur* ou *acquis*.

2. Le rétrécissement *congénital*, exceptionnellement pur et presque toujours associé à d'autres malformations cardiaques. Ces deux formes s'opposent par leur évolution et leur pronostic. Pour toutes deux, l'orthoradioscopie sera un précieux argument diagnostique.

I. RÉTRÉCISSEMENT PULMONAIRE PUR OU ACQUIS

Terrain. — C'est une affection rare, aussi peu fréquente chez l'homme que chez la femme, mais observée surtout chez les *sujets jeunes*.

Pathogénie. — Il n'est pas de facteur pathogénique prédominant. L'endocardite au cours des maladies infectieuses (avant tout rhumatisme articulaire aigu, très accessoirement fièvres éruptives, chorée, septicémies) semble être la cause principale de cette lésion.

On a également insisté sur le rôle de l'hérédo-syphilis et même de la tuberculose. C'est très exceptionnellement qu'on a vu se développer le rétrécissement pulmonaire sous l'influence d'un traumatisme, par l'intermédiaire de l'endocardite traumatique.

Anatomie pathologique. — 1. *Le plus souvent* : le rétrécissement est *orificiel* par soudure des valvules rétractées et adhérentes.

2. *Plus rarement* : c'est le rétrécissement de l'*infundibulum* qui est transformé en un canal fibreux et étroit.

3. *Exceptionnellement* : le rétrécissement est *sus-orificiel*, mais il s'agit ici d'une artérite athéromateuse qui sort du cadre de notre description.

Symptômes. — *a*. **Début. Signes fonctionnels.** — 1. Tantôt, c'est un *enfant*, petit, malingre, que ses parents amènent consulter pour des troubles du développement avec parfois un minimum de signes fonctionnels cardiaques.

2. Tantôt : c'est un *adulte jeune* qui vient consulter pour des phénomènes dyssystoliques plus ou moins nets (dyspnée d'effort).

Fait important : **il n'y a pas de cyanose**. Au contraire, le visage est pâle.

C'est l'*examen physique* qui *fait le diagnostic*.

b. **Signes physiques.** — 1. Inspection : rien.

2. Percussion : parfois, elle dénote une matité parasternale gauche, peu étendue, et correspondante à la dilatation du vaisseau.

3. Palpation : elle révèle un *signe très important* : **Le frémissement cataire systolique.**

Siège. — Deuxième espace intercostal gauche, à la partie interne.

Temps. — Exactement systolique.

Intensité. — Il est souvent peu intense et doit être recherché dans toutes les positions. Il est plus net si le sujet est fortement incliné en *avant et à gauche*.

4. AUSCULTATION. — *Signe fondamental* : **Le souffle systolique au foyer pulmonaire.**

A. **Le souffle.** — *Siège.* — Maximum à l'extrémité du IIe ou IIIe espace intercostal gauche.

Propagation. — 1. Vers le *haut et à gauche*, il est très souvent perçu dans toute la région sous-claviculaire gauche.

2. Moins fortement vers le bas, le long du bord gauche du sternum.

3. Parfois, dans toute l'aire précordiale.

4. Dans le dos, il est perçu, soit exclusivement, soit au maximum dans la fosse *sus-épineuse* gauche et le long du bord interne de l'omoplate gauche, à la hauteur de l'épine de cet os.

5. Rarement, vers les vaisseaux du cou (cette propagation est la plus fréquente en cas de perforation interventriculaire associée).

Intensité. — Toujours *très intense*, comme *râpeux* (*bruit de râclement*), parfois musical.

Temps. — Il remplit toute la systole, pouvant même par son intensité couvrir en partie le deuxième bruit.

Le souffle systolique et le frémissement cataire systolique sont les signes cliniques majeurs du rétrécissement pulmonaire.

Accessoirement, signalons :

B. **Vibration pulmonaire systolique** (Lian). — Elle est inconstante et comparable à la vibration dure de la mitrale, dans le rétrécissement mitral.

C. **Le deuxième bruit pulmonaire** est normal ou éclatant, ou couvert en partie par le souffle.

D. **Surtout : signes de dilatation hypertrophique du ventricule droit.**

La pointe n'est pas abaissée, mais *bat en dehors du mammelon*.

D. **Pouls radial.** — Normal et régulier.

Cet examen doit systématiquement être complété par la **Radioscopie** qui, dans les cas litigieux, apporte les arguments définitifs.

Trois notions essentielles :

1. Augmentation de volume du cœur droit, entraînant le relèvement de la pointe. C'est l'aspect du *cœur en sabot* (Vaquez et Bordet) par augmentation du diamètre transversal.

2. Sur le bord gauche : *saillie anormale de l'arc moyen* (correspondant à une dilatation de l'artère pulmonaire).

3. L'absence, au début, de modification du ventricule gauche.

Compléter cet examen par l'*orthoradioscopie* qui met en évidence, et de façon précise, les données précédentes.

L'électrocardiogramme est à type de prédominance ventriculaire droite.

On le voit, le frémissement cataire systolique, le souffle systolique au foyer pulmonaire et l'orthoradioscopie permettent un diagnostic assez aisé.

Evolution. — Cette cardiopathie est plus ou moins longtemps bien compensée.

Très précocement, elle entraîne l'*hypertrophie* du ventricule droit (obstacle en aval, surcharge veineuse en amont).

Tôt ou tard, elle fait place à la *dilatation* des cavités droites qui s'annonce par les premiers signes d'insuffisance cardiaque. Elle est plus ou moins précoce suivant :

1. Le *degré de la sténose* (un rétrécissement peu serré est compatible avec une longue survie).

2. La *vie du malade* (conditions d'hygiène, surmenage, etc.).

C'est souvent à l'occasion d'un effort, d'un surmenage, d'un épisode infectieux intercurrent qu'apparaissent les signes d'hyposystolie : dyspnée d'effort, cyanose.

Malgré les tonicardiaques, l'**insuffisance ventriculaire droite** s'installe, apparaissant ici dans son aspect le plus pur.

Suivant les auteurs récents (Laubry), sa symptomatologie est *relativement réduite*, mais les recherches modernes ont laissé inaltérée une pathogénie qui est ici presque évidente.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le premier concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Chevallier, Jacquet et Léon Kindberg.

— CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 1er juin. — MM. Chevalley, 17,09; Cathala, 20; Bith, 16,27; Bernard, 19.

— DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Fredet, Sébileau, Mauclaire, Chiffoliau, Cunéo, Baumgartner et Tixier.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — *Composition écrite.* — Séance du 1er juin. — MM. Lanos, 28; Winter, 26; Bonnet, 25; Durand, 29; Miégeville, 27; Truffert, 28; Chatellier, 30.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours pour deux places de chirurgien adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Blanchot et Massé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — *Anatomie.* — Séance du 2 juin. — MM. Bernard, 17; Chastang et Thalheimer, 15; Gueullette, 14; Gérard-Marchant, 13.

Concours de l'adjuvat. — *Dissection.* — Séance du 1er juin. — MM. Garnier, Leibovici et Redon, 28; Banzet, 27; Ménégaux, 26; Galtier, Iselin, Sauvage et Blondin, 25.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. M. Bridel, préparateur à la Faculté de pharmacie de Paris, est nommé professeur de la chaire de physique végétale du Muséum national d'histoire naturelle, en remplacement de M. Maquenne, décédé.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DU COMMERCE. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Lucien Graux (de Paris).

GUERRE. — Sont inscrits au tableau de concours pour officier de la Légion d'honneur :

(Réserve.) MM. les docteurs Chagnaud, Coustaing, Roussy, Desplas, Capette, Céry, Stodel, Lapointe, Terson, Nicolas, Martin (L.-F.-A.), Patay, Friteau, Nobécourt, Terrien (F.), Heitz, Lemaire et Ernst.

(Troupes coloniales.) MM. les docteurs Jacquin, Le Strat et Giudice.

GUERRE. — Mutations :

Médecins principaux de 1re classe. — MM. Bar, directeur du Service de santé de la 8e région, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Tours (médecin chef); Geysen, médecin chef de l'hôpital du camp de Châlons, est affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce (médecin chef) et désigné comme sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Muller, de la place de Constantine, est affecté au centre de réforme de Constantine; Balme, du 92e d'infanterie, est affecté au centre de réforme de Clermont-Ferrand; Dorange, du 3e d'aviation, est affecté au centre de réforme de Tours; Solle, des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans, est affecté à l'hôpital militaire de Bordeaux (service central d'électro-radiologie et de physiothérapie); Bahier, de l'armée française du Rhin, est affecté au 48e d'infanterie à Guingamp.

Médecin-major de 2e classe. — M. Sarrazin, de la direction

du Service de santé de la 7e région, est affecté aux territoires du Sud algérien.

Médecin aide-major. — M. Nicolle, désigné pour le 48e d'infanterie à Guingamp, est affecté au 35e d'artillerie à Vannes.

MARINE. — Le prix du docteur Blache a été attribué à M. le docteur J. Bohec, médecin sanitaire maritime à bord du paquebot *Savoie* (C. G. T.) pour son travail intitulé *Mémoire sur le mal de mer.*

ASSOCIATION DES MÉDECINS EXPERTS. — L'Association des médecins experts de France vient de renouveler son Comité pour l'exercice 1926-1927.

Ont été désignés : président, M. Paul (de Paris) ; vice-présidents, MM. Leclerc (de Lille), Mazel (de Lyon) et Pietri (de Nice) ; secrétaire, M. Piedelièvre (de Paris).

SOCIÉTÉ DE GÉOGRAPHIE. — Dans sa séance annuelle, la Société a décerné le prix Herbet-Fournet (6.000 francs) au professeur Brumpt, membre de l'Académie de médecine.

Le docteur Jean Charcot a été élu vice-président, le docteur Neveu-Lemaire a été élu scrutateur.

UNE MÉDAILLE D'OR AU SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — La Société d'encouragement à l'industrie nationale vient d'attribuer sa médaille d'or au sanatorium des étudiants, témoignant ainsi sa sympathie à l'œuvre accomplie par la jeunesse des universités françaises.

LE JUBILÉ DU PROFESSEUR HERMANN SAHLI. — Nos confrères suisses se préparent à fêter le 70e anniversaire d'un des doyens des cliniciens suisses, M. le professeur Sahli (de Berne) dont les travaux, notamment en pathologie et thérapeutique gastro-intestinale, sont considérables.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 21 juin 1926, à 21 h., au Cercle militaire.

La conférence sera faite sur : « Le poste de secours », par M. le médecin inspecteur Rouvillois, professeur au Val-de-Grâce, et M. le médecin-major de 1re classe Camper.

Raymond DIRIART

(1866-1926)

Le 27 mai dernier, un épouvantable accident mettait fin tragiquement à la brillante carrière de notre ami, le docteur Diriart, chirurgien en chef de l'hôpital de Pau.

Né à Saint-Palais (Basses-Pyrénées), le 24 juillet 1866, Raymond Diriart fit ses études classiques au Collège Saint-Martin de Pau, puis au Collège Tivoli, à Bordeaux. Il se rendit ensuite à Paris pour y faire sa médecine. Provisoire en 1892, titulaire en 1893, il fut successivement l'interne de Lannelongue, de Lejars, de Peyrot, de Pozzi et de Routier. C'est à la technique opératoire de ce dernier Maître qu'il consacra sa thèse inaugurale sur le *Traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale.*

Il s'installa à Pau en 1897 et ne tarda pas à y acquérir une situation de tout premier plan, en même temps qu'il contribuait à la décentralisation de la grande chirurgie et s'affirmait comme un des meilleurs chirurgiens de province. Sa Maison de santé qu'il avait conçue et fait construire pour répondre à toutes les exigences de la technique moderne était un modèle du genre.

Libéré par son âge de toute obligation militaire au moment de la guerre, il s'était mis dès l'ouverture des hostilités à la disposition du Service de santé de la XVIIIe Région qui lui avait confié la direction chirurgicale de plusieurs hôpitaux complémentaires et de l'hôpital auxiliaire de la S. S. B. M., à Pau. Les éminents services qu'il rendit dans ces différentes formations lui valurent, en 1921, la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

En dehors de son activité professionnelle qui était grande, Raymond Diriart prenait une part active aux travaux du Conseil municipal de Pau dont il était, depuis 1908, un des membres les plus écoutés.

Sa brutale disparition, alors qu'il semblait devoir fournir encore une longue et fertile étape, a plongé dans une douloureuse stupeur ses confrères, ses amis et ses concitoyens dont la foule émue et recueillie a fait à sa dépouille mortelle d'imposantes et magnifiques funérailles.

Dr L. GOUDARD (de Pau).

[*A la note de M. Goudard nous nous faisons un devoir d'ajouter les lignes suivantes que nous adresse M. Robert Proust. Elles témoignent des regrets profonds que laisse Diriart parmi ses anciens collègues de Paris.*] N. D. L. R.

La mort tragique de Raymond Diriart plonge dans la désolation les très nombreux amis qu'il comptait tant à Pau qu'à Paris.

Ancien interne des hôpitaux, il avait été le brillant élève de Routier et de Pozzi, et à Pau la situation qu'il avait prise avait fait de lui une des personnalités les plus en vue, aussi bien parmi ses concitoyens que dans la nombreuse colonie qui vient hiverner à Pau.

Sa thèse qu'il avait consacrée à la *Technique de l'hystérectomie totale* l'avait aiguillé de bonne heure vers la gynécologie et la chirurgie abdominales.

En dehors de sa valeur chirurgicale reconnue de tous il présentait les plus charmantes qualités d'aménité et d'esprit; chaque fois qu'il venait à Paris ou qu'on le voyait dans les Congrès c'était un nouveau plaisir pour tous ses amis. Musicien éclairé, il avait organisé à Pau les Concerts Colonne qui avaient eu un grand succès. Il avait ainsi augmenté encore si possible le rayonnement de sa ville qu'il aimait beaucoup et qu'il représentait avec éclat comme Conseiller municipal.

Dans la grande famille médicale son nom ne sera jamais oublié. Il laisse du reste un fils charmant, actuellement externe des hôpitaux et qui marchera brillamment sur les traces de son père. Dr ROBERT PROUST.

RENSEIGNEMENTS

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Font-d'Aurelle (Montpellier), par suite du décès de M. le docteur Mirc.

MÉDECINS DE COLONISATION. — Trois postes de médecins de colonisation sont vacants en Tunisie.

Traitements : 10.500 à 15.000 francs, non compris l'indemnité du tiers tunisien.

Indemnités : charges de famille, frais de déplacement, indemnité du Sud.

Droit de faire de la clientèle dès l'attribution de poste.

Adresser les demandes à la direction intérieure à Tunis.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE D'AIX-LES-BAINS. — Le poste de directeur de ce bureau est déclaré vacant. — S'inscrire dans un délai de vingt jours au ministère de l'Hygiène (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 6e bureau). (*J. O.*, 1er juin 1926.)

URGENT. — Cause dép. Céd. mon Etablis. Climat. (convient pour conv. repos, etc.), Côte Azur, vue mer, gr. parc, quart. riche, 18 pièces, bail. Prix : 60.000 fr. mob. neuf compris.

Ecr. Dr BRADFORD, 38 *ter*, boul. Littoral-Mourillon, Toulon (Var).

RÉUNION PLÉNIÈRE
DE
LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE
ET DE SES FILIALES

(Paris, 20 et 21 mai 1926.)

I. Rôle du système nerveux sur les phénomènes de régénération. — Mlle Pierra LOCATELLI. Tandis que quelques auteurs nient l'influence du système nerveux sur les processus de régénération, d'autres l'admettent, mais ne s'accordent, ni sur la valeur de cette influence et les modalités par lesquelles elle se manifeste, ni sur les centres de provenance de cette action.

Pour mieux approfondir la question, Mlle Locatelli a traité séparément la question de la régénération des organes et celle de la régénération d'éléments et des tissus.

En ce qui concerne le rôle du système nerveux sur la régénération des organes, au moyen de recherches personnelles chez les amphibiens urodèles (régénération des pattes et de la queue), elle a pu établir les points suivants :

1° Le système nerveux exerce une influence évidente sur les processus régénératifs, et sans la présence du nerf qui aboutit à la partie qui doit régénérer, on n'a pas de régénération ;

2° Les centres de la moelle épinière et les fibres qui en émanent n'exercent aucune influence sur les processus régénératifs; lors même que la moelle épinière est détruite au niveau correspondant, la régénération s'accomplit avec activité ;

3° Ce n'est pas le système sympathique qui a une influence stimulante sur les processus régénératifs. Les *ganglions spinaux* exercent une influence décisive sur ces processus; le défaut de leur fonction empêche le processus de régénération. La régénération tardive d'extrémités dont les ganglions spinaux correspondants ont été extirpés, ne se produit que consécutivement à la régénération de ces ganglions mêmes. Les ganglions spinaux exercent également leur influence, et peut-être plus activement, s'ils sont séparés des autres centres du système nerveux.

4° Etudiant le plexus lombo-sacré, Mlle Locatelli admet que le ganglion le plus caudal est surtout nécessaire à la régénération de l'extrémité postérieure, ce qui porterait à admettre une influence exclusivement segmentaire du système nerveux sur les processus régénératifs;

5° Le nerf dévié de son siège peut donner lieu à une néoformation pathologique de différents tissus qui peuvent même s'organiser entre eux de façon à constituer un véritable membre surnuméraire.

Pour ce qui concerne l'influence du système nerveux sur la régénération des tissus, des expériences furent faites chez les chiens et les lapins, en considérant principalement l'épiderme, les muscles et les os.

On a pu établir que :

1° Le système nerveux cérébro-spinal n'exerce aucune influence sur le processus de cicatrisation, de régénération de l'épiderme et de l'os;

2° Le système nerveux cérébro-spinal exerce une influence sur la régénération du tissu musculaire strié : elle s'accomplit pourtant, en moindres proportions, même indépendamment de la présence du nerf qui aboutit à la partie où la lésion s'est vérifiée;

3° Les centres de la moelle épinière et les fibres qui en proviennent n'exercent point d'influence sur les processus régénératifs du tissu musculaire strié;

4° Les ganglions spinaux exercent une influence sur les processus régénératifs du tissu musculaire strié;

5° L'influence du système nerveux cérébro-spinal sur la régénération des tissus, chez les vertébrés supérieurs, est moindre que chez les vertébrés inférieurs ;

6° La séparation des centres sympathiques correspondants rend plus rapides et actifs les processus de cicatrisation et de régénération de l'épiderme de l'os et du tissu musculaire strié.

II. Les constituants morphologiques du cytoplasme de la cellule végétale. — M. GUILLIERMOND commence par faire ressortir le défaut des méthodes cytologiques consistant à observer des cellules fixées. La fixation détermine de notables altérations du protoplasme et toute cellule si belle soit-elle ne peut avoir de valeur démonstrative qu'à la condition d'avoir reçu le contrôle de l'observation vitale. Or, celle-ci est difficilement réalisable dans la cellule animale et c'est là le grand avantage de la cellule végétale qui, elle, se prête beaucoup mieux à ce genre d'observation. La cellule végétale a permis, en effet, par des comparaisons de la cellule vivante et de la cellule fixée d'étudier l'action des fixateurs et de démontrer que les fixateurs dits mitochondriaux conservent aussi fidèlement que possible la forme des constituants morphologiques du cytoplasme. L'emploi des colorants vitaux et de certains réactifs ont fourni également de précieux renseignements pour la caractérisation de ces constituants. Aussi la connaissance morphologique du cytoplasme a-t-elle fait de rapides progrès qui ont ouvert des horizons nouveaux pour l'étude plus complexe de la cellule animale.

Il est aujourd'hui démontré que toute cellule renferme d'une manière constante deux catégories d'éléments figurés en suspension dans le colloïde cytoplasmique : 1° le *chondriome*; 2° le *vacuome*.

Le chondriome est l'ensemble de petits éléments ou mitochondries, en forme de grains, bâtonnets ou filaments que l'on trouve dans le cytoplasme de toute cellule. Ces éléments de constitution lipo-protéique paraissent jouer un rôle dans certaines élaborations de la cellule.

Découvertes d'abord dans les cellules animales, les mitochondries furent retrouvées ensuite dans les cellules végétales et ont été l'objet des recherches de Guilliermond et de ses élèves Mangenot et Emberger.

Dans les végétaux chlorophylliens, Guilliermond a démontré que le chondriome se compose de deux lignées distinctes de mitochondries évoluant séparément et se transmettant l'une et l'autre par division, de cellules en cellules. L'un correspond aux mitochondries de la cellule animale et ses éléments peuvent être désignés sous le nom de *mitochondries proprement dites*. Les éléments de la seconde lignée sont affectés à la photosynthèse et correspondent aux organites mis en évidence, il y a longtemps déjà, sous le nom de *plastes* que l'on peut leur conserver, mais qui étaient restés mal connus parce qu'aucune méthode ne permettait de les conserver sur coupes colorées; ces éléments ne se colorent que par les techniques mitochondriales. Ces deux lignées d'éléments présentent mêmes formes et mêmes caractères histocliniques, elles paraissent donc avoir une constitution lipoprotéique assez semblable. Dans les végétaux chlorophylliens les plus évolués, ces deux lignées sont (sauf dans des cas exceptionnels) impossibles à distinguer dans les cellules embryonnaires et dans les tissus incolores. Au cours de la différenciation cellulaire, les mitochondries qui correspondent aux plastes se transforment dans les tissus chlorophylliens (feuilles et tige) en gros corpuscules élargis de chlorophylle, nommés chloroplastes. Ces chloroplastes peuvent, dans certaines conditions, perdre leur chlorophylle et revenir à l'état de petites mitochondries. Dans les tissus incolores (racine), les plantes, tout en conservant leurs formes originelles, peuvent élaborer en leur sein des grains d'amidon. Enfin, dans les épidermes de certaines fleurs, les plantes, sans modifier leurs formes, s'imprègnent de pigments xanthophylléens ou carotiniens. Ce qui oblige à admettre la dualité du chondriome, c'est que dans les muscinées et dans les algues où la chlorophylle persiste à tous les stades du développement, y compris dans l'œuf, les deux lignées se distinguent très facilement. L'on trouve dans toute cellule, à la fois de gros chlorophylliens et de petites mitochondries qui se transmettent les uns et les autres par division de cellule en cellule. Ainsi, les recherches faites sur toute la série végétale et toujours contrôlée par l'observation vitale démontrent que la cellule des végétaux verts se distingue de la cellule animale par la présence d'une lignée supplémentaire de mitochondries, de plastes affectés à la photosynthèse. Les champignons, au contraire, n'offrent comme les animaux qu'une seule lignée de mitochondries. Ces mitochondries, de même que celle qui dans les végétaux verts coexiste avec les plastes, ne montrent aucun signe de participation aux élaborations

cellulaires. Bien qu'on ait exagéré ce rôle dans la cellule animale, il semble cependant prouvé que les mitochondries contribuent à certaines élaborations.

Le *vacuome* a été découvert récemment dans la cellule végétale par Dangeard. Il correspond à l'ensemble des vacuoles d'une cellule; les vacuoles étaient connues depuis longtemps, mais on ignorait leur origine. Les travaux de Dangeard ont établi que toute vacuole renferme à l'état de solution colloïdale une substance douée d'une forte électivité pour les colorants vitaux et que les vacuoles sont toujours présentes dans les cellules, seulement dans les cellules embryonnaires, elles se présentent sous forme d'un grand nombre de minuscules éléments en forme de filaments ou de réseau, constitués par une solution colloïdale très condensée qui, au cours de la différenciation cellulaire, en s'hydratant, et en se fusionnant se transforment en grosses vacuoles liquides, à contenu colloïdal très dilué. Dangeard a cru pouvoir assimiler les vacuoles de formes mitochondriales aux mitochondries et a admis que le chondriome correspondait au vacuome. Les recherches de Guilliermond ont démontré au contraire que le vacuome est un système absolument indépendant du chondriome qui se superpose à lui. Le vacuome se distingue en effet du chondriome par son électivité pour le rouge neutre qui ne colore pas le chondriome et Guilliermond a pu obtenir de doubles colorations vitales du chondriome et du vacuome à l'aide d'un mélange de vert Janus et de rouge neutre qui démontre l'indépendance des deux systèmes. Les vacuoles semblent provenir de la sécrétion de certaines substances par le cytoplasme qui se séparent de celui-ci sous forme de colloïdes non miscibles avec les colloïdes cytoplasmiques et qui par suite d'un fort pouvoir absorbant de l'eau se transforment en inclusions liquides, c'est-à-dire en vacuoles. Le vacuome est un centre important d'accumulation d'un grand nombre de produits divers (alcaloïdes, glucosides, tannoïdes, sucres),

Par les techniques mitochondriales, le vacuome ne se colore pas dans ses formes initiales, mais apparaît sous forme de canalicules incolores semblables aux canalicules de Holmgren décrits dans la cellule animale. Comme d'autre part, le vacuome présente en colorations vitales par le rouge neutre une grande ressemblance avec l'appareil de Golgi, Guilliermond a émis l'hypothèse que ces deux formations, canalicules de Holmgren et appareil de Golgi de significations énigmatiques, représenteraient deux images différentes obtenues par des méthodes différentes, d'un même système qui correspondraient à un vacuome semblable à celui de la cellule animale. L'auteur a ensuite vérifié cette hypothèse en traitant les cellules végétales par les méthodes propres à la différenciation des canalicules de Holmgren et de l'appareil de Golgi. Ces résultats ont été ensuite vérifiés dans la cellule animale par les beaux travaux de Parat et Painlevé.

III. **Rôle des globulins (plaquettes de Bizzozero) en physiologie normale et pathologique.** — M. Jacques Roskam (de Liége). Eléments figurés du sang, très vraisemblablement mais non certainement vivants, les globulins de Donné, hématoblastes de Hayem ou plaquettes de Bizzozero participent à maints phénomènes de la biologie des mammifères.

I. Au cours des chocs, anaphylactiques ou anaphylactoïdes, ils disparaissent temporairement de la circulation. Cette thrombopénie transitoire résulte vraisemblablement de leur agglutination les uns aux autres, bientôt suivie de la sédimentation des amas ainsi formés au niveau de certaines aires vasculaires. Phénomène contingent la disparition temporaire des globulins de la circulation ne joue pas un rôle essentiel ni même important, dans la pathogénie du choc.

II. En s'accolant à elles, dès leur pénétration dans le sang circulant, les globulins favorisent l'élimination des particules étrangères : microbes, hématies d'espèces animales différentes, particules minérales, etc., du torrent circulatoire. Cet « emplaquettement » étroitement dépendant de l'opsonisation des particules, n'est pas un phénomène essentiel, indispensable au maintien de la stérilité du milieu sanguin.

III. L'accolement de globulins aux lèvres des plaies vasculaires intervient normalement, et pour une grosse part, dans l'arrêt spontané des hémorragies. Il en constitue un des mécanismes les plus importants — non le seul. D'autres mécanismes vicariants, parmi lesquels il convient vraisemblablement de considérer surtout le dépôt de couches de fibrine réticulée au niveau des pertuis vasculaires, peuvent suppléer à la formation d'un clou hémostatique par agglutination de plaquettes sanguines en un magma quasi homogène. Aussi le purpura hémorragique, idiopathique (maladie de Werlhof, hémogénie de P.-E. Weil) ou secondaire n'est-il pas, dans son essence une maladie des plaquettes (Denys) une thrompénie essentielle (Franck). Pathogéniquement parlant, il paraît être une endothélite parcellaire hémorragique, l'altération de l'endothélium entravant à la fois son opsonisation, condition sine qua non de la fixation à son niveau des globulins, et diminuant son pouvoir coagulant thromboplastique sur les protéines plasmatiques.

IV. L'agglutination des plaquettes les unes aux autres, leur fixation sur les surfaces étrangères — processus dont relèvent la participation des globulins aux phénomènes que nous venons de considérer — ne dépendent ni de la vitalité des plaquettes, ni de phénomènes électriques. Probablement sont-elles le résultat de phénomènes de floculation se produisant dans l'atmosphère colloïdale absorbée par les globulins et adhèrent intimement à leur surface propre d'une part dans cette atmosphère et au niveau des surfaces étrangères d'autre part.

V. La présence de plaquettes dans un plasma qui se coagule en active la coagulation et confère au sérum un pouvoir coagulant plus intense sur les solutions stables de fibrinogène, une teneur en thrombine plus élevée. L'addition de globuline à un sérum inactivé par vieillissement y détermine une néo-formation de thrombine. Ces faits, également vrais si l'on remplace les plaquettes par leur constituant lipoïdique : le cytozyme, ne suffisent pas à légitimer la théorie de Bordet et Delange, car l'accélération de la coagulation, l'augmentation de la teneur du sérum en thrombine, la réactivation, d'un sérum vieilli peuvent également résulter de l'action, sur le plasme ou le sérum, de chloroforme et d'éther (Nolf).

VI. La présence de plaquettes relativement intactes dans un plasma qui se coagule, confère au caillot une rétractilité considérable, alors que les caillots issus de plasmas privés de globulins sont irrétractiles (Hayem, L. Le Sourd, et Pagniez). Des observations cliniques de Aynand, Fonio, Opitz et Scgober, expérimentales de Achard et Aynand, Sacerdotti, Pickering et Hewitt, Howelk empêchent de considérer les expériences de Hayem, L. Le Sourd et Pagniez, etc., comme pleinement démonstratives d'une fonction rétractante des plaquettes sanguines.

VII. Des faits connus concernant le rapport des plaquettes et de la circulation, trois notions se dégagent.

a. Chez l'homme la tension artérielle est en raison inverse de la teneur du sang en globulins;

b. Les extraits de plaquettes possèdent l'action vasomotrice de l'histamine : vaso-dilatation au niveau des capillaires, vaso-constriction au niveau des artères et des veines;

c. Des phénomènes vaso-moteurs peuvent entraîner de grosses variations numériques des globulins dans la circulation. Ces faits ne permettent pas d'établir si ces plaquettes interviennent dans la détermination de la pression sanguine, normale et pathologique.

VIII. Les plaquettes de certains animaux (rat, lapin, cheval) communiquent au sérum auquel on les ajoute et parfois même in vitro, au plasma un pouvoir bactéricide énergique vis-à-vis de la bactéridie de Davaine. Ce fait, purement contingent, ne présente aucun rapport avec l'immunité anti-charbonneuse.

Tel est, succinctement, l'état de nos connaissances au sujet du rôle des globulins en physiologie normale et pathologique. Maints problèmes importants sont encore irrésolus. Leur intérêt mérite que la physiologie des plaquettes reste à l'ordre du jour.

Discussion. — M. Pagniez rappelle les travaux qu'avec M. L. Le Sourd il a consacrés à l'étude des plaquettes, dont l'étude, depuis les premières recherches d'Hayem, avait été bien négligée. Il pense, avec le rapporteur, qu'elles n'ont aucun rapport avec les phénomènes anaphylactiques. En ce qui concerne leur rôle dans la coagulation du sang, la théorie de Bordet, entrevue d'ailleurs par L. Le Sourd et Pagniez, n'est pas discutable : les plaquettes sont les facteurs essentiels de cette coagulation, les autres agents étant secondaires. Elles interviennent donc très activement dans la production des diverses hémorragies pathologiques, tandis que les lésions

endothéliales invoquées par M. Roskan sont purement hypothétiques. De même, dans la rétraction du caillot sanguin. Les hématoblastes tiennent, contrairement à l'opinion du rapporteur, une place prépondérante. M. CANTACUZÈNE attire l'attention sur les recherches de son élève. M. Popesco, montrant le rôle des plaquettes par certains phénomènes de sensibilisation et d'immunisation. M. L. BINET rappelle les cas où le caillot ne se rétracte pas, bien que les plaquettes augmentent. M. ZANK estime qu'elles sont, dans les conditions physiologiques, indispensables à la coagulation du sang. M. FIRKET fait observer qu'on n'étudie jamais que des plaquettes mortes. M. ROSKAN répond aux différentes objections et se demande s'il ne faut pas émettre quelques réserves sur la théorie de Bordet.

IV. Le pH intérieur cellulaire et ses variations. — M. Paul REISS insiste sur les points suivants :

1° La réaction ionique du protoplasme est faiblement acide (Vlès) ; le noyau, dans des conditions normales est faiblement alcalin ou neutre (Reiss).

2° L'acidité intérieure est une constante cellulaire.

3° L'âge et l'état fonctionnel peuvent faire varier cette constante cellulaire.

Parmi les causes de variations, nous retiendrons l'influence de la respiration, de la sécrétion, de la contraction.

Respiration. — Peyton Rous observe que la peau d'un rat coloré vitalement par le pourpre de bromcrésol est normalement pourpre mais que l'asphyxie la fait virer au vert pourpre. D'autre part, le tissu sous-cutané, coloré en jaune par le bleu de bromthymol, vire jusqu'au bleu par une oxygénation intense.

Dans le règne végétal, on a également observé des variations de pH intérieur dues à une asphyxie. Smith (1923) étudie la corolle d'*Ipoimox Learii*, qui contient une anthocyane virant du bleu au rouge. Quand on porte la corolle bleu sur de l'eau saturée de CO^2, elle vire au rose. Les narcotiques ont un effet passagèrement stimulant et puis déprimant sur ce phénomène, ce qui semble bien montrer qu'il s'agit d'une intervention sur les processus respiratoires, et non d'une simple pénétration d'un acide.

Sécrétion. — P. Carnot, Glénard et Gruzewska utilisent la coloration vitale du rouge neutre, comme indice de la concentration ionique des organes vivants du chien et du lapin. La muqueuse gastrique est normalement teintée en rose par le rouge neutre, ce qui traduit une réaction légèrement acide. Or, pendant la digestion, la muqueuse devient franchement jaune. A l'élimination d'un produit acide correspond donc une alcalinisation de la cellule. Le pancréas au repos prend le rouge neutre en rose ; une injection de secrétine à un animal fistulisé fait virer au rouge les cellules glandulaires, tandis que le suc incolore recueilli et additionné de rouge neutre prend une teinte jaune. La cellule s'est donc acidifiée en excrétant un produit alcalin.

Mouvement. — Les recherches de Pantin sur l'amibe montrent qu'il se produit une acidification du protoplasme, lorsqu'il y a émission de pseudopodes. De même le muscle s'acidifie en se contractant, mais il faut des conditions anormales pour que ces changements deviennent sensibles.

L. BABONNEIX.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Radiologie du médecin praticien. Radiodiagnostic des maladies de l'appareil digestif, par R. LEDOUX-LEBARD. Collection médecine et chirurgie pratiques. Un volume de 288 pages avec 101 figures et 12 planches radiographiques hors texte. — Prix : 30 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de chimiothérapie des maladies infectieuses. Cours professé à la Faculté de pharmacie de Strasbourg, par le docteur A. MARXER. Un volume de 190 pages. — Prix : 15 francs. — Les Editions universitaires de Strasbourg, 1*a*, place de l'Université à Strasbourg, R. C. Strasbourg 3677. Chèques postaux, Strasbourg 107.60.

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE

(Rome, 7-10 avril 1926) (1)

TRAITEMENT DES TUMEURS CÉRÉBRALES

RAPPORTS

Technique de la réaction ostéoplastique du crâne.

Par le professeur HANS BRUN (de Lucerne).

En se basant sur les observations de 458 opérations craniocérébrales chez l'homme, exécutées dans les vingt-trois dernières années, l'auteur est arrivé à cette conviction que dans toutes ces opérations la perte de sang, primaire ou secondaire, exerce une influence notable sur le pronostic opératoire. Non seulement la modification de la pression résultant de l'ouverture de la boîte cranienne et des manœuvres sur la dure-mère et le cerveau, mais encore la perte brusque de sang, occasionnent un collapsus qui peut obliger à cesser l'intervention et causer l'intervention en deux temps.

La suture circulaire de Haidenhain, les plaques de Kredel et d'autres modifications analogues basées sur le même principe, n'amènent qu'une hémostase temporaire, qui provoque, secondairement, une réplétion du territoire barré; il en est de même de l'application de la bande d'Esmarch pour provoquer l'ischémie des membres inférieurs.

Il en résulte des hématomes en dessous du lambeau osseux, donnant lieu à des phénomènes de compression : si on les évacue tardivement pour éviter les phénomènes compressifs, il se produit de la nécrose des bords de la plaie qui retarde la guérison et compromet l'asepsie.

Il faut donc s'efforcer d'éviter sûrement une hémorragie primaire quelque peu importante et également toute hémorragie secondaire.

L'auteur décrit avec minutie sa technique de trépanation.

Il considère la suture primitive étanche de la dure-mère comme extrêmement importante dans la chirurgie cérébrale, aussi bien que dans la chirurgie médullaire; elle a une signification vitale lorsque l'intervention sur le cerveau a conduit jusque dans un ventricule. L'auteur a rempli les pertes de substance de la dure-mère d'abord avec des morceaux d'aponévrose, plus tard hermétiquement avec des lambeaux graisseux. Il utilise toujours, comme matériel de suture et de ligature, de la fine soie, jamais de catgut.

Lorsque la tumeur cérébrale peut être radicalement opérée, le lambeau osseux est conservé; si la tumeur n'est que partiellement opérable ou inopérable, l'os est totalement ou partiellement réséqué. Presque toujours le lambeau osseux guérit, de telle façon que le bord opposé à sa base bâille comme une porte incomplètement fermée; l'auteur a observé ce fait par suite de la contraction des muscles de la nuque, dans les trépanations cérébelleuses. Pour éviter cet inconvénient, il fixe toujours le bord supérieur de la brèche osseuse au moyen de deux fils de bronze-aluminium qu'il enlève généralement dans la suite.

Traitement des tumeurs cérébrales.

Par le docteur PERCY SARGENT (de Londres).

L'auteur précise qu'il ne s'occupera que du traitement chirurgical de ces tumeurs; les autres traitements, y compris la radiothérapie, sauf si elle était associée à l'intervention, ne lui ayant procuré que des mécomptes.

L'auteur insiste sur la nécessité de l'intervention précoce et radicale, sur l'importance de la localisation. La nature des néoplasmes, au contraire, est assez difficile à préciser.

Quelques données statistiques :

I. GLIOMES. — 1° *Frontaux* : 42 cas avec 3 succès réels;
2° *Gliomes occipitaux* : 12 cas avec un demi-succès;
3° *Gliomes post-centraux* : 32 cas, dont 6 vivaient encore

Association de la Presse médicale française.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 32, p. 506; n° 36, p. 565; n° 38, p. 614, et n° 40, p. 648.

vingt-deux mois après l'intervention, mais presque toujours avec troubles plus ou moins prononcés;

4° *Gliomes temporaux :* 26 cas, dont 6 survivaient avec plus ou moins de troubles quatre ans et demi après l'intervention;

5° *Gliomes cérébelleux :* 25 p. 100 de succès.

II. ENDOTHÉLIOMES. — 1° *Ablation de la tumeur :* 19 succès sur 31 cas.

2° *Décompression* : 3 succès sur 10 cas.

III. TUMEURS CÉRÉBELLO-PONTIVES. — Sur 38 cas, 9 survies de quatre ou cinq ans au moins.

IV. TUMEURS DE LA RÉGION PITUITAIRE. — Résultats encourageants.

La thérapeutique des tumeurs cérébrales.

Par le docteur DE MARTEL (de Paris).

La chirurgie des tumeurs cérébrales a fait dans ces vingt dernières années un pas considérable. Les constants progrès de la clinique, le perfectionnement de l'exploration du crâne et de son contenu par la radiographie, l'introduction par Dandy de la ventriculographie et des injections colorées pour la localisation des tumeurs du cerveau permettent de faire des diagnostics de siège beaucoup plus précis, ce qui est d'une très grande importance au point de vue chirurgical. Les recherches de Cushing et Bailey, en dissociant la classe des gliomes en catégories de malignité différente, nous autorisent déjà à porter un pronostic plus précis sur l'évolution de ces tumeurs dès que nous en connaissons l'examen histologique. Enfin les améliorations continuelles de la technique opératoire et de l'instrumentation ont rendu la chirurgie du cerveau, si meurtrière à ses débuts, presque inoffensive à l'heure actuelle. C'est à eux que de Martel a consacré son rapport en insistant sur les points suivants :

1° Nécessité d'opérer avec un très grand soin en allant cependant aussi vite que possible;

2° Nécessité de faire une hémostase absolument parfaite, en usant de différents moyens sur lesquels il a longuement insisté;

3° Nécessité de ne sacrifier que le minimum de temps à l'ouverture de la boîte cranienne et d'user de l'instrumentation mécanique;

4° Avantage, chaque fois que cela est possible, de se servir uniquement de l'anesthésie locale et d'opérer sur un malade en position verticale, ce qui supprime les vomissements et la toux et diminue considérablement l'hémorragie et la turgescence du cerveau;

5° Nécessité de n'ouvrir la dure-mère qu'après avoir diminué au maximum la tension cérébrale (ponction ventriculaire, ponction lombaire, injection intraveineuse hypertonique, lavements de sulfate de magnésie);

6° Nécessité de ne libérer les tumeurs qu'avec douceur, en assurant l'hémostase au fur et à mesure de la libération;

7° Tenter toujours l'ablation d'une tumeur et n'y renoncer qu'après s'être assuré qu'elle est réellement impossible;

8° Ne se résoudre à pratiquer une trépanation décompressive, trépanation sous-temporale ou trépanation occipitale, que quand il est impossible de faire mieux;

9° Ne jamais se mêler une fois par hasard de faire de la chirurgie cérébrale. L'expérience ne s'acquiert en chirurgie nerveuse qu'au prix des plus lourds sacrifices.

Traitement chirurgical des tumeurs de la fosse cranienne postérieure.

Par le professeur BASTIANELLI (de Rome).

Les lésions de cette fosse sont actuellement plus facilement localisées que celles de la fosse antérieure (excepté l'hypophyse).

La localisation des tumeurs du cervelet est difficile.

Facile le diagnostic des tumeurs de l'acoustique. La ponction ventriculaire avec injection colorée (Dandy) est une méthode utile mais dangereuse.

Le diagnostic devra être précoce et l'intervention devra être tentée même chez les malades dans le coma. Les interventions pourront être exploratrices, radicales ou même incomplètes suivant les cas.

Les gliomes cystiques sont les plus favorables pour la cure radicale.

En résumé, être éclectique et renoncer à une intervention radicale quand celle-ci s'annonce comme trop dangereuse.

La ponction sera pratiquée dans les méningites.

Les opérations répétées ont parfois donné une survie notable.

L'opération en un temps est préférable, de même que l'anesthésie locale. L'hémostase doit être parfaite.

STATISTIQUE. — Les statistiques générales ont peu de valeur; seules les statistiques globales d'une même clinique sont à retenir.

a. *Globales.* — Opérabilité dans 40 à 50 p. 100 des cas. La possibilité d'amputation totale ou partielle est de 40 à 50 p. 100 des cas opérés. Dans les tumeurs intrinsèques du cervelet, l'ablation varie entre 15 et 25 p. 100. Dans les extracérébelleuses, entre 50 et 80 p. 100.

b. *Spéciales.* — Sur la totalité des affections l'ablation a été pratiquée de 40 à 45 p. 100. Dans les cas de tumeurs trouvées, de 50 à 80 p. 100 et plus. Les résultats définitifs varient entre 5 et 10 p. 100. Les gliomes cystiques ou cavitaires ont été opérés de 70 à 80 p. 100. Guérison après plus de trois ans : 30 p. 100 et plus, et après cinq à dix ans, 9 à 10 p. 100.

Dans les tumeurs de l'acoustique, opérabilité jusqu'à 80 p. 100. La guérison définitive est encore incertaine. Les améliorations notables pendant plusieurs années varient entre 15 et 25 p. 100.

La mortalité opératoire pour les ablations totales et partielles du cervelet est de 50 à 60 p. 100; pour l'acoustique, de 70 à 80 p. 100 et plus. Cushing cependant n'accuse que 11,1 et 35,4 p. 100 suivant les séries.

Dandy accuse 45 p. 100, mais avec sa nouvelle technique d'ablation totale 5 guérisons sur 5 cas. Dans la décompression et l'exploration, 40 à 80 p. 100 de morts, sauf pour Cushing.

Par le diagnostic précoce et une technique soignée, nous pouvons être certains d'arriver à réduire la mortalité opératoire de 15 à 10 p. 100 et d'obtenir des guérisons durables aussi nombreuses que pour les tumeurs des autres organes.

Thérapeutique des tumeurs cérébrales.

Par le professeur R. LOZANO (de Saragosse).

1° La meilleure thérapeutique des tumeurs cérébrales, c'est l'extirpation, malgré sa mortalité élevée.

2° La craniectomie décompressive aggrave fréquemment la situation des malades.

3° La craniectomie radicale doit se faire de bonne heure, avant que l'hypertension intracranienne ait acquis son complet développement.

4° La craniectomie en un temps sous anesthésie locale est préférable à l'opération en deux temps.

5° Le cerveau tolère la résection d'une grande partie du lobe frontal, de l'occipital ou du temporal, sans amener la mort, et dans beaucoup de cas sans grandes altérations fonctionnelles.

6° La mortalité opératoire dans les tumeurs de la fosse cérébrale antérieure est de 40 p. 100 et de 65 p. 100 en moyenne pour la fosse postérieure.

7° Les résultats éloignés de guérison définitive sont de 20 p. 100.

8° Le plus grand danger de l'opération c'est, malgré les progrès actuels du diagnostic, la confusion de la tumeur avec d'autres affections qui s'aggravent par l'opération.

9° Le plus grand progrès s'est réalisé dans le diagnostic et la thérapeutique des tumeurs postcérébelleuses.

10° La radiothérapie laisse entrevoir la guérison des tumeurs cérébrales, surtout des gliomes et des tumeurs hypophysaires. Malheureusement, on ne publie presque exclusivement que les succès et non pas les échecs. Pour le moment, elle ne doit être conseillée que dans les tumeurs inopérables et presque toujours avec trépanation préalable, à l'effet d'éviter des accidents graves. Dans les tumeurs inopérables, elle soulage grand nombre de symptômes : vomissements, céphalalgie, convulsions et troubles visuels.

DISCUSSION

M. DONATI (de Padoue) est d'accord avec les rapporteurs sur l'importance de la craniotomie large, de l'anesthésie locale et de la décompression préalable. Dans les cas où l'on doit se borner à une trépanation décompressive, on peut obtenir de meilleurs résultats par l'association de la rœntgenthérapie. Il sera nécessaire, dans ce cas, de supprimer le segment osseux, puis de suturer la dure-mère, les parties molles et d'irradier à travers ces plans. L'auteur rapporte une observation où la tumeur a peu à peu disparu sous l'influence des rayons, laissant une dépression marquée au niveau de la zone opératoire. L'opérée a pu reprendre son métier de sage-femme. Dans un autre cas de tumeur ponto-cérébelleuse bilatérale inopérable, la radiothérapie après craniotomie a donné un excellent résultat qui se maintient depuis plus d'un an. Un autre malade, en plein coma au moment de l'intervention, est également guéri depuis un an. L'association de la radiothérapie à l'intervention chirurgicale est surtout efficace dans le cas de tuberculomes.

M. YOUNG (de Glasgow) préconise une technique particulière pour assurer la protection du cerveau, lorsque la suture de la dure-mère est impossible. Ce procédé consiste essentiellement dans la taille d'un lambeau spécial formé du péricrâne et de l'aponévrose. Ce lambeau est à pédicule supérieur, tandis que ceux taillés dans les téguments et le muscle sont à pédicule inférieur. Ce lambeau fibreux est rabattu sur le cerveau à la fin de l'opération et suturé. Il réalise ainsi une protection très efficace de l'encéphale mis à nu.

M. ROLANDO (de Gênes) rapporte un cas observé dans le service de Bastianelli et tendant à montrer que les troubles visuels, dans les cas de tumeurs ponto-cérébelleuses, n'ont pas toujours l'importance que leur attribuent les rapporteurs.

Il s'agissait d'un homme de quarante ans présentant des troubles croissants : céphalée, diminution de l'audition à droite, troubles de l'équilibre avec titubation et inclinaison à gauche, diminution de l'excitabilité électrique. Pas de troubles visuels. Examen négatif du fond de l'œil. La radiographie montrait une augmentation marquée du conduit auditif interne. A l'opération, on trouva un volumineux fibrome de l'acoustique droit.

M. MAGNUS (d'Oslo, Norvège), neurologiste en même temps que chirurgien, a pu faire presque toujours des diagnostics très précoces lui permettant d'améliorer sa statistique.

Il a pratiqué 216 interventions pour des cas dont le diagnostic avait toujours été posé.

Sur 161 tumeurs cérébrales, il a 13 morts; sur 53 tumeurs cérébelleuses, 9 morts (dans ce groupe on note 14 tumeurs de l'acoustique avec 1 mort). La plupart des malades ont pu être suivis : 10 d'entre eux ont une survie de plus de cinq ans.

L'auteur, en terminant, rapporte cinq observations choisies parmi les plus typiques, dont il présente les radiographies.

La radiothérapie, employée dans plusieurs cas, lui a donné des résultats satisfaisants.

M. SOLARO (de Busto-Artigio), rapporte un cas de tumeur calcifiée (psammome) du lobe temporal droit chez une jeune femme de vingt et un ans, soignée depuis douze ans pour épilepsie essentielle, et n'ayant présenté que dans les tout derniers mois des symptômes d'hypertension cranienne et des troubles de la vue (hémianopsie). L'examen ophtalmologique d'abord, la radiographie ensuite, ayant confirmé le diagnostic de tumeur, la trépanation permit d'enlever une masse sous-corticale d'une dureté d'ivoire, pesant 43 grammes. Guérison complète et disparition de tous les symptômes.

M. PASCHOUD (de Lausanne) rapporte 2 cas personnels assez particuliers :

1° Femme de vingt et un ans, soignée depuis sept ans pour sclérose en plaques, puis opérée pour tumeur ponto-cérébelleuse, en deux temps. La malade présentait des troubles de l'ouïe, de la paralysie faciale, une cécité presque complète, tous ces symptômes ayant débuté à la suite d'une scarlatine.

L'état de la malade fut amélioré par l'intervention ; mais elle mourut brusquement le dix-septième jour avec des phénomènes de méningite.

A l'autopsie, on trouve une tumeur du rocher, méconnue et infectée (streptocoque).

2° Homme de dix-neuf ans, ayant eu à l'âge de trois ans une perforation du frontal par accident (chute sur une lame de couteau) et présentant (seize ans plus tard par conséquent) des troubles de l'intelligence et des troubles moteurs de la main (pouce et index surtout).

La radiographie montre une ombre nette, que l'on prend pour une tumeur calcifiée. Il s'agit, en réalité, d'un ostéome développé autour d'une esquille de la table interne détachée par le traumatisme. L'évolution de cette masse avait entraîné de la compression rolandique.

Trépanation. Ablation de la tumeur. Guérison.

M. SOUTTAR (de Londres) présente un apppareil de son invention, destiné à pratiquer très simplement la craniotomie.

L'appareil se fixe sur le crâne, présente une butée limitant la pénétration, et une partie tranchante décrivant un arc de cercle plus ou moins étendu autour du pivot fixe.

M. MARTIN (de Cardiff) apporte une observation de sarcome de la base, guéri par la curiethérapie.

A l'ouverture de la dure-mère, on tomba sur une grosse masse dépassant la ligne médiane et absolument inextirpable. L'auteur utilisa 125 milligrammes de radium laissés en place pendant trente heures. Le malade reste guéri depuis 1924, date de l'opération.

M. JIRASEK (de Prague), ayant eu l'occasion d'observer un grand nombre de malades à la clinique de Kukula, ne croit pas que les résultats de la décompressive soient aussi mauvais qu'on le dit. D'après son expérience, il la préfère à la ponction ventriculaire; mais il estime indispensable l'ouverture de la dure-mère, faute de quoi l'expansion cérébrale est trop limitée. C'est seulement après avoir incisé la dure-mère que l'on voit rétrocéder les symptômes, la céphalée en particulier. L'auteur apporte à l'appui de sa thèse un certain nombre de documents qu'il fait passer sur l'écran.

M. ADSON (de Rochester) attire particulièrement l'attention sur l'importance du diagnostic précoce et de l'opération large. Il estime très justifié l'emploi combiné du radium et des rayons X.

M. MARTIN (de Bruxelles) pense qu'il est malaisé de bien apprécier la mortalité opératoire, les statistiques n'étant pas toujours comparables. Intervenir exclusivement sur les cas au début ne suffirait pas à faire diminuer cette mortalité ; d'ailleurs un certain nombre de malades opérés dans le coma ont été sauvés par l'intervention. La question primordiale est de faire un diagnostic précoce.

La décompressive simple par le précédé de Cushing donne de bons résultats dans les cas inopérables, et la mortalité ne dépasse pas 4 p. 100. Elle est cependant contre-indiquée dans les tumeurs ponto-cérébelleuses ou hypophysaires, qui ne peuvent en bénéficier, au contraire.

En ce qui concerne la radiothérapie, les résultats en sont variables et pas assez éloignés pour pouvoir les apprécier.

M. SLUYS (de Bruxelles) a employé la radiothérapie dans 28 cas de tumeurs inopérables.

Sur 3 gliomes diagnostiqués, il obtint 2 améliorations et 1 récidive; sur 9 gliomes probables, 3 guérisons, 1 amélioration sensible, 3 peu modifiés, 1 mort rapide. Dans les tumeurs de la base, les résultats ont été nuls. Les rayons sont contre-indiqués.

Dans les adénomes hypophysaires, au contraire, l'auteur a obtenu d'excellents résultats : sur 11 cas, 10 succès, 1 échec. Dans les tumeurs supra-sellaires, la radiothérapie n'a apporté aucune amélioration et dans 2 cas une aggravation s'est produite.

M. SCHIASSI (de Boulogne) insiste sur l'importance de l'hémostase, en séparant nettement celle des parties molles et celle de l'os.

Pour les parties molles, la suture de Haidenhain, laissée en place vingt-quatre heures et surveillée, lui semble supérieure aux pinces multiples préconisées par de Martel. Pour éviter au maximum les chances de nécrose, l'auteur fait une suture *interrompue*.

En ce qui concerne l'os, la meilleure façon de réaliser l'hémostase est l'ablation rapide du volet. L'auteur reconnaît les avantages du trépan mécanique de de Martel, mais il lui préfère le petit trépan de Codililla, dont il fait une démonstration extemporanée sur le cadavre.

M. JENTZER (de Genève), fait à son tour une démonstration avec son trépan personnel, afin de permettre aux congressistes d'apprécier les avantages de chaque instrument.

MARCEL THALHEIMER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 MAI 1926)

Inefficacité de la pilocarpine sur le métabolisme énergétique en l'absence de capsules surrénales. — MM. J. GIAJA et X. CHAOVITCH.

Exaltation du virus rabique et corps de Négri. — MM. Y. MANOUÉLIAN et J. VIALA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er JUIN 1926)

Réception des membres de la Conférence sanitaire internationale. — La séance a été consacrée à la réception des membres de la Conférence sanitaire internationale qui siège depuis quelques jours au ministère des Affaires étrangères.

On sait que cette Conférence, qui réunit les délégués les plus éminents de diverses nations, étudie un certain nombre de problèmes d'hygiène internationale. Elle s'occupe notamment de questions de police sanitaire internationale, c'est-à-dire de l'ensemble des conventions sanitaires adoptées et ratifiées par les nations civilisées pour empêcher la propagation du choléra, de la peste et de la fièvre jaune.

Les membres de la Conférence étaient venus nombreux. Le président, M. Barrère, ambassadeur de France, dans une allocution de haute tenue, présenta ses collègues à l'Académie.

M. le Président de l'Académie de médecine lui répondit.

Puis la parole fut donnée à M. Léon Bernard qui fit un rapide exposé de la *propagande éducative d'hygiène sociale en France*. Cette Conférence fut accompagnée de très beaux films sur la lutte antituberculeuse et sur la lutte contre la syphilis.

Le film du docteur Devraigne, la *future maman*, fut particulièrement applaudi.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 MAI 1926)

Amélioration rapide et considérable d'un cas grave de maladie de Basedow, avec vomissements incoercibles et cachexie, sous l'influence de la suggestion. — MM. A. LEMIERRE et P.-N. DESCHAMPS rapportent l'observation d'une jeune fille de seize ans atteinte d'une maladie de Basedow qui se compliqua de vomissements incoercibles. L'amaigrissement devint effrayant, tous les symptômes basedowiens et les phénomènes cardiaques notamment s'aggravèrent et la mort semblait imminente. C'est alors que la malade ayant entendu vanter les merveilleux effets d'un fromage fermenté dans un cas de vomissements analogue au sien, entreprit de se traiter par cet aliment. Immédiatement les vomissements cessèrent, la malade engraissa rapidement et les symptômes basedowiens proprement dits s'atténuèrent. Il est intéressant de constater que la cessation de cette complication survenue sous l'influence de la suggestion, a été le signal d'un rapide amélioration des symptômes basedowiens proprement dits, tachycardie, exophtalmie et goitre.

Ictère hémolytique familial. — MM. Robert DEBRÉ, M. LAUNAY et Mlle BAUDRY présentent une mère et ses enfants atteints d'ictère hémolytique congénital.

L'aîné des enfants est arrivé à l'hôpital en décembre présentant le tableau clinique d'une anémie aiguë avec un gros foie, une rate très volumineuse et aucun signe qui puisse faire penser à un ictère. Tous les membres de la famille examinés ont un subictère plus ou moins accusé, un gros foie, une très grosse rate. L'origine de la maladie semble remonter à la grand'mère maternelle. L'examen du sang a montré chez la malade une anémie aiguë avec signes de réparation sanguine et une fragilité globulaire minime, la présence d'iso-hémolysine anormale dans le sérum sanguin. La réaction de Wassermann pratiquée chez la mère et les enfants est légèrement positive chez tous, bien qu'on ne trouve chez eux aucun signe net de syphilis. Les auteurs insistent, d'une part, sur l'anémie exceptionnellement rencontrée au même degré au cours des ictères hémolytiques congénitaux, d'autre part, sur ce qu'au lieu d'employer la méthode classique de rechercher des hémolysines, ils ont employé la méthode de Kolmer modifiée par Herser.

Valeur diagnostique des cuti-réactions à la tuberculine chez l'adulte. Les réactions ultra-positives. — M. A. JOUSSET envisage seulement les réactions très fortes qu'il appelle *ultrapositives* qui pour lui sont *caractéristiques de l'évolution* du foyer tuberculeux créateur de l'allergie. Il en existe plusieurs types : la papule dite « en cocarde », la phlyctène et l'escarre. Leur présence permet d'affirmer l'absence de stabilisation, la progression lente de la lésion telle qu'on l'observe dans certaines tuberculoses bénignes bien localisées, état d'équilibre instable qui constitue une menace perpétuelle. On conçoit tout l'intérêt de ce critérium pour la surveillance des tuberculeux.

L'auscultation du cœur chez le chien à la suite des injections intra-veineuse d'air. — MM. BINET et DONZELOT ont constaté à la suite des injections intra-veineuses d'air trois ordres de symptômes : les bruits hémato-aériques dus au passage du sang par l'air, un gros souffle systolique d'insuffisance tricuspidienne lié à un trouble de jeu de la tricuspide et un claquement du deuxième bruit pulmonaire par hypertension dans la petite circulation.

Sur la coexistence de la néphrite sclérosante et de l'hypertension artérielle dans l'âge mûr. — MM. Maurice RENAUD et J. ROLAND, dans le but d'apporter une contribution clinique à l'étude des rapports si discutés de l'hypertension et de la néphrite chronique, ont suivi 75 malades chez lesquels ils ont pratiqué des explorations minutieuses des fonctions rénales dont les données ont été contrôlées dans un grand nombre de cas par des vérifications anatomiques.

Ils sont arrivés à la conclusion que chez les sujets d'âge mûr qui présentent de l'hypertension artérielle permanente, la constante d'Ambard accuse une défaillance fonctionnelle dans 65 p. 100 des cas bien que le taux de l'urée sanguine ne soit généralement pas élevé, l'épreuve de la phénol-phtaléine dans 94 p. 100 des cas. L'exploration fonctionnelle et l'anatomie concordent à établir que l'existence d'une néphrite sclérosante est la règle absolue chez de tels malades.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 MAI 1926)

La sympathectomie dans le traitement des ulcères variqueux. — M. LECÈNE, d'après les recherches qu'il a faites sur les ulcères de jambe dits variqueux, conclut que ces ulcères, 9 fois sur 10, sont d'origine syphilitique et que leur meilleur traitement consiste dans l'emploi de l'iodure et du mercure.

M. GERNEZ fait remarquer que la sympathectomie n'est pas toujours possible. Il cite un cas où il s'est trouvé en présence d'une artérite oblitérante de la fémorale.

M. ALGLAVE distingue des ulcères d'origine syphilitique les ulcères provenant d'une veine variqueuse que l'on peut facilement reconnaître.

M. MOURE, tout en pratiquant la sympathectomie, donne à ses malades du sirop de Gibert. Toutefois, dans un cas où le résultat de ce traitement fut nul, il dut recourir à l'amputation.

Encéphalocèle rompue. — M. LENORMANT fait un rapport sur un cas adressé par M. Ferry (de Strasbourg). Il s'agit

d'une encéphalocèle rompue chez une petite fille très anémiée. La masse fut enlevée et la plaie refermée. La petite malade finit par succomber à une hydrocéphalie considérable.

M. VEAU a constaté que l'hydrocéphalie se produisait plutôt après un spina bifida qu'après une encéphalocèle.

M. OMBRÉDANNE croit que l'opération donne de meilleurs résultats si elle est faite plus loin de la naissance.

Tumeur du sein. — M. LENORMANT fait un second rapport sur un cas de sarcome du sein opéré par M. Tasso Asteriadès (de Salonique). Petite récidive un an après, nouvelle intervention et guérison se maintenant depuis cinq ans.

Greffes épiploïques. — M. DUVAL analyse un travail de M. Hertz basé sur quatorze cas de greffes épiploïques libres. Ces greffes ont été pratiquées sur des fragments d'intestin dépourvus de péritoine, sur l'appendice, sur l'utérus et ses annexes. Malgré l'état infectieux, les résultats obtenus ont été satisfaisants. M. Duval regrette que M. Hertz n'ait pu faire connaître le contrôle bactériologique dans ces cas. A défaut de ce contrôle mieux vaut s'abstenir, dit M. Duval, que de faire ces greffes en milieu septique.

Plaie médullaire avec paraplégie datant de deux ans. Intervention. Guérison. — M. ROBINEAU analyse une observation de M. Desplats. Blessé de 1914, plaie rachidienne, ablation de deux éclats d'obus deux mois après. Persistance de la paraplégie avec paralysie des sphincters. Deux ans après, un repérage ayant fait constater la présence d'un éclat intramédullaire, M. Desplats incise la dure-mère et extrait l'éclat, sans perdre une goutte de liquide céphalo-rachidien à cause des adhérences arachnoïdiennes, circonstance heureuse, ajoute M. Robineau. Guérison complète et parfaite. M. Robineau estime que dans ces cas il vaut mieux attendre une désinfection complète pour éviter les accidents méningitiques mortels.

Pseudarthrose du fémur. — M. CUNÉO fait un rapport sur une observation de M. Bloch, relative à un cas de pseudarthrose consécutive à une ostéosynthèse pratiquée d'urgence sur une fracture ouverte. Echec complet. Ostéomyélite. Ablation de la pièce de prothèse. Pseudarthrose. M. Bloch opéra ce malade en trois temps : 1° désinfection de la plaie; 2° autoplastie cutanée par la méthode italienne; 3° greffe ostéopériostique après échec d'une greffe d'Albee, guérison.

M. DUJARIER approuve la conduite de M. Bloch dans ce cas.

M. LENORMANT, à propos de ce fait, proteste énergiquement contre l'ostéosynthèse pratiquée d'urgence dans les fractures ouvertes et trop souvent suivie d'échec et de l'amputation.

M. PICOT rapporte un fait analogue à celui de M. Bloch. Bonne réparation osseuse avec un Albee, mais tout a échoué pour la réparation cutanée.

M. DUJARIER proteste à son tour contre la protestation de M. Lenormant.

M. ROBINEAU s'associe à la protestation de M. Dujarier, mais en insistant sur la nécessité d'une parfaite désinfection et d'une parfaite aseptie opératoire.

M. LERICHE fait plus de réserves que MM. Dujarier et Robineau.

Une bonne désinfection suffit souvent pour que se fasse ultérieurement la consolidation.

Traitement de l'artérite juvénile par la surrénalectomie. — Très intéressante communication de M. LERICHE sur ce sujet. Ayant cherché à apporter un soulagement aux souffrances atroces des jeunes gens atteints d'artérite, il a successivement essayé la sympathectomie haute, la résection de l'artère atteinte, même l'amputation haute, sans grand succès. D'après les travaux d'Oppel, ce serait surtout une hyperadrénalinémie qui serait la cause de cette affection.

Chez six malades au début de l'affection, M. Leriche a pratiqué l'ablation de la capsule surrénale gauche avec quatre succès. C'est encourageant.

(SÉANCE DU 12 MAI 1926)

Tuberculose du pubis. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation adressée par M. M. Pavlos Ar. Petridis (d'Alexandrie) relative à un garçon de sept ans qui présenta tous les caractères d'un hématome de la cuisse gauche, sans traumatisme préalable appréciable. Après le débridement du foyer, la sonde conduisait sur la branche descendante du pubis. Le diagnostic porté fut celui d'ostéomyélite. Mais l'examen histologique des caillots démontra qu'il s'agissait de tuberculose du pubis. Evacuation des caillots, curetage osseux, guérison. Les radiographies, selon M. le rapporteur, étaient plutôt en faveur de la tuberculose.

M. Mouchet rapproche de ce fait deux cas analogues personnels.

Fracture du scaphoïde. — M. MOUCHET analyse une observation de M. Houzel dans laquelle il s'agit d'un homme de trente-deux ans qui fut atteint de douleurs et de gonflement du poignet droit. Le point le plus douloureux à la pression répondait à la région scaphoïdienne. La radiographie montra une fracture classique du scaphoïde. Extirpation. Guérison. M. Mouchet cite deux cas personnels dans lesquels l'extirpation a également donné d'excellents résultats.

Thrombo-phlébite de la veine axillaire. — M. Louis BAZY rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-sept ans, robuste, sans aucun antécédent, non syphilitique, sans traumatisme antérieur, autre que de violents efforts habituels. Il fut pris de fièvre, de douleur, d'un gonflement énorme de toute la région, avec une augmentation marquée de la circulation collatérale et la présence d'un cordon induré répondant à la veine axillaire. Les douleurs devinrent intolérables, l'augmentation de volume de la région fut énorme et la tension artérielle plus élevée de ce côté que de l'autre. M. Bazy crut devoir intervenir : anesthésie locale, incision axillaire, léger débridement de la veine, évacuation, par expression, d'une énorme quantité de caillots et, après s'être assuré que l'hémorragie veineuse était bien arrêtée, un point de suture ferma la petite plaie veineuse : fermeture de la plaie, suites simples, suppression rapide de la circulation collatérale, soulagement immédiat des douleurs, guérison. L'examen bactériologique du caillot fut entièrement négatif.

M. Bazy recherche quelle a pu être l'étiologie de cette énorme thrombo-phlébite, étant donné l'absence de traumatisme, de syphilis, d'un état pathologique antérieur quelconque.

M. MOUCHET rappelle un travail de M. Cadenat, sur ce sujet et deux observations qu'il a lui-même communiquées à la Société et qui ont fait l'objet d'un rapport de Rochard. Il a cru, dans ces faits, devoir invoquer des efforts répétés comme cause des accidents.

Fractures de l'humérus accompagnées de paralysie radiale immédiate. — M. SCHWARTZ fait une communication sur ce sujet appuyée sur quatre observations. De l'examen et de la discussion de ces observations M. Schwartz s'applique à fixer la réponse à cette question : En cas de fracture de l'humérus s'accompagnant de paralysie radiale immédiate quelle est la conduite à tenir?

Il est le plus souvent très difficile de se rendre compte de la lésion nerveuse, simple contusion ou enclavement ou écrasement. Dans le doute M. Schwartz croit plus sage de s'abstenir de toute intervention immédiate, de traiter la fracture et de remettre à deux ou trois mois plus tard l'examen du nerf et le traitement de la paralysie. Dans les cas de contusion très grave et d'enclavement probable, M. Schwartz intervient immédiatement, a recours à une ostéosynthèse pour le traitement de la fracture et s'applique à dégager et à isoler le nerf ou à le suturer s'il est rompu. Mais dans les cas où la lésion nerveuse ne paraît pas aussi grave, traiter la fracture et s'occuper ultérieurement du nerf.

M. DUJARIER se déclare d'un avis absolument opposé à celui de M. Schwartz. Il cite un cas dans lequel il a attendu quarante-huit heures, il est intervenu, il a trouvé un nerf radial étranglé par un des fragments. S'il avait attendu que serait-il

advenu de ces nerfs! Elève de Terrier, M. Dujarier a toujours suivi le conseil de son maître qui disait : « En cas de doute ne vous abstenez pas ».

M. SCHWARTZ estime que lorsqu'on a pu faire le diagnostic d'enclavement du nerf, il ne faut pas hésiter à intervenir immédiatement. Mais il ajoute qu'en cas de simple contusion, ce qui est le cas plus fréquent, il n'y a qu'avantage à intervenir pour la paralysie radiale deux ou trois mois après si elle ne s'est pas très améliorée déjà d'elle même.

Torsion axiale d'un utérus fibromateux. — M. AUVRAY apporte l'observation d'une femme de soixante-trois ans qui portait une tumeur très dure dans la fosse iliaque droite, et souffrait de plus en plus, si bien qu'elle finit elle-même par réclamer l'opération. M. Auvray pratiqua donc une hystérectomie totale et au cours de l'opération, il constata que cet utérus fibromateux avait fait un demi-tour de torsion sur lui-même, si bien que les annexes droites avaient passé à gauche et réciproquement.

M. J.-L. FAURE signale un fait analogue. Dans le cas de M. Auvray, on ne pouvait hésiter pour l'intervention, puisqu'il s'agissait d'une femme de soixante-trois ans. Mais lorsqu'il s'agit d'une jeune femme, il y a lieu d'hésiter et de voir s'il ne vaudrait pas mieux recourir, après la détorsion, à une hystéropexie plutôt qu'à une hystérectomie.

Ostéosynthèse. — M. DUJARIER présente un malade chez lequel il a obtenu un mauvais résultat de l'ostéosynthèse.

M. THIÉRY félicite M. Dujarier d'avoir simplement présenté ce mauvais cas semblable à beaucoup d'autres que pourrait présenter M. Thiéry lui-même.

Résultat éloigné d'une coxa vara traitée par le vissage du col fémoral et des greffes ostéopériostiques. — M. MAUCLAIRE.

LIVRES NOUVEAUX

Lamartine, garde du corps (1), par M. L. BABONNEIX, médecin de la Charité.

On a tant écrit sur Lamartine qu'il semble impossible de trouver encore de l'inédit sur le grand poète. Notre ami Babonneix à qui nous devons déjà tant de détails nouveaux ou peu connus sur l'ami de Julie, nous apporte cependant sur sa jeunesse des documents d'un intérêt tout particulier.

En historien précis il nous montre le brillant garde du corps débutant à la Compagnie de Noailles, et nous fait assister avec lui aux événements de 1814 et 1815.

M. Babonneix, s'il est un conteur exquis, n'oublie pas qu'il est médecin. Au milieu de cent anecdotes curieuses il nous donne des aperçus nouveaux sur la « mégalomanie » et, surtout, sur la « mythomanie » de Lamartine, maladies dont le poète semble avoir été atteint dès sa première jeunesse.

Que l'auteur des *Méditations* nous déclare que son père était décoré de l'ordre de Saint-Louis le 15 juillet 1814, alors que le brevet ne date que du 19 ; qu'il nous conte avoir blessé en duel un officier polonais d'un coup d'épée à la poitrine, ou d'un coup de sabre « sur le bras », ce sont là vétilles, surtout pour lui. N'a-t-il pas vu des tours à la cathédrale de Beauvais? Pourquoi faut-il que certains lui aient reproché d'avoir manqué à son devoir au moment des Cent-Jours? Sans doute, il affirme être rentré à Paris pour le 19 mars 1815 et avoir accompagné le Roi jusqu'à Lille. Mais les pièces administratives, dont M. L. Babonneix reproduit la plus importantes, sont accablantes pour le jeune garde du corps : *le 19, est resté dans ses foyers.* A dire vrai, d'autres documents semblent établir le contraire. De ces deux versions,

(1) Une brochure in-8. — Paris 1925, G. Doin.



laquelle choisir? Celle que nous donne le poète? Force est alors de reconnaître que le plus authentique des documents officiels peut être sujet à l'erreur...

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 7 juin. — Jury : MM. Roger, président; Teissier, Abrami et Binet. — M. Percevault. Etude du retour au calme après un effort sportif. — Mlle Finat. La vaccination antidiphtérique. — M. Giroire. Etude clinique des septicémies malignes.

Mardi 8 juin. — Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, Lian et Baudouin. — M. Chassagnac. Ectopie cardiaque acquise. — M. Raya-Eprousi. Etude sur le goitre exophtalmique. — M. Bertrand (J.). L'amibiase (maladie générale). — M. Méry. L'œdème pulmonaire du nourrisson. — M. Erembert. Etude des procédés de mesure de la pression veineuse.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Chevassu, Tiffeneau et Rathery. — Mlle Berkovits. Le diagnostic de la tuberculose. — M. Bayle. Hypertrophie compensatrice du rein. — M. Bouillot. Etude de quelques sels de strychnine utilisés en thérapentique. — M. Machavoine. Etude sur l'anesthésie.

Jeudi 10 juin. — Jury : MM. Jeanselme, président; Bernard, Nobécourt et Verne. — M. Pantitch)V.). Traitement du bubon chancrelleux. — M. Tardif (E.). Le lichen de Wilson de la Borde. — M. Dardenne. Etude d'une ulcération professionnelle. — Mlle Crémieu-Alcan. Etiologie de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. — Mlle Le Bouédec. Les vitamines du lait. — Mlle Sauvaget. A propos d'un cas de pyélonéphrite chez un enfant.

Jury : MM. Lejars, président; Lecène, Terrien et Fiessinger. — M. Roussel (J.). Etude du lymphatique pelvien. — M. Chavanon. Contribution à la précision des anesthésies. — M. Croll (H.). La tuberculose utérine primitive. — M. Goupille. Les pansements à la lumière sous collophane dans les plaies. — Mme Clitandre Krukowska. Etude du ptoris congénital.

Vendredi 11 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Sébileau, président; Balthazard, M. Labbé, Ombrédanne, Lemierre, Coquot, Moussu, Panisset et Robin. — M. Marcenac. Les accidents protogènes chez le cheval par les gaz de combat. — M. Darras. Loi de 1884 concernant les vices rédhibitoires. — M. Rudolphe. Traitement de l'obstruction de l'œsophage chez les bovidés. — M. Thirion. Le rouget. — M. Bodin. La desmotomie rotulienne chez les bovidés. — M. Herlin. Observations sur la morve.

COURS ET CONFÉRENCES

Amphithéatre d'anatomie des hôpitaux de Paris [17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve)]. — Chirurgie des membres. — *Technique opératoire*, par MM. les docteurs Jean Braine et Louis Michon, prosecteurs. — Nombre des leçons : dix. — Jours et heure des leçons : tous les jours, à 14 h. — Début du cours : lundi 14 juin, à 14 h. — Droit d'inscription : 250 fr. — Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Programme du cours. — I. Chirurgie des vaisseaux : voies d'accès élargies sur les principaux troncs vasculaires, pour plaies et anévrismes; sutures vasculaires; traitement des varices.

II. Chirurgie des nerfs : voies d'accès sur les principaux troncs nerveux; sutures des nerfs; greffes par la méthode de Nageotte; sympathectomie péri-artérielle.

III. Chirurgie des muscles, des tendons et des ligaments : ténotomies, sutures tendineuses, anastomoses; réfection des ligaments croisés (opération de Hey-Groves); amputation cinématique de l'avant-bras.

IV. Chirurgie des articulations : arthrotomie (type épaule); résections : orthopédique pour drainage, pour tuberculose (type genou); arthrodèses : tibio-tarsienne, sous-astragalienne et médiotarsienne.

V. Ostéosynthèse : traitement d'une pseudarthrose de l'humérus avec plaque de Lambotte ou de Lane; cerclage d'une fracture oblique de jambe avec lames de Parham; vissage d'une fracture unicondylienne du fémur; pose des agrafes de Dujarier.

VI. Traitement de l'ostéomyélite : trépanation d'un os long. Ostéotomies : supracondylienne, sous-trochantérienne.

VII. Traitement des pseudarthroses : technique de la greffe osseuse (procédé d'Ollier-Delagénière, procédé d'Albee, procédé du professeur Cunéo).

VIII. Chirurgie de l'épaule et du coude : résections de l'épaule et du coude, traitement des fractures de l'olécrâne.

IX. Chirurgie du pied et de la jambe : orteil en marteau, hallux valgus; tarsectomies pour pieds bots, astragalectomie; amputation de Ricard, de Pirogoff et de Syme. Amputation basse de jambe.

X. Chirurgie du genou et de la hanche : voies d'accès du genou; voie transrotulienne, voie transtubérositaire; cerclage de la rotule, méniscectomie, amputation de Gritti; arthrotomie, résection et désarticulation de la hanche.

Nota. — La leçon du vendredi 18 juin sur l' « ostéosynthèse », sera faite par M. le docteur Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut.

Chirurgie orthopédique chez l'adulte. — Cours de revision. — M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, fera un cours de dix leçons qu'il commencera le mardi 15 juin, à 16 heures, et il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, amphithéâtre Vulpian. Présentation de nombreuses radiographies.

Programme du cours. — Historique de l'orthopédie. — Greffes tendineuses, musculaires, aponévrotiques, cartilagineuses, osseuses, articulaires, nerveuses. — Difformités du rachis. — Mal de Pott chez l'adulte. — Scolioses. — Rhumatisme vertébral. — Sacralisation de la Ve lombaire. — Cubitus valgus, varus, coxa vara, valga, plana. — Pieds bots. — Hallux valgus. — Rééducation fonctionnelle des accidentés du travail et des mutilés de la guerre.

Hôpital Saint-Antoine. (Service du docteur Félix Ramond.) — Démonstrations de radiologie gastro-duodénale. — Du 21 au 27 juin le docteur F. Ramond, assisté des docteurs Ch. Jacquelin, Zizine et Longchampt, fera une série de démonstrations radiologiques sur les maladies de l'estomac et du duodénum.

Chaque séance sera consacrée à l'examen aux rayons d'une catégorie de malades, et sera précédée d'une conférence sur les signes radiologiques chez les malades de cette catégorie.

Les conférences auront lieu tous les jours à 9 h. 30, les examens radiologiques à 11 heures et 16 heures.

Les inscriptions sont limitées.

Se faire inscrire, en versant un droit de 200 francs, auprès de M. le docteur Jacquelin, hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino.

Cours d'orthopédie de M. Calot, à Berck-Plage, le lundi 9 août 1926, avec exercices pratiques. En une semaine, de 9 heures à 19 heures, enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens. Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au docteur Fouchet, Clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou Institut Calot, Berck-Plage (P.-de-C.).

Résumé du programme : ce que tout praticien doit savoir et savoir faire en orthopédie. — I. Technique des appareils et moulages, et des ponctions et injections.

II. Tuberculoses des os, articulations, ganglions.

III. Déviations congénitales et acquises.

IV. Maladies non tuberculeuses des os, articulations et ganglions.

V. Fractures (du col de fémur, de cuisse, etc.).

VI. Les dernières acquisitions en orthopédie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.



Chirurgie du sympathique. Chirurgie du tonus musculaire. La section des rameaux communicants, par P. WERTHEIMER, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, et A. BONNIOT, chirurgien des hôpitaux de Grenoble. Préface du professeur LERICHE. 1 vol. de 136 p. avec 21 fig. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

N° 46. — MERCREDI 9 JUIN 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 9 JUIN 1926. — N° 46.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2* : 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite*. — Séance du 3 juin. — MM. Alajouanine, 20; Carrée, 19; Turpin, 17; Marchal, 17,45.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Séance du 4 juin. — MM. Chatellier, 20; Durand, 19.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat*. — *Epreuve de physiologie*. — Séance du 4 juin. — MM. Thalheimer, 16; Bernard, 15; Chastang, 14; Gueullette, 13; Gérard-Marchant, 12.

— M. Branca, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur sans chaire.

— Toulouse. — M. Moog, agrégé près la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur sans chaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Favreul, professeur suppléant de clinique et pathologie chirurgicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur de clinique chirurgicale à ladite Ecole, en remplacement de M. Guilbaud, décédé.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Escande (de Saint-Héand), Gallois et Mayard (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Mouchet (de Vourdre), Orsatelli (de Corte), Tabutin et Treyve (de Moulins).

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or*. — M. le docteur Théodore Marie (de Toulouse).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Paul Boncour [G. O.] (de Paris), Bassal (de Toulouse).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Chabry, Laufer (de Paris), Durand (de Toulouse).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône) [poste créé].

Ce praticien ne pourra être logé à l'asile, mais recevra une indemnité compensatrice du logement, du chauffage et de l'éclairage.

DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX. — Il est ouvert un concours sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé, n'exerçant pas en clientèle, et chargé des dispensaires antituberculeux du département de l'Eure.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris, où les dossiers des candidats devront être transmis avant le 1er juillet.

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE, dans son assemblée générale du 13 avril 1926, après avoir protesté à l'unanimité contre le doctorat en chirurgie dentaire, a adopté, également à l'unanimité, deux vœux : l'un s'opposant à la nécessité d'un examen spécial pour les médecins voulant exercer l'art dentaire, et un second réclamant, pour l'avenir, le doctorat en médecine obligatoire pour l'exercice de cette spécialité.

STATISTIQUE MUNICIPALE DE PARIS. — Le Bureau de la statistique a enregistré, pendant la 14e décade (du 11 au 20 mai inclus) : 1.262 décès, au lieu de 1.183 pendant la décade précédente (moyenne 1.170).

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 23 (moyenne 28).

La rougeole a causé 32 décès (moyenne 17). Le nombre des cas nouveaux signalés est de 323 (moyenne 260).

Les autres cas de maladies infectieuses ne dépassent pas sensiblement la moyenne.

On a enregistré la naissance de 1.368 enfants vivants (687 garçons et 681 filles), dont 1.059 légitimes et 309 illégitimes. Parmi ces derniers, 52 ont été reconnus séance tenante. Le nombre des naissances enregistrées pendant la 14e décade de 1925 était de 1.347.

On a déclaré la mise en nourrice de 237 enfants, tous placés hors Paris.

Parmi ces enfants, 2 seront nourris au sein.

On a déclaré la naissance de 78 mort-nés, dont 54 légitimes et 24 illégitimes.

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous recevons le premier numéro des *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire* fondées par Emile Sergent et Th. Tuffier.

Cette belle Revue, qui paraît six fois par an, est éditée par G. Doin, et a pour rédacteurs en chef MM. Pierre Pruvost et Jean Quénu.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN APPEL AUX SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

Trois années se sont écoulées depuis l'époque (mai 1923) où l'Union Nationale des Associations d'Étudiants de France, réunie en congrès annuel à Clermont-Ferrand, acceptait et faisait sien le vœu présenté par la section de Médecine de l'A de Paris, portant la création du « Sanatorium des Etudiants ».

Les étapes se sont succédé rapidement. 1923 : établissement des plans et devis, recherche d'un emplacement. Constitution d'un Comité de Patronage, 1924 : approbation du projet par le ministère de l'Hygiène qui nous accorde une subvention égale à la moitié du montant total des devis, recherche d'un emplacement, début des travaux, pose de la première pierre (26 octobre). 1925 : reconnaissance d'utilité publique (23 mai), visite du Président de la République sur nos chantiers (4 août). 1926 : les travaux sont poussés activement. Nous avons l'espoir que 1927 verra l'œuvre achevée.

Le S. E. s'édifie dans les Alpes Dauphinoises, à Saint-Hilaire-du-Touvet (1.150 mètres d'altitude), à proximité de Grenoble. A ses côtés s'achève le sanatorium de l'association métallurgique et minière (450 lits) et commencent les premiers travaux du sanatorium du département du Rhône (700 lits) ; d'autres établissements sont encore en projet.

La station de Saint-Hilaire-du-Touvet constituera le centre sanatorial le plus important de France. Muni de procédés de cure et de recherches les plus perfectionnés, il sera l'organisme le plus puissant créé jusqu'à ce jour pour lutter contre la tuberculose.

Le S. E. n'en constituera pas la partie la moins originale; 125 étudiants, 25 étudiantes pourront y être soignés, ces dernières dans un pavillon spécial.

En même temps qu'un établissement de cure, le S. E. sera un établissement d'enseignement, où chacun, selon ses forces, pourra trouver les moyens de travailler et de ne pas interrompre ses études ; une vaste bibliothèque, des laboratoires importants sont prévus. Les étudiants en médecine trouveront dans les établissements voisins l'enseignement des maîtres. Des cours, des conférences seront organisées.

Le S. E. ne se gérera pas par lui-même. Les trois établissements cités seront placés sous une gestion économique unique, chacun d'eux gardant évidemment toute initiative concernant sa vie intérieure. C'est une garantie considérable pour l'avenir.

Les étudiants fortunés assureront eux-mêmes leurs frais d'hospitalisation. Pour les autres, l'Union nationale interviendra par la création d'une caisse d'assistance à la constitution de laquelle elle s'emploie déjà; certaines collectivités (départements, communes, conseils d'université, écoles, etc.) prendront à leur charge les frais de séjour de certains de ces étudiants. Enfin, l'assurance contre les risques professionnels du personnel médical des hôpitaux, demandée pour la première fois en 1922 par l'Union nationale, permettra l'hospitalisation des étudiants en médecine ayant contracté la tuberculose dans leur service.

Telle est l'œuvre rapidement définie. Mais une telle tâche n'a pu être entreprise et ne sera menée à bien qu'autant que l'Union nationale trouvera des crédits suffisants. Ne disposant par elle-même d'aucune ressource c'est en s'adressant à la générosité publique qu'elle a pu jusqu'à ce jour constituer un fonds de 3 millions et demi. Cela ne suffit pas. La construction en montagne est extrêmement onéreuse : la saison d'hiver et les intempéries lui sont préjudiciables, la main-d'œuvre s'y recrute difficilement, les matériaux y accèdent non sans risques et perte de temps.

IL MANQUE UN MILLION

Je ne veux pas citer tous les efforts tentés sur tous les points de France pour nous venir en aide. Mais je ne puis omettre de signaler, l'intervention si généreuse et confraternelle de tous les journaux et de la presse médicale en particulier.

Nous leur demandons de transmettre cet appel aux Syndicats médicaux de France qui, à plusieurs titres, sont intéressés à l'achèvement de notre œuvre : lutte contre la tuberculose en général, aide aux étudiants, et en particulier aux étudiants en médecine plus fréquemment atteints.

Il y a là aussi l'occasion d'un geste confraternel que les syndicats médicaux accompliront sans hésiter. Nous leur demandons de nous apporter leur contribution. Nous savons qu'ils ne sont pas riches pour la plupart. Mais les dons les plus touchants n'ont pas toujours été les plus importants. Qu'ils suivent l'exemple donné déjà par certains de leurs confrères (Grenoble, Corbeil, Versailles, Fougères, Dijon, Beaune, Semur, etc.), qu'ils interviennent ensuite individuellement auprès de chacun de leurs membres pour les engager à nous aider. Que chaque médecin songe qu'un jour peut-être le sanatorium des étudiants, en arrachant à la tuberculose un être cher, un enfant, lui aura épargné la plus grande douleur de sa vie.

Car le Sanatorium des étudiants est à la fois œuvre médicale et œuvre d'humanité.

Dr AMABERT,
Médecin des hôpitaux de Grenoble.

Membre donateur, 500 à 5.000 francs; membre bienfaiteur, 5.001 à 20.000 francs; membre fondateur (création d'un lit), à partir de 20.000 francs.

Tous les envois de fonds doivent être faits à l'adresse du trésorier de l'Œuvre, M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble (comptes chèques postaux, Lyon 188,37).

Pour tous renseignements complémentaires et demande d'envoi d'une brochure détaillée, s'adresser au docteur Crouzat, 1, rue Pierre-Curie, Paris (Ve).

RENSEIGNEMENTS

URGENT. — Cause dép. Céd. mon Etablis. Climat. (convient pour conv. repos, etc.), Côte Azur, vue mer, gr. parc, quart. riche, 18 pièces, bail. Prix : 60.000 fr. mob. neuf compris.

Ecr. Dr BRADFORD, 38 *ter*, boul. Littoral-Mourillon, Toulon (Var).

UN NOUVEL ANALGÉSIQUE ANTI-RHUMATISMAL

LA CRÉSOPIRINE

Par MM. les professeurs G. Carrière et E. Gérard (de Lille).

Tous les inconvénients de l'aspirine et du salicylate de soude sont bien connus des cliniciens : l'aspirine, paraissant se dissocier plus facilement, irrite l'estomac et, de plus, exerce une action dépressive sur la circulation en provoquant des sueurs abondantes; quant au salicylate de soude, il provoque des bourdonnements d'oreilles, des maux de tête, et bien des malades ont de la peine à le tolérer, même à la dose thérapeutique. L'un et l'autre ont également le grave inconvénient d'amener parfois des éruptions et d'irriter les reins.

C'est pour ces raisons que l'un de nous a eu l'idée d'acétyler l'acide ortohomosalicylique par le chlorure d'acétyle pour obtenir l'acide acétyl-crésotinique-ortho, homologue supérieur de l'aspirine, produit cristalisé et chimiquement pur.

Ce nouveau corps, dénommé par nous « crésopirine », se révéla très peu toxique : son coefficient de toxicité pour le lapin étant de 1g40 par kilogramme de poids vif. D'autre part, l'expérimentation clinique nous a convaincus que ce composé présentait comparativement à l'aspirine et au salicylate de soude des avantages considérables au point de vue de son innocuité. Il ne provoque aucun malaise, ni douleurs d'estomac, ni douleurs pharyngiennes, ni retentissement sur le système nerveux ou sur la circulation. De plus, et c'est là un point très important, la crésopirine n'est pas altérée par le suc gastrique et sa dissociation ne se fait qu'au contact alcalin de l'intestin, en libérant d'une façon graduelle et continue de l'acide ortho-crésotinique physiologiquement actif. Son élimination s'effectue rapidement, commençant deux heures environ après l'ingestion et se terminant au bout de vingt-cinq heures, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'examen des urines.

La crésopirine jouit de propriétés anti-rhumatismales et analgésiques incontestables; et sans être, au sens propre du mot, absolument hypnotique, elle procure le sommeil.

Actuellement nous avons pu expérimenter la crésopirine dans le traitement de plusieurs cas de rhumatisme articulaire aigu fébrile et, si nous faisons état de nos observations ainsi que de celles qui nous sont venues de différents côtés fournies par des médecins curieux d'essayer ce nouveau produit, nous pouvons dire que la crésopirine se présente comme un agent des plus actifs pour le traitement de cette maladie. En effet elle fait tomber la température presque immédiatement des chiffres élevés où elle pouvait se tenir pour la ramener insensiblement, par lysis plus ou moins accentué, jusqu'à la normale. L'action anti-rhumatismale s'exerce également sur le gonflement articulaire et sur tous les phénomènes qui en dépendent, rougeur, chaleur et douleur. Cette dernière est très vite atténuée et les mouvements qu'elle rendait impossibles se trouvent quelquefois libérés du jour au lendemain. De plus, toute cette action favorable s'exerce sans amener de transpiration ou, tout au moins, sans qu'elle soit insupportable. En outre, même avec des doses élevées de 6 grammes par jour pendant plusieurs jours, l'émission des urines n'est pas diminuée et même, dans un cas, nous l'avons vu monter jusqu'à 3 litres par jour, parallèlement à la défervescence fébrile.

Même à hautes doses prolongées nous n'avons vu se produire ni bourdonnements d'oreille, ni maux de tête, ni aucun autre des inconvénients que le salicylate amène si souvent.

Les douleurs du rhumatisme chronique sont influencées par elle d'une façon tout aussi heureuse que celles du rhumatisme articulaire aigu et nous l'avons toujours vue calmer très rapidement la douleur et l'élément fluxionnaire passager des poussées subaiguës d'arthrite qu'on rencontre fréquemment au cours de cette affection. L'action est évidemment un peu moins nette dans les lésions anciennes avec déformations et proliférations osseuses, où l'on obtient cependant la sédation des douleurs et de l'insomnie.

Les névralgies de toutes sortes se montrent favorablement influencées par la crésopirine, depuis la névralgie dentaire banale jusqu'aux cas les plus graves. Nous avons eu l'occasion de traiter une névrite sciatique, rebelle à l'aspirine et au salicylate de soude qui, dès le troisième jour ne se traduisait plus par aucune souffrance et permettait la marche et le retour aux occupations habituelles après douze jours de traitement.

Un malade souffrant depuis plus d'une année d'une névralgie du trijumeau fut presque complètement calmé par une dose de 2 grammes par jour et retrouva une existence supportable, l'insomnie ayant complètement disparu. Dans le même ordre d'idées, la crésopirine améliore à la dose de 2 à 3 grammes par jour, les douleurt fulgurantes du tabès ainsi que les crises douloureuses gastriques de même origine.

Quant aux névralgies intercostales, même celles où la douleur est très accusée, la crésopirine a constamment réussi à les faire cesser. Mais là où le médicament s'est montré particulièrement intéressant, c'est dans le traitement des douleurs thoraciques des tuberculeux. Qu'il s'agisse d'adhérences pleurales anciennes, de poussées subaiguës ou de pleurites récentes, le résultat est en général parfait. La médication calme en quelques jours ces douleurs qui sont habituellement très rebelles à la thérapeutique.

Nous avons déjà fait remarquer que la crésopirine possède une action hypnotique. Certes, on ne peut pas dire qu'elle est un médicament véritablement hypnotique, mais il n'est pas moins vrai qu'elle possède la propriété de favoriser le sommeil d'une façon assez appréciable. Agit-elle en supprimant la douleur, en ramenant le calme, c'est possible, bien qu'il semble qu'elle ait une certaine action hypnotique puisque cette dernière se montre même chez des sujets bien portants. Elle procède toujours d'une façon très douce et ne laisse au réveil aucune sensation désagréable ; c'est à son radical « méthyl » qu'elle doit cette propriété.

Dans la grippe, la crésopirine n'exerce pas d'action particulière sur la température, pas plus du reste que l'aspirine, mais elle calme les malaises, dus à la courbature, et les maux de tête et ramène le calme sans provoquer de transpiration.

En résumé, la crésopirine se comporte dans les différentes formes de rhumatisme et sur l'élément douleur de la même façon que le salicylate de soude et que l'aspirine, mais avec cette différence essentielle qu'elle agit à moindre dose et qu'elle ne présente aucun des inconvénients de ces deux produits. S'éliminant facilement, elle n'entraîne aucun symptôme d'accumulation ni d'intolérance ; n'étant pas acide, elle n'irrite jamais les voix digestives et son

usage peut être continué pendant longtemps, même à doses élevées, sans provoquer le moindre trouble.

Sa posologie est des plus simples : étant très peu toxique, on pourrait donner ce médicament à des doses élevées mais ce n'est pas nécessaire. Dans le rhumatisme articulaire aigu les doses journalières de 4 à 6 grammes suffisent largement; dans le rhumatisme chronique et contre l'élément douleur rhumatismale, avec 1 à 3 grammes par jour, on obtient en général une sédation complète. Contre les névralgies diverses la dose à employer est variable mais elle reste toujours dans ces limites et l'on est quelquefois surpris d'obtenir une sédation complète avec 0,50 ou 1 gramme de médicament.

ACTUALITÉS

LE RÔLE DE L'INFECTION DANS L'ÉVOLUTION DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX.

Les travaux sur la pathogénie de l'ulcère gastro-duodénal sont innombrables et d'autres suivront, puisque la question n'est pas encore résolue. En cette année 1926, on attache une grande importance à l'infection, à son rôle capital, peut-être dans la genèse, sûrement dans l'évolution des ulcères chroniques gastro-duodénaux. Le professeur Pierre Duval, Jean-Charles Roux et leurs collaborateurs, Moutier, Gatellier, Girault viennent de publier d'importants mémoires pour établir, au nom de la clinique, de la biologie et de l'anatomie pathologique, l'existence d'une infection dans certains ulcères gastriques, pour montrer le rôle qu'elle joue dans leur évolution et leurs différentes modalités (1).

Depuis longtemps on avait soupçonné que l'ulcère de l'estomac pouvait être une lésion inflammatoire; dans les travaux de Cruveilhier, se trouvent les expressions « phlegmasie ulcéreuse » et encore « lésion locale entretenue par une irritation locale ». Puis cela fut un peu oublié quand d'autres théories retinrent l'attention; c'était la théorie vasculaire, stase veineuse et infarctus, thrombose ou embolie, anémie des tissus et mortification consécutive; c'était la théorie trophique, expliquant la perte de substance par le retentissement sur les tissus gastriques de lésions nerveuses plus ou moins éloignées; c'était enfin la théorie de l'auto-digestion de la paroi de l'estomac par le suc gastrique. Et cependant, alors même que ces théories comptaient de nombreux partisans, diverses constatations empêchaient de rejeter complètement le rôle de l'infection; Bœttcher, en 1874, trouvait des colonies bactériennes sur les parois d'un ulcère; Albert Mathieu écrivait en 1888 « Il n'y a rien d'illogique à faire intervenir la pénétration microbienne par la surface dénudée de la muqueuse et à se demander s'il ne peut pas s'implanter là certaines bactéries, capables d'aider tout au moins le travail destructeur qui se produit à ce niveau »; c'est ensuite Galippe qui, en 1890, soutient que des infections situées à distance de l'estomac peuvent être l'origine des microbes susceptibles de provoquer des lésions gastriques; plus tard, vers 1908, A. Mathieu et F. Moutier constatent l'importance des poussées inflammatoires et des lymphangites dans l'évolution de l'ulcère. En 1913, enfin, la théorie inflammatoire nous revient d'Amérique à la suite des travaux de Rosenow; ayant isolé des abcès dentaires un streptocoque virulent à action élective sur l'estomac et le duodénum, Rosenow considère l'ulcère gastro-duodénal comme une métastase infectieuse dont il faudrait découvrir et supprimer les foyers originels; l'ulcère dépend d'une thrombose vasculaire provoquée par un streptocoque spécifique gastrotrope; les infections de l'apex de la dent sont particulièrement redoutables, car elles peuvent donner naissance à un ulcus gastrique ou duodénal.

Que nous apprend l'anatomie pathologique sur le rôle de l'infection dans l'ulcus gastro-duodénal? M. F. Moutier nous l'expose dans un article très complet. Ce qui caractérise les ulcérations de l'estomac, ce qui les distingue des érosions, c'est la destruction de la *muscularis mucosae* ; celle-ci détruite, il y a donc ulcération et alors toutes les transitions s'observent de l'*exulceratio* simplex de Dieulafoy ou de l'ulcère aigu perforant d'emblée au vieil ulcère calleux, évoluant sans fin, susceptible de perforation tardive comme de cicatrisation spontanée. L'exulceratio simplex de Dieulafoy est une ulcération vraie, rompant la barrière de la muscularis, attaquant violemment la sous-muqueuse, entourée d'abcès miliaires comme l'a bien vu Caussade; Dieulafoy a considéré l'exulceratio comme représentant sans doute le stade initial et très probablement infectieux de l'ulcère de Cruveilhier; il a observé un cas où trois ulcères, à des stades différents, allaient sur le même estomac de l'exulceratio à l'ulcus classique. Dans d'autres cas d'ulcère aigu, la paroi gastrique est prise en masse; il y a nécrose térébrante, avec des lésions en profondeur qui déterminent presque d'emblée, c'est-à-dire à l'élimination des tissus nécrosés, une perforation pariétale complète; ces ulcères aigus perforants sont très fréquents. Arrivant ensuite à l'étude des ulcères jeunes, qui datent probablement de quelques semaines, Moutier relate ce qu'il a pu constater dans des cas opérés par le professeur Pierre Duval; nous ne pouvons entrer dans le détail des lésions examinées au microscope; retenons seulement que le fond de l'ulcère est constitué par une escarre, qu'au dessous du tissu nécrosé on trouve des hémorragies interstitielles et des lésions de vascularite aiguë, qu'il existe, autour de la nécrose, un tissu réticulé aux mailles bourrées de polynucléaires; dans un cas, M. Moutier a vu, sous le fond même de l'ulcère, quelques bactéries, diplocoques paraissant encapsulés, prenant le Gram. Pour ce qui est de l'ulcère adulte, il faut distinguer l'ulcère au repos et l'ulcère en extension. Sur l'ulcère au repos, on reconnaît partout une organisation mésenchymateuse solide; il y a peu ou point de polynucléaires, sauf à la marge même; ces ulcères sont le plus souvent amicrobiens. Lorsque l'ulcère subit une poussée extensive, on voit un remaniement inflammatoire des tissus (processus nécrotique, hémorragies interstitielles, dilatation des capillaires plus ou moins bourrés de polynucléaires). L'infection apparaît, subaiguë ou aiguë; l'infection subaiguë est caractérisée par la présence de microbes isolés ou d'amas bactériens, par l'œdème, les thromboses vasculaires, les lymphangites. De l'infection aiguë

(1) Pierre DUVAL et J.-Ch. ROUX. Exposé général; — J.-Ch. ROUX. Étude clinique; — F. MOUTIER. Étude anatomo-pathologique; — A. GIRAULT. Étude biologique; F. MOUTIER et J. GATELLIER. Étude de l'ulcère perforé; — J.-Ch. ROUX. Thérapeutique médicale. Pierre DUVAL. Thérapeutique chirurgicale. (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. XVI, n° 1, janv. 1926.) — LOEPER et J. KERMORGANT. La contamination microbienne et la défense de l'estomac, *Progrès méd.*, 15 mai 1926, n° 20.

relèvent la nécrose hémorragique, la vascularite avec dénudation inflammatoire du vaisseau et rupture de celui-ci, les abcès miliaires de la muqueuse ou de la sous-muqueuse, voire l'abcès phlegmoneux menant à la périgastrite suppurée ou à la perforation. Sur 62 ulcères gastriques ou duodénaux, Moutier a trouvé 22 fois une infestation microbienne formelle ; c'est une proportion de 35 p. 100, celle de Rosenow étant de 95 p. 100, et celle de Razemon de 50 p. 100. Les microbes obtenus dans les cultures par Moutier sont le streptocoque, l'entérocoque, rarement le staphylocoque, celui-ci souvent rencontré par Razemon.

On peut donc se demander si l'infection microbienne n'est pas à l'origine des ulcères gastriques et duodénaux. Les constatations anatomiques et les expérimentations montrent qu'à l'origine de l'ulcère, il y a une escarre ; cette escarre dépend-elle d'une thrombose septique, d'une nécrose toxique, d'une anémie trophique ? La question n'est pas encore résolue (1). Mais ce que l'on peut affirmer c'est que, pour que la lésion persévère, il lui faut un apport septique ; l'infection joue donc un rôle certain dans l'évolution de l'ulcère; les paroxysmes de l'ulcère résultent des poussées infectieuses, dont témoignent l'anatomie pathologique et la bactériologie.

De cette infection des ulcères qui évoluent la clinique fournit aussi parfois la preuve, comme le montre J.-Ch. Roux. L'ulcère de l'estomac est, cliniquement, une maladie à évolution périodique; pour expliquer cette aggravation périodique de l'ulcération, on a invoqué différents facteurs : les écarts de régime, l'alcool, les traumatismes provoquant une hypersécrétion gastrique et une auto-digestion secondaire; on a également accusé les fatigues qui diminuent la résistance du sujet. Il semble bien que l'infection de l'ulcère doit être une des causes les plus fréquentes des poussées évolutives. Ainsi, parfois, l'aggravation de l'ulcus coïncide avec le développement dans l'organisme d'un autre foyer infectieux; J.-Ch. Roux cite un cas dans lequel, chez un malade atteint depuis plusieurs années d'ulcère gastrique, chaque crise survenait à la suite d'une inflammation dentaire avec gingivite. L'étude de la température peut aussi donner des indications sur l'infection de l'ulcère; en 1912, Lorenz signalait qu'un certain nombre des malades atteints d'ulcère gastrique avaient parfois une température anormale; plus récemment, en 1923, Jacobs a observé 80 ulcères fébriles et J.-Ch. Roux en a vu aussi quelques cas. Mais c'est surtout à la suite des complications que la nature infectieuse de l'ulcus peut s'affirmer; ainsi les hémorragies ulcéreuses sont parfois fébriles et Soupault a montré la gravité de ces hémorragies fébriles qui indiquent une infection au niveau de l'ulcus, avec danger d'une péritonite par perforation; les accidents infectieux deviennent aussi des plus nets quand l'ulcère, creusant en profondeur, s'accompagne d'abcès périgastriques ou de péritonite généralisée; la perforation d'un ulcère est quelquefois précédée de symptômes qui correspondent à l'infection de la paroi; Radovitch (1) a bien décrit ce stade préperforatoire de l'ulcus, caractérisé par la recrudescence des douleurs, les vomissements, le melæna, une constipation tenace et parfois un état fébrile. L'histoire clinique de l'ulcus révèle donc la fréquence des infections pariétales dans l'évolution de la maladie.

Des réactions biologiques peuvent encore témoigner de l'infection dans les ulcères. A. Girault signale que l'hyperleucocytose avec polynucléose, que les réactions cutanées positives au groupe strepto-entérocoque caractérisent les infections locales des ulcères gastro-duodénaux; ces modifications biologiques coïncident le plus souvent avec des signes cliniques tels que phénomènes fébriles, hémorragies récidivantes; elles s'observent surtout chez des malades atteints d'ulcère depuis longtemps.

De toutes ces recherches sur l'infection fréquente de l'ulcère gastro-duodénal découlent quelques indications pour le traitement. Il faut, dans la mesure du possible, supprimer les divers foyers d'infection; on surveillera donc la dentition du malade, les amygdales cryptiques; on se rappellera que les infections intestinales, les infections de l'appendice, de la vésicule biliaire peuvent retentir sur l'estomac et le duodénum. L'alimentation ayant une influence sur le microbisme du tube digestif, Gilbert et Dominici ayant montré que le lait peut réduire le développement de la flore microbienne de l'estomac, l'usage du lait stérilisé par l'ébullition est le moyen le plus facile d'aseptiser l'estomac. J.-Ch. Roux conseille de maintenir périodiquement, pendant trois ou quatre jours par quinzaine ou par mois, le malade au régime du lait bouilli. Lorsque, malgré tout, la paroi de l'ulcère est infectée, deux méthodes de traitement ont été préconisées : la vaccination et la protéinothérapie. J.-Ch. Roux relate deux observations dans lesquelles la vaccination donna de bons résultats; le premier malade, ayant une intradermo-réaction positive à l'entérocoque, prit par la bouche du bouillon-vaccin entérococcique et reçut par voie sous-cutanée un vaccin à l'entérocoque; le second malade, dont l'intradermo-réaction était positive au streptocoque fut vacciné avec du streptocoque; comme l'écrit J.-Ch. Roux, on ne peut tirer aucune conclusion ferme de ces deux observations sur une maladie à évolution aussi irrégulière que l'ulcus gastrique; si ces résultats sont confirmés, la vaccination pourra constituer une thérapeutique intéressante des crises douloureuses de l'ulcus lorsqu'elles sont liées à une infection de la lésion. Quant à la protéinothérapie, essayée en Allemagne et en Autriche, elle a donné à von Friedrich un bon pourcentage d'améliorations; mais, si les résultats immédiats sont favorables, ils ne se prolongent pas longtemps; sans guérir l'ulcus, sans mettre à l'abri d'une récidive assez rapide, la protéinothérapie paraît arrêter souvent l'évolution de la crise douloureuse.

Les chirurgiens ont aussi à tenir compte du rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères gastriques. La notion de la septicité de certains ulcères, écrit le professeur P. Duval, doit à l'heure actuelle dominer tout leur traitement chirurgical. C'est la septicité des parois gastriques qui explique, mieux que toute autre raison invoquée, l'échec local des sutures gastriques; c'est elle encore qui rend si fréquents les accidents pulmonaires à la suite des opé-

(1) Dans certains cas, l'ulcère de l'estomac serait une lésion inflammatoire de nature tuberculeuse. P. Ravault et Creyssel viennent de publier une observation d'ulcère gastrique avec ganglion sus-pylorique atteint de lésions tuberculeuses, et deux observations d'ulcères gastriques présentant des formations nodulaires identiques au follicule tuberculeux (P. Ravault et Creyssel. Les lésions folliculaires spécifiques dans l'ulcère gastrique vrai, *Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. XVI, n° 3, mars 1926.)

(1) Radovitch. *Th. de Bordeaux*, 1924.

rations gastriques (1). Pour poser les indications opératoires, pour adapter à chaque cas le procédé convenable, on doit ne pas oublier la septicité des ulcères. Par conséquent, un ulcère gastro-duodénal ne doit pas, à moins d'urgence, être opéré en période d'infection; il doit être opéré à froid, en période d'apyrexie, avec une leucocytose normale et une intradermo-réaction négative. Il est nécessaire de pratiquer la résection en paroi gastrique absolument saine, normalement souple, toute zone infiltrée de l'estomac pouvant être microbienne. Si l'on opère d'urgence un ulcère infecté, un ulcère perforé, la notion de la septicité s'impose pour le choix de la technique opératoire. M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 MAI 1926)

Fracture de l'humérus avec paralysie radiale immédiate. — M. ROUX-BERGER apporte à la discussion en cours deux cas personnels. Dans le premier cas, paralysie par enclavement, intervention, consolidation de la fractnre, amélioration puis guérison de la paralysie. Deuxième cas, fracture de l'humérus, apparition de la paralysie radiale seulement douze jours après, paralysie complète. Intervention, on trouve le nerf embroché par une esquille, dégagement du nerf. Amélioration deux mois après : ces paralysies sont d'un diagnostic très difficile, M. Roux-Berger est d'un avis absolument contraire à celui de M. Schwartz. Il estime qu'il faut intervenir immédiatement, d'autant plus que, contrairement à l'opinion exprimée par M. Schwartz, les interventions secondaires ont beaucoup de chances d'offrir plus de difficultés que les interventions immédiates.

M. SCHWARTZ fait observer que dans le premier cas, où il s'agissait d'un enclavement du nerf il serait intervenu, comme M. Roux-Berger, immédiatement.

L'ostéosynthèse à prothèse perdue dans les fractures diaphysaires compliquées. — M. LENORMANT fait un rapport sur un travail de MM. Salmon et Stols (de Strasbourg). Primitivement partisans de l'ostéosynthèse immédiate pour le traitement des fractures, ces auteurs, sur les conseils de leur maître commun, le professeur Leriche, ont cru devoir abandonner à tout jamais l'ostéosynthèse immédiate dans le traitement des fractures ouvertes et sont revenus aux traitements classiques, réservant toutefois, toujours selon le conseil de M. Leriche, quelques indications pour l'ostéosynthèse secondaire. Rappelant les communications de Duval, de Tanton, de Rouvillois et d'autres, M. Lenormant fait un historique de l'ostéosynthèse. Il rappelle que, pendant la guerre, on n'y eut que bien rarement recours, mais les chirurgiens alors vivaient au milieu de leurs blessés, soignaient eux-mêmes les fractures, voyaient et revoyaient souvent leurs blessés et obtenaient alors de bons résultats. C'est immédiatement après la guerre et dans la pratique civile que l'ostéosynthèse immédiate sous l'impulsion de Dujarier, d'Alglave et d'autres prit son essor et tenta beaucoup de jeunes chirurgiens. En même temps on continua une méthode de traitement qui avait déjà fait ses preuves pendant la guerre, la suture immédiate et la fermeture des fractures ouvertes, ainsi transformées en fractures fermées.

M. Lenormant a voulu se rendre compte des faits et l'ostéosynthèse a été employée pendant un certain temps dans son service. Dans plusieurs cas, elle a donné des résultats déplorables, M. Lenormant y a formellement renoncé et est revenu à la pratique de la fin de la guerre. L'opinion formelle de M. Lenormant s'appuie sur un grand nombre d'observations qui semblent bien concluantes. Il est à croire, qu'étant donnée l'autorité de son auteur, cette communication portera ses fruits et diminuera notablement le nombre des partisans enthousiastes de l'ostéosynthèse.

C'est ce que nous verrons dans la discussion ultérieure que cette communication ne manquera pas de soulever.

Anatomie pathologique des kystes synoviaux. — M. Louis BAZY revient sur cette question qui a été traitée récemment et rappelle qu'ayant étudié spécialement cette question dans le laboratoire de son maître M. Letulle il est arrivé à cette conclusion qu'il s'agit, en l'espèce, de véritables lésions pathologiques qui expliquent fort bien les récidives si fréquentes.

M. LETULLE présente lui-même une série de projections sur lesquelles il montre les lésions très nettes qu'on observe dans le tissu conjonctif où se développent ces kystes.

M. DUJARIER cite un cas dans lequel il a vu le kyste se produire instantanément après un violent effort. Il s'agit donc bien dans ce cas d'une véritable hernie de la synoviale et non de lésions anatomiques préalables.

Traitement des fractures du calcanéum. — M. VIANNAY (de Saint-Etienne) propose un nouveau traitement des fractures du calcanéum par écrasement, traitement qui, dans deux cas, lui a donné de bons résultats.

Election. — M. MONDOR est élu membre titulaire par 39 suffrages sur 42 votants.

(SÉANCE DU 26 MAI 1926)

Coxa vara. — M. SORREL présente une série de projections relatives à des enfants atteints de coxa vara rachitique avec déviations des tibias, avant et après l'intervention chirurgicale.

M. Sorrel admet trois variétés de coxa vara, la coxa vara rachitique, la coxa vara congénitale et la coxa vara traumatique. Dans cette communication, il n'envisage que les enfants atteints de coxa vara rachitique.

Après avoir traité ces enfants à Berck-sur-Mer par les moyens habituels, immobilisation, toniques, héliothérapie, alors que la poussée aiguë de rachitisme est terminée, M. Sorrel pratique chez ces enfants une double ostéotomie sous-trochantérienne pour corriger la coxa vara et, dans une intervention secondaire, le redressement des tibias.

A en juger par les fort belles épreuves que M. Sorrel met sous nos yeux, les résultats anatomiques et fonctionnels qu'il a obtenus sont très satisfaisants.

Pour la coxa vara congénitale, l'opération est plus complexe. Dans aucun cas, M. Sorrel n'a eu recours à l'ostéosynthèse. Il a recours comme moyen d'immobilisation à l'appareil plâtré.

M. MATHIEU partage l'opinion de M. Sorrel sur les parties essentielles de cette question. Mais il insiste plus spécialement sur l'importance du traitement médical préparatoire qui, dans certains cas, peut suffire seul pour amener la guérison.

M. OMBRÉDANNE, tout en reconnaissant les beaux résultats obtenus par M. Sorrel, ne croit pas qu'il faille ériger en traitement unique celui qu'il a employé. Il peut y avoir d'autres indications et d'autres moyens de redressement des déviations tibiales, par exemple le redressement manuel sous l'anesthésie générale.

Une réduction en bonne position peut donc être obtenue, dans certains cas, par des moyens plus simples que l'ostéotomie sous-trochantérieene.

Orchite aiguë des enfants. — M. MOUCHET fait un rapport sur deux cas d'orchite aiguë chez deux enfants, l'un de sept ans et l'autre de neuf ans, par suite de la torsion du cordon.

M. MICHON fait observer que cette affection ne s'observe pas seulement chez les enfants, mais aussi chez des adolescents ou même des jeunes gens de vingt-cinq à vingt-sept ans, ainsi qu'il a pu le constater.

M. OMBRÉDANNE rappelle la lutte qu'il a soutenue pour qu'on n'attribuât pas toujours à la tuberculose ces accidents d'orchite aiguë chez les enfants.

(1) RAZEMON. Complications pulmonaires après interventions sur l'estomac. *Th. de Lille*, 1924.

Plaies thoraco-abdominales. — M. Mocquot fait un rapport sur plusieurs observations adressées par M. Vergoz (d'Alger). Il s'agit de plaies de la région thoracique par instruments tranchants s'étant compliquées de plaies diaphragmatiques ayant entraîné des infections thoraco-abdominales. La pénétration se fait tantôt de la cage thoracique dans la cavité abdominale ou inversement. Suivent plusieurs intéressantes observations. M. Vergoz intervient le plus souvent par la cage thoracique; s'il trouve une perforation diaphragmatique, il l'agrandit pour pouvoir facilement rechercher les lésions abdominales. C'est ainsi qu'il a pu suturer une plaie du rein ou intervenir sur d'autres organes en passant par le diaphragme. Dans d'autres cas il a fallu faire une thoraco-laparotomie.

Fractures ouvertes. — M. Souligoux se déclare tout à fait d'accord avec M. Lenormant sur le traitement de ces fractures : ouverture large des foyers de fractures, nettoyage soigneux de la plaie, ablation de tous les corps étrangers, suture et drainage ou pas selon les cas. Mais aucune introduction de corps étrangers, pas d'ostéosynthèse.

M. Dujarier n'admet pas qu'on puisse considérer les plaques dont il se sert comme des corps étrangers septiques et partant nuisibles. Il est bien évident qu'une opération d'ostéosynthèse doit être rigoureusement aseptique.

M. Picot a eu à traiter, pendant la guerre, un nombre très considérable de fractures ouvertes, sous le contrôle constant de l'examen bactériologique qu'il a toujours eu à sa disposition, grâce à l'excellente organisation du Service de santé. Il a donc toujours pu guider son intervention sur cet examen et il a eu le plus souvent recours à la suture et à la fermeture de la plaie.

Dans la pratique hospitalière civile, il n'est pas possible d'agir ainsi, les hôpitaux civils n'étant pas tous munis de laboratoires suffisants, ce qui est regrettable.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 29 mai 1926).

Réactions tuberculiniques avec des mélanges tuberculine-sérum. — M. de Potter a étudié l'action de divers sérums de sujets tuberculeux sur la tuberculine. Les cuti- et intradermo réactions effectuées avec ces mélanges n'ont pas permis d'attribuer une action particulière aux sérums. Les épreuves ont montré tantôt des réactions plus faibles tantôt des réactions plus fortes que les témoins.

Dans l'interprétation des résultats des intradermo réactions il est nécessaire de tenir compte de la sensibilité cutanée individuelle pour le sérum.

Contribution à l'étude de la réaction d'opacification de Meinicke. — M. Mutermilch. Un antigène à base de baume de tolu est préparé par l'auteur et sa valeur est comparée à celle du produit original de Meinicke. Voici les résultats :

1° 710 sérums, appartenant à des sujets atteints d'autres affections que la syphilis, ont fourni une réaction d'opacification, en présence de 2 antigènes et une réaction de Bordet-Wassermann négative;

2° 236 sérums, appartenant à des syphilitiques notoires, à divers stades de la maladie, se sont montrés positifs, aussi bien au moyen de la réaction d'opacification (2 antigènes) qu'au moyen de la réaction de fixation;

3° 19 fois, le Bordet-Wassermann s'est montré plus sensible que le Meinicke (2 antigènes);

4° 28 fois, le Bordet-Wassermann s'est montré moins sensible que le Meinicke (2 antigènes);

5° 4 fois, l'antigène allemand s'est montré plus sensible et 3 fois moins sensible que l'antigène préparé par l'auteur;

6° En résumé, sur 1000 sérums : le Bordet-Wassermann s'est montré positif ou partiellement positif 263 fois, le Meinicke (antigène allemand) 281 fois et le Meinicke (antigène préparé par l'auteur) 280 fois.

Sur le rapport de la pression efficace artérielle aux pressions maxima et minima du sang dans les artères. — M. P. Dodel propose de définir ce rapport par la relation :

$\frac{Pe - Mn}{Mx - Pe}$ facilement applicable dans la pratique et de la désigner par la lettre S.

Valeur du rapport S, de la pression efficace artérielle aux pressions sanguines maxima et minima, à l'état physiologique et dans certains états pathologiques. — M. P. Dodel a trouvé les valeurs de S suivantes :

a. Homme jeune indemne de troubles circulatoires : 0,80;

b. Homme âgé de plus de soixante ans indemne de troubles circulatoires apparents, 0,50;

c. Sclérose artérielle de la périphérie ou de l'aorte, 0,30;

d. Insuffisance aortique, 0,30.

L'auteur pense que, l'intégrité du cœur et des valvules aortiques étant vérifiée, l'abaissement de S au-dessous de 0,60 caractérise la perte de l'élasticité normales des tuniques artérielles.

Vaccination du lapin contre le staphylocoque par la voie digestive. — Il résulte des expériences d'Ach. Urbain que, chez le lapin, l'administration par la voie digestive à huit jours d'intervalle, de hautes doses (100 à 20 centimètres cubes) ou durant quinze jours consécutifs à doses peu élevées (10 centimètres cubes), de vaccin staphycolococcique constituée par des cultures du bouillon Martin, de six à huit jours, chauffée une heure à 65 degrés, vaccine les animaux contre la lésion cutanée provoquée par le staphylocoque mais ne le protège pas contre une injection intraveineuse mortelle.

Sur le rôle de l'alcalose dans l'épilepsie convulsive. — MM. H. Claude, R. Rafflin et M. Montassut. Chez des chiens déjà porteurs de lésions épileptogènes de la zone rolandique, on détermine une alcalose supérieure aux alcaloses physiologiques et équivalente aux alcaloses préparoxystiques. Aucune convulsion n'apparaît : l'action d'un toxique est indispensable pour le déclanchement des crises.

Sur un cas particulier de variation microbienne. — M. E. Lagrange étudie un bacille fluorescent, Gram négatif qui sur gélose saccharosée produit une gomme. Celle-ci s'hydrolyse en lévulose. Sur ce même milieu — et là seulement — ce bacille présente deux types de colonies, les unes normales grisâtres, les autres vitreuses et transparentes, les deux types pouvant présenter des formes de transition.

MM. G. Delamare et Achitouv étudient les **indices de courbure** et le **coefficient d'homogénéité** des spirochètes fécaux. Ils présentent les photographies des éléments soumis à la mensuration et montrent que leur méthode permet de séparer, en quelque sorte mécaniquement, les deux types morphologiques existant dans le lot d'éléments spiralés pris en considération.

Greffes d'ovaires. — M. Pettinari (présenté par M. Retterer).

Cristallisation du carotène dans les téguments des crustacés décapodes. — M. Verne.

Présentation d'ouvrage. — *L'insuline*, par M. Aubertin (de Bordeaux).

Le problème des fermentations. Les faits et les hypothèses. — M. Schoen.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 24 avril 1926)

A propos de la mort de M. Jacques Loeb, décédé d'une scarlatine contractée à l'hôpital. — M. Léopold-Lévi, à propos de la mort de Jacques Loeb, demande s'il ne conviendrait pas d'appliquer la réaction de Dick au personnel hospitalier, de faciliter ou d'imposer la méthode de Milne ou d'autres moyens prophylactiques et au besoin de ne confier les soins continus aux scarlatineux qu'à des élèves ou infirmiers atteints antérieurement de scarlatine. Il demande l'ex-

tension de la loi sur les accidents du travail aux médecins et étudiants.

[On sait que depuis quelques jours un projet de loi a été déposé dans ce sens.]

Conduite à tenir en présence des hémorragies gastriques aiguës. — M. Victor PAUCHET. *a.* Les hémorragies gastriques ou duodénales foudroyantes amènent la mort en quelques minutes et sont diagnostiquées « angine de poitrine », anévrisme de l'aorte, etc.

b. Les hémorragies de moyenne abondance qui s'arrêtent spontanément avec ou sans transfusion de sang, mais qu'il faut opérer « à sec » dès que le saignement est terminé. La résection de l'ulcus s'impose.

c. Les hémorragies profuses amènent la mort des malades en douze ou vingt-quatre heures. Pour les arrêter, le chirurgien doit pratiquer d'urgence la résection de l'ulcère, seule capable de réaliser l'hémostase, opération grave parce que le tube digestif est plein de sang et le patient est intoxiqué par les albumines d'origine sanguine. Actuellement, M. Pauchet pratique la résection systématique car il prend soin de créer immédiatement le drainage du cæcum (cæcostomie). Par cette fistule, il réalise l'instillation goutte à goutte au sulfate de soude. L'intestin s'évacue en quelques heures; le malade évacue le sang intestinal et les fermentations toxiques sont prévenues. La guérison survient.

Quelques cas de rhumatisme vertébral chronique. — M. Carle ROEDERER attire l'attention sur quelques particularités de cette affection dont la pathogénie est encore si mal connue. Elle ne frappe pas exclusivement des rhumatisants ni des infectés. La tuberculose et la syphilis ne semblent pas en cause.

La forme localisée existe, mais il est très fréquent de trouver en dehors du siège principal quelques lésions diffuses qui permettent de faire le diagnostic avec le mal de Pott, maladie fréquemment incriminée.

La correction de la lordose physiologique, la « platitude lombaire » est un bon symptôme différentiel. M. Roederer présente un cas type de gravité considérable chez un sujet qui se tasse de mois en mois, se télescope pour ainsi dire.

La décalcification, vue sur la radio de profil, rappelle absolument l'image de la calcification en V, à ouverture antérieure, de l'adolescent. M. Roederer montre également un cas de début d'ossification des ménisques.

Formes nerveuses de la maladie de Chagas. — M. AUSTREGESILO (de Rio-de-Janeiro). Cette affection due au Schyzotripanum Cruzi, inoculée par un insecte hématophage, frappe les habitants de l'intérieur du Brésil. Les symptômes dominants sont : la fièvre, la céphalée, les vomissements, l'excitation ou la torpeur. La forme aiguë est particulière à l'enfance. Beaucoup plus nombreuses sont les formes classiques dont il existe un syndrome pseudo-bulbaire, syndrome diplégique cérébral, une forme rétropyramidale, une forme humorale.

L'antixénisme biologique et la conservation de la race. — M. BÉRILLON. L'antixénisme biologique est la propriété que possèdent les êtres vivants de se défendre contre les aggressions des éléments qui leur sont hostiles. Elle a pour but, non seulement d'assurer la conservation de l'existence de l'individu, mais de maintenir contre les influences du milieu extérieur la constance de ses formes, de sa température et de sa constitution chimique.

Au nombre des moyens antixéniques, se trouvent les réactions automatiques de l'instinct et les avertissements donnés par les répugnances, les sensations de dégoût dont la valeur défensive ne doit jamais être méconnue; les actes réflexes antixéniques, les antagonismes des fonctions alternantes, les réactions du milieu intérieur comme la phagocytose et l'anaphylaxie.

Mais à ces moyens d'ordre physico-chimique s'ajoutent les réactions de l'antixénisme physiologique qui représente la part jouée par le système nerveux et les fonctions mentales dans la défense de l'organisme.

De l'intégrité de ces moyens antixéniques, résulte la stabilité des formes et par conséquent le maintien des caractères constitutifs de la race et de la personnalité.

(SÉANCE DU 14 MAI 1926)

Sondes cannelées recourbées à gouttière convexe. — M. G. ROSENTHAL.

Goitre et fracture fémorale par métastase osseuse. — M. DARTIGUES présente un volumineux goitre qu'il a enlevé chez une femme de trente-sept ans. Il pratiqua une hémithyroïdectomie. La malade guérit fort bien de cette grave opération, mais cinq mois après elle s'affaissait subitement dans la rue, s'étant fait une fracture spontanée du fémur par métastase osseuse. L'examen histologique ne dénotait cependant pas la malignité de cette tumeur. M. Dartigues conclut à la nécessité d'opérer presque toujours de bonne heure les goitres qui peuvent n'avoir de bénignité que l'apparence.

M. LÉOPOLD-LÉVI. Les goitres métastatiques sont rares, survenant surtout chez la femme, et après une période de silence donnent lieu à des métastases dans les os plats, courts, et dans les os longs dont ils déterminent des fractures spontanées. Le goitre est vraisemblablement dégénéré par places, peut-être d'après Conheim et M. Bérard il y aurait possibilité de colonisation d'un goitre bénin.

Projection des résultats de chirurgie esthétique du nez. — M. BOURGUET.

De la confirmation du diagnostic de l'appendicite chronique par la radiologie. — M. DUPUY DE FRENELLE énumère les cas nombreux dans lesquels la radiographie permet de préciser le diagnostic de l'appendicite chronique. En présence d'une affection douloureuse sous-hépatique, la radiographie, en montrant le cæcum haut situé sous le foie, permet de préciser le diagnostic d'appendicite sous-hépatique. Lorsque le sujet accuse une douleur qui remonte le long du côlon ascendant, la radiographie, en révélant un appendice qui remonte derrière le côlon ascendant jusque vers le pôle inférieur du rein, montre qu'il s'agit plutôt d'une appendicite chronique que d'une entéro-colite. Lorsqu'il s'agit d'une femme qui souffre sur les frontières de la fosse iliaque droite et du petit bassin, selon que la radiographie montrera l'appendice haut ou bas situé, ces douleurs pelviennes permettront de penser à une lésion ovaro-salpingienne ou à une appendicite chronique. La radioscopie est très précieuse pour dépister les lésions chroniques : adhérences péri-coliques, adhérences iléo-coliques, ptose et volvulus du cæcum. En somme, lorsque l'on confirme et précise le diagnostic par la radiographie de l'appendicite chronique, il reste peu de place à une erreur qui puisse provoquer une opération inutile ou incomplète. Toutefois, il faut bien savoir que l'opération de l'appendicite chronique ne guérit pas toujours radicalement l'opéré de toutes les souffrances dont il se plaint. Il est des cas de névrite d'origine appendiculaire qui restent douloureux malgré l'ablation de l'appendice.

Le pneumothorax artificiel dans les cas de lésions pulmonaires bilatérales. — M. HERVÉ présente, appuyées sur une statistique nombreuse et une étude complète, les conditions précises dans lesquelles le pneumothorax peut être appliqué aux cas de tuberculeux pulmonaires porteurs de lésions bilatérales. Il conclut de cette étude en insistant sur le rôle primordial que doivent jouer dans ce traitement, à côté du pneumothorax, la cure de repos et surtout la cure solaire.

A propos des accidents locaux de la bismuthothérapie. — M. PÉRAIRE a été obligé d'intervenir quatre fois pour des accidents dus à ce traitement. Trois fois tout s'est borné à des phlegmons de la cuisse et de la fesse, phlegmons très longs à guérir. Dans le quatrième cas, les accidents locaux phlegmoneux de la fesse s'accompagnaient d'un état général grave. L'incision ne suffit pas à amener la guérison; une fistule persista, accompagnée d'un nouveau phlegmon. M. Péraire insiste sur la difficulté de la guérison rapide en pareil cas; à l'écoulement de bismuth et de pus en quantité énorme, s'ajoutent des cloisonnements dans cette variété de phlegmon. Les incisions larges, le curettage et le drainage avec des mèches sont indiqués pour éviter des fistules intarissables.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA LOI NOUVELLE DU 2 AVRIL 1926 RÉGLANT, A PARTIR DU 1er AVRIL 1926, LES RAPPORTS DES BAILLEURS ET DES LOCATAIRES DE LOCAUX D'HABITATION (1).

3. Local meublé. — La loi nouvelle édicte des dispositions particulières quand il s'agit d'un local meublé. Aux termes de l'article 8, le locataire d'un local meublé qui y habite d'une façon permanente ou pendant la durée des périodes où sa profession le lui permet et qui ne dispose pas, pour son habitation, d'un autre local répondant à ses besoins et à ceux des membre de sa famille habitant avec lui, a droit, à partir du 31 mars 1926, sans l'accomplissement d'aucune formalité, à la prorogation telle qu'elle est prévue par l'article 2.

Mais la loi fait une restriction à ce principe, en disant que la prorogation n'est pas conférée aux locataires des locaux meublés classés, par application des dispositions de l'article 63 de la loi du 25 juin 1920, comme étant de première ou de seconde catégorie. On sait que le classement en catégories dépend d'une décision administrative, laquelle est basée sur le montant du loyer.

La loi spécifie qu'aucune expulsion ou violation du droit à la prorogation ne peut avoir lieu sans qu'un jugement ait été préalablement prononcé, sinon le propriétaire encourrait des sanctions pénales et pécuniaires.

Lorsque la prorogation est accordée par la loi, l'article 8 dans son dernier paragraphe spécifie que, pour les locations en meublé dont le taux *mensuel* n'excède pas 750 francs le prix du loyer ne peut en aucun cas dépasser 120 p. 100 par rapport à la valeur locative déterminée par l'article 15 de la loi nouvelle; à ce pourcentage s'ajoute la majoration subie depuis 1914 par les prestations et fournitures diverses à la charge de l'exploitant.

4. Détermination du prix du loyer. — Pour les locations prorogées en vertu de la loi nouvelle et pour tous les baux qui seront nouvellement consentis durant les périodes d'application de l'article 2, les prix des loyers sont fixés sur la base locative de 1914, laquelle est établie : pour les locaux qui à cette époque étaient déjà loués d'après le dernier terme devenu exigible avant le 1er août 1914, à moins que le propriétaire ne puisse établir que le prix du bail était inférieur à la valeur locative des locaux loués pour les locaux non encore loués en 1914, par analogie avec les prix payés pour les logements similaires.

La valeur locative de 1914, ainsi déterminée, sera, pendant la durée de la prorogation et jusqu'au 1er avril 1929, majorée de 100 p. 100, sans que, néanmoins, cette nouvelle valeur locative puisse être inférieure aux décisions des Commissions paritaires qui auraient fixé un pourcentage supérieur dans les conditions prévues à l'article 5 de la loi du 29 décembre 1923. La majoration est plus élevée si tout ou partie des locaux est affecté à l'exercice d'une profession ou d'une fonction : le propriétaire, en ce cas, est en droit d'exiger une majoration de 125 p. 100. L'augmentation pour celui qui exerce la profession médicale est donc de 125 p. 100.

En sus de ces pourcentages, il est en droit de réclamer, dans la mesure où il justifiera de leur montant, les impôts mis par la loi à la charge du locataire, les majorations d'impôts qui pourront grever l'immeuble loué au cours de la prorogation, impôt cédulaire foncier non compris, et les prestations en nature autres que celles qui existaient déjà en 1914 et qui étaient comprises, à ce moment, dans le prix du bail. Le montant des charges de l'immeuble est réparti entre tous les occupants, propriétaire compris, s'il y habite, au prorata de leur loyer.

La loi autorise un forfait de 15 p. 100 du montant du loyer majoré pour le remboursement des impôts et prestations en nature, s'il y a accord entre les parties.

Les majorations de 100 p. 100 et de 125 p. 100 sont fixées par la loi jusqu'au 1er avril 1929 : l'article 11, dans son dernier paragraphe, décide qu'une loi ultérieure déterminera le taux des maxima de majoration que les loyers des locations prorogées pourront subir postérieurement à cette date.

Comme dans les lois précédentes, le loyer actuel des locaux reconnus insalubres ne peut être l'objet d'aucune augmentation. A cet égard, la loi déclare que les déclarations d'insalubrité, faites conformément à la loi du 15 février 1902 et à la loi du 17 avril 1903, doivent être notifiées au locataire intéressé avec la mention que son loyer ne pourra être l'objet d'aucune augmentation : la liste de ces locaux est consigné sur un registre déposé à la mairie.

Dans les articles 13 et 14, la loi prononce des peines contre le propriétaire, ses agents ou préposés qui auront exigé ou conclu une convention tendant à se faire remettre sous une forme indirecte telle que sommes d'argent, valeurs au cautionnement ou reprise de mobilier, un prix de location dépassant le prix licite tel qu'il est fixé par la loi. De même, le bailleur, convaincu d'avoir majoré de plus de 10 p. 100 le prix du bail tel qu'il devrait être établi par application des nouvelles dispositions, peut être condamné à une amende civile au moins égale au triple de la majoration, sans qu'elle puisse dépasser cependant le centuple.

5. Procédure. — Pour toutes les contestations relatives à l'application ou à l'exécution de la loi, la partie la plus diligente saisit par lettre recommandée ou déclaration faite au greffe : le juge de paix, quand le loyer annuel en cours ne dépasse pas 1.500 francs, charges non comprises, ou s'il s'agit d'un local en meublé quand le prix du loyer mensuel en cours ne dépasse pas 300; dans les autres cas, le président du Tribunal civil, lequel peut se faire remplacer par un magistrat du siège ou, à Paris, par un juge assesseur.

La juridiction compétente est celle du lieu de l'immeuble.

Les articles 16 et 17 déterminent les formes de la procédure.

6. Dispositions diverses. — La loi décide :

1° Les prorogations accordées par les différentes lois ne peuvent ouvrir droit à des dommages-intérêts au profit soit d'un acquéreur d'immeuble, soit d'une personne ayant loué à bail dans cet immeuble antérieurement à la promulgation de la loi (art. 18),

2° Aucun local affecté à l'habitation ne peut, même par reconstruction, être transformé en établissement de spectacles publics ou de danses, ou en local commercial ou industriel jusqu'au 1er janvier 1931. Toutefois la transformation ne constitue pas une infraction punissable dans trois cas indiqués par la loi : si elle a pour objet de permettre au propriétaire d'exercer un commerce ou une industrie dans les locaux dans lesquels il continue d'habiter; — si le local continue, malgré sa nouvelle affectation, à servir d'habitation à des personnes de nombre au moins égal à celles qui l'occupaient précédemment; — si le propriétaire a, par compensation, construit un autre local affecté à l'habitation ou un local qui n'avait pas encore cette destination (art. 20).

3° Aucune prorogation ne peut être opposée au propriétaire qui veut démolir un immeuble pour construire ou aménager, sur le même emplacement, un autre immeuble contenant au moins le même nombre de logements que l'immeuble démoli. Le droit de reprise que voudrait exercer le propriétaire en ce cas est soumis à trois conditions : préavis de six mois, versement d'une indemnité égale à une année de loyer, commencement des travaux de reconstruction dans les six mois.

4° A compter de la promulgation de la loi, tous les loyers d'avance sous quelque forme que ce soit et même à titre de garantie, portent intérêt au profit du locataire au taux pratiqué par la Banque de France pour les avances sur titres, pour les sommes excédant celle qui correspond au prix du loyer de plus d'un terme (art. 22).

5° Les propriétaires ou gérants d'immeubles et les exploitants de pensions de famille doivent faire connaître par des écriteaux extérieurs facilement lisibles de la rue, les logements vacants dans les immeubles qui leur appartiennent ou qu'ils administrent.

6° Aucune des dispositions provisoirement restrictives du droit de propriété pouvant résulter de la loi nouvelle ou des lois antérieurs n'est applicable aux immeubles construits postérieurement à 1914.

Dans un dernier titre, la nouvelle loi contient des disposi-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 42, p. 683.

tions financières concernant l'exemption temporaire de l'impôt foncier pour les constructions nouvelles, les reconstructions et les additions de construction. H. RIBADEAU DUMAS,

Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

LES SELS D'ARSENIC DANS LE TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE

D'une étude très documentée faite par M. le docteur Maurice Rivière, professeur de clinique obstétricale à la Faculté du médecine de l'Université de Bordeaux (1), nous devons citer les conclusions qui ont une portée pratique considérable.

« Les sels d'arsenic semblent bien constituer la médication de choix dans l'infection puerpérale, même chez les accouchées non syphilitiques.

Dès que celle-ci est cliniquement constituée, il importe d'appliquer la méthode, à l'exclusion de toute autre thérapeutique et en particulier des abcès de fixation; elle suffira généralement à enrayer les accidents et à empêcher l'infection de s'aggraver et de rendre toute méthode impuissante.

La forme médicamenteuse la plus pratique est l'injection sous-cutanée de sulfarsénol dosé à 0g12, répétée au besoin, à jour passé, jusqu'à concurrence de cinq ou six injections, en portant dans quelques cas la dose à 0g18.

Dans les formes graves d'emblée ou lorsqu'on est appelé auprès d'une malade atteinte depuis plusieurs jours et présentant une forme grave ayant résisté aux moyens classiques, il y aurait lieu de recourir de préférence à l'injection intraveineuse.

La médication arsénicale semble avoir une action très heureuse sur l'évolution de la *phlegmatia alba dolens* dont elle raccourcit la durée et supprime notablement les conséquences éloignées et prolongées. »

(1) *Paris méd.*, 1925, n° 25.

LIVRES NOUVEAUX

Les grands syndromes oto-rhino-laryngologiques (1), par André MOULONGUET, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

Ce livre est surtout destiné au médecin praticien. Il le met en face des différents problèmes cliniques qu'il peut avoir à envisager dans le domaine oto-rhino-laryngologique et lui donne le moyen de les résoudre avec un minimum d'instrumentation spéciale.

Le praticien trouvera dans cet ouvrage les éléments lui permettant de faire un diagnostic étiologique précis et les méthodes les plus modernes de thérapeutique pour chacune des affections envisagées.

Il y trouvera la description des opérations d'urgence, ou de « petite spécialité » qu'il peut avoir à pratiquer, et l'indication des cas où il doit faire appel à un spécialiste pour les interventions plus importantes.

L'auteur étudie ainsi successivement l'obstruction nasale, les rhinorrhées, les épistaxis, les dysphonies, les dyspnées laryngées et les dyspnées trachéobronchiques, les dysphagies, les otalgies, les écoulements d'oreilles, les surdités, les bourdonnements d'oreilles.

Quelques brefs chapitres d'anatomie et de physiologie rappellent au médecin les notions indispensables à la compréhension du sujet. L. G.

(1) In-8, 476 p., avec 109 fig. Prix : 50 fr. — Paris, Doin et Cie.

Trois conférences sur le cancer (1), par le docteur J. THOMAS, avec une lettre-préface du professeur Ch. RICHET.

L'auteur traite tour à tour de l'étiologie et de la pathogénie des néoplasmes, des phénomènes de réduction et du séro-diagnostic précoce, de la vaccinothérapie et de la sérothérapie anti-cancéreuses.

Conçues d'une façon personnelle et en dehors des sentiers battus, les notions de terrain et les données physico-chimiques que l'auteur expose en détail, sont susceptibles d'ouvrir des horizons nouveaux quant à la thérapeutique des tumeurs. C'est dire que la lecture de ces conférences sera utile, non seulement au grand public auquel elles ont été destinées, mais aussi au praticien, au savant, à tous ceux qu'intéresse l'étude du problème angoissant du cancer. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

RÉTRÉCISSEMENT PULMONAIRE [2]

Insuffisance ventriculaire droite. — *A*. SIGNES FONCTIONNELS. — 1. La *dyspnée* est intense, prononcée, récidivante, et rapidement *continue*. Elle persiste même au repos, exagérée par le moindre effort, et entrecoupée de poussées *paroxystiques* et d'*accès cyanotiques*.

2. *La cyanose* est beaucoup plus caractéristique. D'abord discrète, elle s'étend rapidement. Surtout prononcée à la face et aux extrémités, elle est intense, s'exagérant au moindre effort, et pouvant alors se généraliser (Maladie Bleue). On a pu, dans quelques cas, trouver une *polyglobulie* atteignant 8 à 9 millièmes, comme dans la cyanose congénitale.

Signes satellites : refroidissement des extrémités, frilosité excessive, hippocratisme des doigts.

3. *La stase veineuse* est moins caractéristique, et surtout accentuée dans le domaine de la veine cave supérieure (jugulatres turgescentes, troubles encéphaliques : torpeur, subdélire). L'œdème des membres inférieurs, l'ascite sont parfois peu marqués. Il faut surtout insister sur le *gros foie douloureux* (hépatomégalie *précoce, constante, intense*).

B. LES SIGNES PHYSIQUES sont plus *caractéristiques*.

1. *Tachycardie*. — C'est un symptôme constant. Elle est *précoce, tenace*, peu influencée par la médication digitalique, et demeure le plus souvent *régulière* jusqu'à la phase terminale.

2. *Dilatation du cœur droit*. — Elle est mise en évidence par la *percussion* qui montre l'élargissement *transversal* de la matité cardiaque confondue en bas avec la matité hépatique.

Parfois, les battements cardiaques manifestes dans la région xyphoïdienne rendent visibles cette dilatation.

Ces notions seront surtout confirmées par la cardiographie et la radioscopie.

3. *Bruit de galop droit*. — C'est le signe **capital**.

Il est *maximum* dans l'*angle costoxyphoïdien*. Une palpation attentive à travers une paroi simple permet parfois d'en percevoir les trois chocs. Mais c'est l'auscultation qui permet de l'affirmer. C'est un rythme à trois temps avec bruit sourd *surajouté* aux deux bruits du cœur. Le bruit surajouté peut être pré systolique, mésodiastolique ou proto diastolique.

Ce bruit de galop droit ne saurait être confondu avec un galop gauche : son siège différent et surtout l'*enregistrement graphique* par le *bouton de Larrey* placé dans l'angle xyphocostal, l'identifient de façon certaine : S'il s'agit d'un galop gauche, le tracé enregistré est normal. Au contraire, en cas de galop droit, la paroi ventriculaire hypotonique se comportant comme une paroi veineuse, le tracé enregistré prend l'aspect d'un *phlébogramme*.

4. *Souffle diastolique d'insuffisance pulmonaire*, qui pour Laubry peut apparaître plus ou moins tardivement, dans certains cas.

5. *Souffle systolique d'insuffisance tricuspidienne*, xyphoïdien, doux, filé, propagé vers la pointe, ce souffle fait partie du tableau classique de l'insuffisance ventriculaire droite. Pour Laubry, il serait, en ce cas, exceptionnel.

C. LA RADIOSCOPIE apporte au diagnostic un précieux appoint. Les signes du début sont très accentués.

1. Cœur *en sabot*, très net, la pointe du cœur se détachant de l'ombre diaphragmatique.

2. En oblique, ou mieux en transverse gauche à 85 degrés, le ventricule droit augmenté de volume et dilaté s'appuie contre la paroi sternale, *faisant disparaître l'espace clair antérieur cardiosternal*.

3. La saillie *convexe de l'arc moyen* est ici accentué au maximum.

4. Dimensions anormales de l'artère pulmonaire en O. A. D.

D. EVOLUTION. — Tandis que la phase d'hypertrophie cardiaque a pu être longue et excellement compensée, dès que s'est installée la dilatation des cavités droites, l'évolution est **rapide** et **fatale**. L'asystolie ne *cède pas aux tonicardiaques*. La dyspnée, la *cyanose* sont maxima, et la mort survient en quelques *mois*. Elle peut être hâtée par une complication.

1. *Infarctus pulmonaire*, par embolie ou par thrombose de l'artère pulmonaire, se traduisant par une dyspnée subite avec point de côté, cyanose, et rejet de crachats sanglants quelques heures plus tard.
2. *Endocardite maligne surajoutée*.
3. *Tuberculose pulmonaire*, à évolution torpide.
4. *Mort subite, syncope*.

II. RÉTRÉCISSEMENT PULMONAIRE CONGÉNITAL

C'est une malformation importante à laquelle il faut toujours penser en cas de *maladie bleue*. Il peut exister :

1. **Soit isolé.** — Le rétrécissement peut être :
   1. *Orificiel* (cas le plus fréquent).
   2. *Pré-orificiel*.
   3. *Artériel*.

2. **Soit associé à d'autres malformations cardiaques.** — C'est le cas le plus fréquent.

a. Association d'un rétrécissement pulmonaire avec communication interventriculaire, dilatation de l'aorte déviée à droite et à cheval sur l'échancrure septale, hypertrophie concentrique du ventricule droit. (*Tétralogie de Fallot*.)

b. Plus *rarement* : Association du rétrécissement pulmonaire avec persistance du trou de Botal (Fallot).

c. *Très exceptionnellement* : Coexistence de rétrécissement et d'insuffisance.

Pathogénie. — Très discutée, (théories de l'endocardite fœtale théorie tératologique), ces malformations relèveraient souvent pour certains auteurs, de l'*hérédosyphilis* et on noterait parfois une prédisposition *familiale*.

Clinique. — *A*. **Signes fonctionnels généraux.** — 1. La **CYANOSE** est le symptôme *fondamental*, le plus apparent, le plus évident (*maladie bleue*).

a. *Date d'apparition* : Dès la naissance ou dans les jours qui suivent. Parfois à l'âge adulte seulement, à l'occasion d'un épisode infectieux.

b. *Caractères* : La peau est bleuâtre, lie de vin même.

c. *Siège* : Surtout nez, pommettes, oreilles, dos des mains, doigts (zone périunguéale).

d. *Paroxysmes* : A l'occasion de cris, efforts, quintes de coqueluche. Il existe une forme *intermittente ou parosystique* de cette cyanose (Babinski et Mlle Toufesco).

e. *Signes satellites* : Refroidissement des extrémités.

Troubles intellectuels (torpeur, apathie, vertiges). Parfois : Accidents lipothymiques, syncopes.

(*A suivre*.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) In-8 carré, 96 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, Vigot frères.
(2) Fin — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 44, p. 718.

L'Année médicale pratique, publiée sous la direction de C. LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux. Préface du professeur E. SERGENT. 5e année. 1 vol. in-16, 584 p., 7 fig. — Prix : 24 fr. — Paris, Edit. R. Lépine, 3, rue Vézelay.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 7 juin. — MM. Paraf, 19,26; Bénard, 19,90; Nicoud, 19,45; Mouquin, 19,72.

Séance du 8 juin. — MM. de Gennez, 19,60; Janet, 17,10; Ravina, 18,90; Boulin, 18,30.

— DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Ecrit.* — Séance du 8 juin. — Questions données : « L'artère hépatique et ses branches (en dehors du foie). — Fistules pleurales. »

Séance du 9 juin. — MM. Petit-Dutaillis, 28; Braine, 27; Michon, 26.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rochon-Duvigneaud, Morax, Coutelas, Magitot, Terrien, Lereboullet et Cunéo.

LES FRAIS DE SÉJOUR DANS LES HÔPITAUX. — M. de Fontenay vient d'étudier devant le Conseil municipal la question des frais hospitaliers.

Depuis la guerre le prix de la journée d'hôpital a passé de 5 fr. 70 en 1913 à 25 francs en 1925. Ils passeront bientôt à 30 francs. Or, l'Assistance a la plus grande peine à récupérer les frais hospitaliers. Un grand nombre de malades payants n'acquittent pas les frais qu'ils doivent. En 1924, sur 148.777.347 fr. 54, l'Administration n'a pu récupérer que 5.987.783 fr. 57.

M. de Fontenay cite l'exemple des hôpitaux de Lyon où les malades sont tenus de verser à l'entrée une provision correspondant à trente journées de traitement, et il estime qu'il faudrait apporter plus de soin dans les enquêtes sur la situation des malades.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat. — Epreuve de chirurgie.* — Séance du 7 juin. — MM. Bernard, Chastang, Gueullette et Thalheimer, 17; Gérard-Marchant, 14.

Epreuve de médecine opératoire. — Séance du 9 juin. — MM. Bernard et Thalheimer, 24; Gueullette, 22; Chastang, 21.

— BORDEAUX. — La chaire de médecine expérimentale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est déclarée vacante.

La chaire de pathologie et thérapeutique générales de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est déclarée vacante. (*J. O.*, 9 juin 1926.)

— MONTPELLIER. — M. le professeur Euzière a été réélu doyen pour une nouvelle période de trois ans.

MÉDECIN INSPECTEUR D'HYGIÈNE. — M. le docteur Bouchet a été nommé, après concours, médecin inspecteur d'hygiène du département de l'Hérault (secteur de Béziers).

COMMISSION DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES. — M. Paul Pelisse, sénateur, membre de la Commission des finances, est nommé membre de la Commission des spécialités pharmaceutiques.

MARINE. — Le médecin général de 2e classe de la marine, Michel, directeur du service de santé à Brest, est désigné pour remplir les fonctions de directeur du Service de santé du Ve arrondissement maritime à Toulon, en remplacement du médecin général Bonain, placé dans la 2e section (réserve).

Le médecin général de 2e classe de la marine, Cairon, nou-

vellement promu, est désigné pour occuper les fonctions de directeur du Service de santé du IIe arrondissement maritime à Brest en remplacement du médecin général Michel.

Le médecin général de 2e classe Defressine, nouvellement promu, est maintenu dans ses fonctions d'adjoint à l'inspecteur des Services d'hygiène et d'épidémiologie à Paris.

Le médecin en chef de 1re classe Renault (C.-F.-J.), médecin-chef de l'hôpital maritime de Lorient, est désigné pour remplir les fonctions de directeur du Service de santé du IIIe arrondissement maritime à Lorient, en remplacement de M. Cairon.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le lundi 21 juin 1926, à 10 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de MM. Boulanger-Pilet et Gournay, anciens internes des hôpitaux, chefs de laboratoire, et de M. Pierrot, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie; clinique de l'angine diphtérique et du croup; sérothérapie; tubage et trachéotomie; prophylaxie). Le cours sera complet en quinze jours.

Tous les matins : Visite; examen des malades.

Avant et après la visite : Leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 12 à 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (Guichet n° 5), les lundis, mercredis et vendredis, de midi à 3 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Le professeur F. Bezançon terminera sa série de leçons cliniques du vendredi par une série de cinq leçons sur la tuberculose.

Ces leçons auront lieu le vendredi à 10 h. 1/2 et commenceront le 11 juin 1926, à l'amphithéâtre de la Clinique.

Tous les autres jours, présentation de malades, à 10 h. 1/2, et le mercredi visite des salles de tuberculeux.

11 juin : Notions nouvelles sur le bacille tuberculeux.

18 juin : Etiologie de la tuberculose pulmonaire. La contagion.

25 juin : Anatomie pathologique générale de la tuberculose pulmonaire.

2 juillet : Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

9 juillet : Orientation thérapeutique.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. le professeur Pierre Sebileau, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique) en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, Magitot et Bollack, ophltalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 21 juin 1926, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations. Droit d'inscription : 250 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

— **LABORATOIRE D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ET DE CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE** (Professeur : M. CUNÉO). — *Cours de technique chirurgicale.* — Un cours de technique chirurgicale expérimentale aura lieu au laboratoire d'anatomie chirurgicale de la Faculté de médecine à partir du 29 juin 1926.

Ce cours sera fait sous la direction de M. le professeur Cunéo par MM. les prosecteurs de la Faculté.

Il comprendra 4 séances sur le sujet et 4 séances *in vivo*.

Le nombre d'élèves admis à prendre part à ce cours sera limité à 12.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au laboratoire d'anatomie médico-chirurgicale, de 14 à 16 heures.

Programme du cours. — Première série : Chirurgie artérielle et nerveuse.

Deuxième série : Cholécystectomie. Néphrectomie. Résection costale.

Troisième série : Résections intestinales. Gastro-entérostomie. Appendicectomie.

Quatrième série : Gastrectomie. Résection iléo-cæcale. Cholécystostomie.

Les droits à verser sont de de 250 francs pour chacune des parties du cours.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures, jusqu'au 25 juin inclusivement.

LE IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES « SETTLEMENTS » organisé par la Fédération des Centres sociaux de France aura lieu du 30 juin au 5 juillet, à la Cité Universitaire, 21 boulevard Jourdan (XIVe).

Le Ier Congrès s'est réuni il y a quatre ans à Londres. Cette deuxième Conférence Internationale peut être considérée comme un événement français, car si les cercles de récréation et d'hygiène qui, dans les faubourgs des villes et l'isolement des campagnes, groupent tous les membres de la famille sont connus de tous, en Angleterre et en Amérique, sous le nom de « Settlments », beaucoup de nos compatriotes ignorent encore les résultats obtenus déjà chez nous par les « Centres Sociaux ».

Les séances seront consacrées aux questions intéressant les Centres : enseignement de l'hygiène, consultations diverses, prophylaxie, action dans un milieu rural, préparation à la vie civique, sports, etc., représentations et musique (chorales, etc.) arts et métiers manuels, les distractions et l'emploi des loisirs des travailleurs et de leur famille.

La carte d'auditeur donnant droit à toutes les séances ainsi qu'aux visites et promenades qui seront organisées est de 20 fr. pour toute la durée du Congrès, 5 fr. pour une journée.

Pour cartes, renseignements et programmes des séances, s'adresser au Secrétariat 3, rue des Champs, Levallois-Perret (Seine), tél. Levallois 552.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Georges Poyet (de Paris), l'un des plus anciens et des plus estimés parmi les oto-rhino-laryngologistes. Nous adressons à son fils le docteur Gaston Poyet et au *Bulletin médical* dont il fut l'un des fondateurs l'expression de notre plus vive sympathie.

— Nous apprenons encore la mort de MM. les docteurs Arthur Sée (de Paris); Albert Frouin, de l'Institut Pasteur de Paris; Amerigo Barlocco, ancien élève et suppléant de Maragliano, et directeur de la Clinique médicale de Modène, décédé à l'âge de 46 ans; Bouilloud (de Pont-d'Ain), Joseph Loving (de Lille) et Mordagne (de Tourny); Luciano Corda (d'Oristano, Sardaigne), victime du devoir professionnel; Georges Deghilage, colonel médecin en retraite de l'armée belge.

RENSEIGNEMENTS

URGENT. — Cause dép. Céd. mon Etablis. Climat. (convient pour conv. repos, etc.), Côte Azur, vue mer, gr. parc, quart. riche, 18 pièces, bail. Prix : 60.000 fr. mob. neuf compris.

Ecr. Dr BRADFORD, 38 *ter*, boul. Littoral-Mourillon, Toulon (Var).

REVUE GÉNÉRALE

LES AMPUTATIONS OSTÉOPLASTIQUES DU GENOU

Par M. MAUCLAIRE,
Membre de l'Académie de médecine,

et par le docteur M. FLIPO.

C'est en 1857, que Gritti donna la technique de la première opération ostéoplastique du genou d'après des recherches purement cadavériques et non sur le vivant. Cette opération fut surtout pratiquée en Allemagne et rien que depuis 1900, plus de 800 cas ont été publiés avec des appréciations bien diverses.

Elle fut modifiée ou perfectionnée par bien des chirurgiens : Sabanieff, Bussière, Taubenschlag, Delitzine, Chevrier, Abrashanow, della Vedova, Franke et par nous.

Ce sont toutes ces différentes techniques que nous allons envisager dans le présent travail, en faisant remarquer que pendant la guerre tous ces procédés ostéoplastiques n'ont pas beaucoup tenté les chirurgiens, soit pour la première opération soit pour la retouche des moignons.

Opération ostéoplastique de Gritti. — On sait qu'elle consiste dans l'amputation intra-condylienne avec fixation de la rotule sous la surface de section du fémur, la surface cartilagineuse de la rotule ayant été avivée.

Cette technique initiale a été plus ou moins modifiée par bien des chirurgiens.

La taille des lambeaux a peu varié; presque toujours on fait un grand lambeau antérieur et un petit lambeau postérieur (Gritti) ; quelques chirurgiens font deux lambeaux presque égaux.

Le plus souvent la cicatrice est rejetée en arrière. Morestin doublait le lambeau cutané antérieur d'un lambeau musculaire pris à la face postérieure. Le sphacèle de l'extrémité de la peau n'est pas rare.

Gritti sectionnait le fémur juste audessus des condyles. A ce niveau les surfaces de section du fémur et celle de la rotule sont à peu près de mêmes dimensions. Mesus sectionnait le fémur à mi-hauteur des condyles. D'autres chirurgiens coupent le fémur plus ou moins au-dessus des condyles.

Or, la rétraction lente du quadriceps attire presque toujours la rotule plus ou moins en avant et en haut. La rotule peut prendre point d'appui par sa pointe. Aussi, bien des procédés ont été recommandés pour éviter ce déplacement rotulien.

Warrer et Gould, Mosetig, Stokes, Albert, Roux de Brignoles ont suturé les plans musculo-tendineux seulement.

Gritti conseillait de fixer la rotule au fémur par un fil métallique, conseil suivi par Pakert, Albert, etc.

D'autres chirurgiens firent l'enclouage de la rotule : Poirier, Lejars, etc.

Tous ces procédés de fixation n'empêchent pas le plus souvent la rotule de se déplacer en avant (fig. 1 et 2).

Quant aux résultats fonctionnels éloignés il y en a autant de bons que de mauvais ; c'est ce que l'un de nous a observé sur un total d'une dizaine de cas. Aussi par des techniques nouvelles a-t-on cherché à mieux fixer la rotule.

Principales modifications de l'amputation ostéoplastique de Gritti. — A. *Technique de Bussière. Section cunéiforme de la rotule qui s'emboîte dans une section cunéiforme du fémur.* — Bussière (1902) pratique une section rotulienne parallèle aux deux versants de la face postériere en diédèse plein de 130 degrés à arête médiane venant s'encastrer dans la surface fémorale taillée en dièdre creux à arête horizontale antéro-postérieure et de même valeur angulaire (fig. 7).

La section du fémur siège au-dessus des condyles.

B. *Technique de Taubenschlag (1913). Section de la rotule et du fémur en marche d'escalier.* — Sur la face antérieure du fémur on fait une section antéropostérieure en plein condyle et n'intéressant que la moitié antérieure du fémur (fig. 3).

Section osseuse sur la face postérieure du fémur à 1 centimètre plus haut et n'intéressant que la moitié postérieure du fémur. Arrivé en ce milieu une section verticale réunit les extrémités de la section antérieure et de la section postérieure.

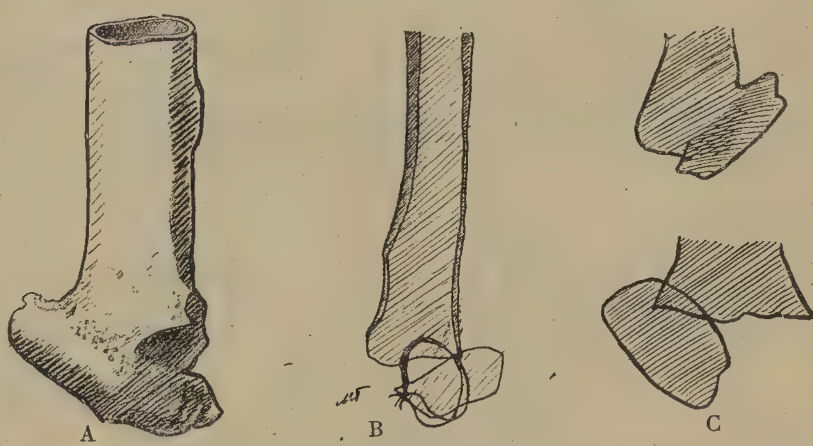


Fig. 1. — *Amputation de Gritti.*
A. Pièce anatomique de M. Thierry. — B. Radiographie de M. Mauclaire.
C. Deux observations de Mesus.

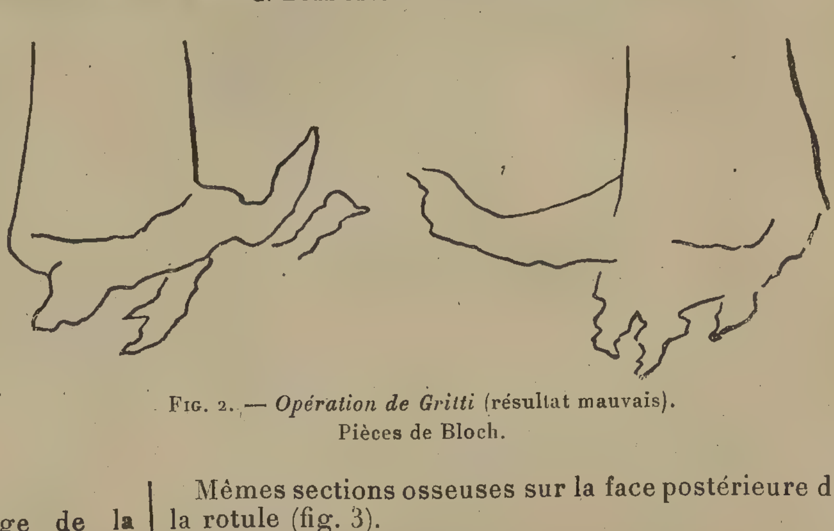


Fig. 2. — *Opération de Gritti* (résultat mauvais).
Pièces de Bloch.

Mêmes sections osseuses sur la face postérieure de la rotule (fig. 3).

Il y a alors emboîtement de la surface fémorale et de la surface rotulienne.

Le ligament rotulien est suturé aux tendons des muscles postérieurs.

Il est à noter que toute la surface osseuse fémo-

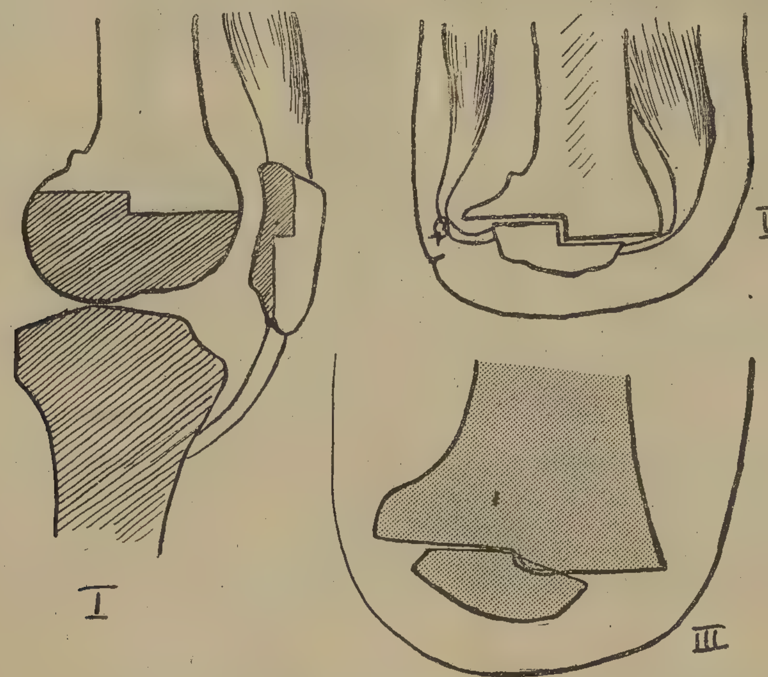


Fig. 3. — *Procédé de Taubenschlag.*
I. Tracé des incisions osseuses. — II. Le résultat obtenu.
III. Calque d'uue radio de Taubenschlag.

rale transrotulienne n'est pas recouverte par la rotule.

C. *Technique personnelle (Flipo). Amputation fémorale sus-condylienne en demi-queue d'aronde et section semblable de la rotule. — Premier temps.* —

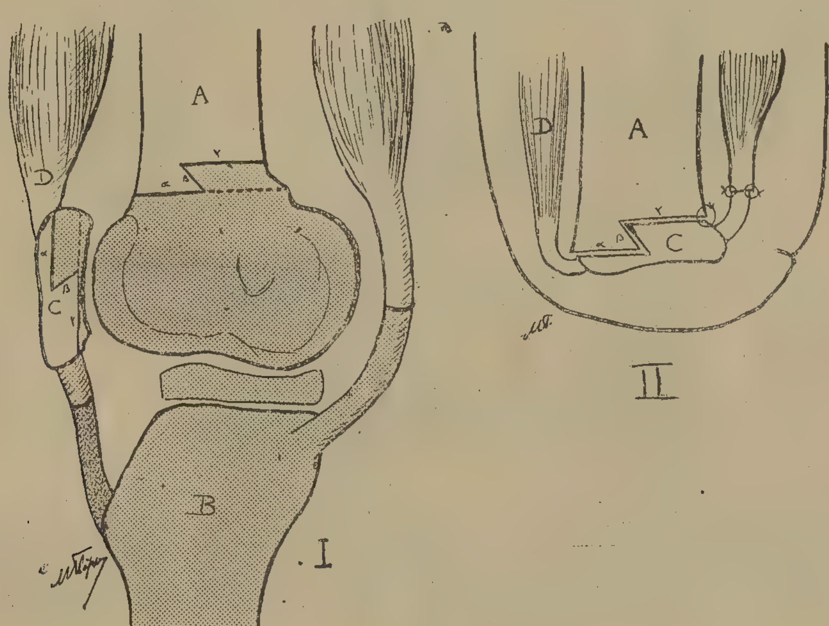


Fig. 4. — *Procédé Flipo.*
A. Fémur. — B. Tibia. — C. Rotule. — D. Quadriceps.
I. Tracé des sections. — II. Schéma du résultat.

Grand lambeau cutané descendant jusqu'à la tubérosité antérieure du tibia.

Deuxième temps. — Lambeau cutané postérieur plus court de deux travers de doigt.

Troisième temps. — Section du ligament rotulien.

Quatrième temps. — Les deux lambeaux, antérieur et postérieur sont libérés jusqu'au dessus des condyles ; la rotule reste dans le lambeau antérieur.

Cinquième temps. — Section osseuse antéro-postérieure totale du fémur, au-dessus des condyles, ce qui fait tomber le membre.

Sixième temps. — Section par abrasion cartilagineuse de la face postérieure de la rotule (fig. 4).

Septième temps. — Section de la rotule partant en avant du premier plan de section du bord supérieur et s'arrêtant à mi-hauteur de l'os.

Huitième temps. — Pour former le cran d'arrêt rotulien une section est faite sur la rotule. Elle réunit

l'extrémité inférieure de la deuxième section rotulienne avec la partie moyenne de la première section rotulienne. Mais cette petite section osseuse est obliquement ascendante en arrière, le sujet étant considéré debout. Autrement dit dans la position d'opération ce petit trait osseux sera oblique en bas et en avant. Dans la position d'opération la rotule a sa face cartilagineuse en haut; le trait de section vise la fesse.

Neuvième temps. — Section osseuse sur le fémur commençant sur la face postérieure, s'arrêtant à la partie moyenne, et n'intéressant donc que la moitié postérieure de l'os (fig. 4).

Dixième temps. — Une section osseuse oblique en haut et en avant réunit la première section fémorale totale à la deuxième section osseuse fémorale demi-postérieure, ce qui fait un cran d'arrêt à 45 degrés. L'accrochement de la rotule au cran d'arrêt fémoral est facilité par la flexion de la cuisse sur le bassin. Suture du ligament rotulien aux tendons postérieurs. Suture de la rotule au fémur s'il y a lieu.

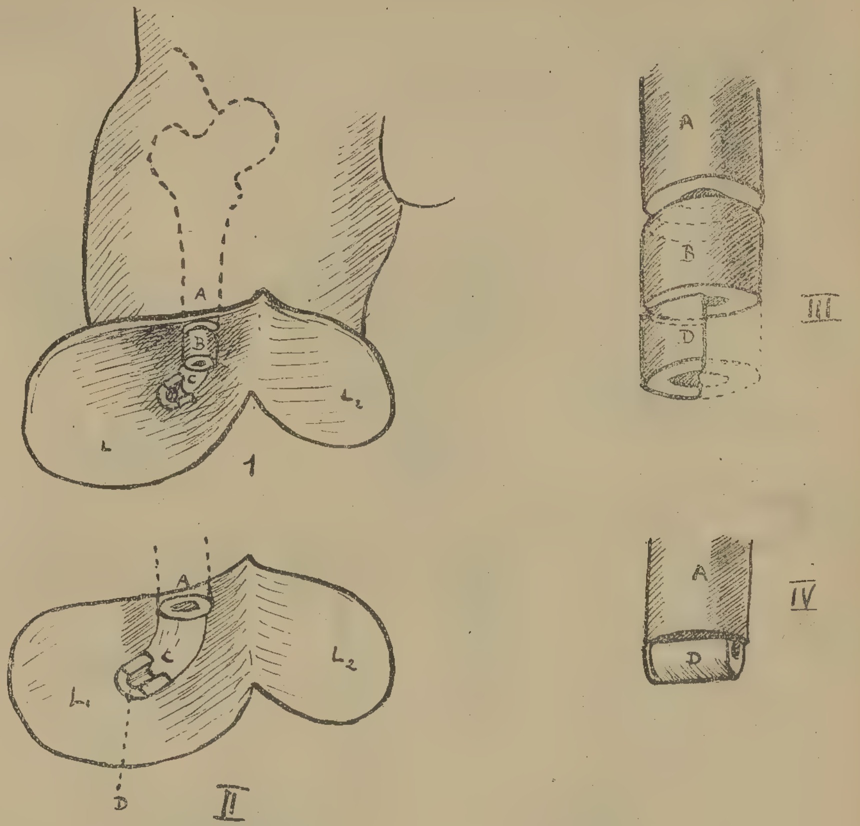


Fig. 5. — *Amputation de Saufirescu.*

I et III. Sections osseuses. — II. Le moignon après ablation de la rondelle osseuse intermédiaire B. — IV. Le résultat. — A. Diaphyse fémorale. — B. Rondelle osseuse destinée à être enlevée. — C. Lambeau périostique. — D. Hémicylindre de fermeture.

D. *Amputation fémorale ostéoplastique de Samfirescu. Fermeture de la tranche osseuse fémorale par une lamelle d'os fémoral hémicylindrique.* — Section du fémur au-dessus du condyle en deux points de manière à isoler une rondelle osseuse totale de 3 centimètres environ. Cette rondelle est excisée. La partie restante osseuse sous-jacente est sectionnée verticalement en son milieu et on adapte cette demi-rondelle à la face inférieure de l'os fémoral (fig. 5).

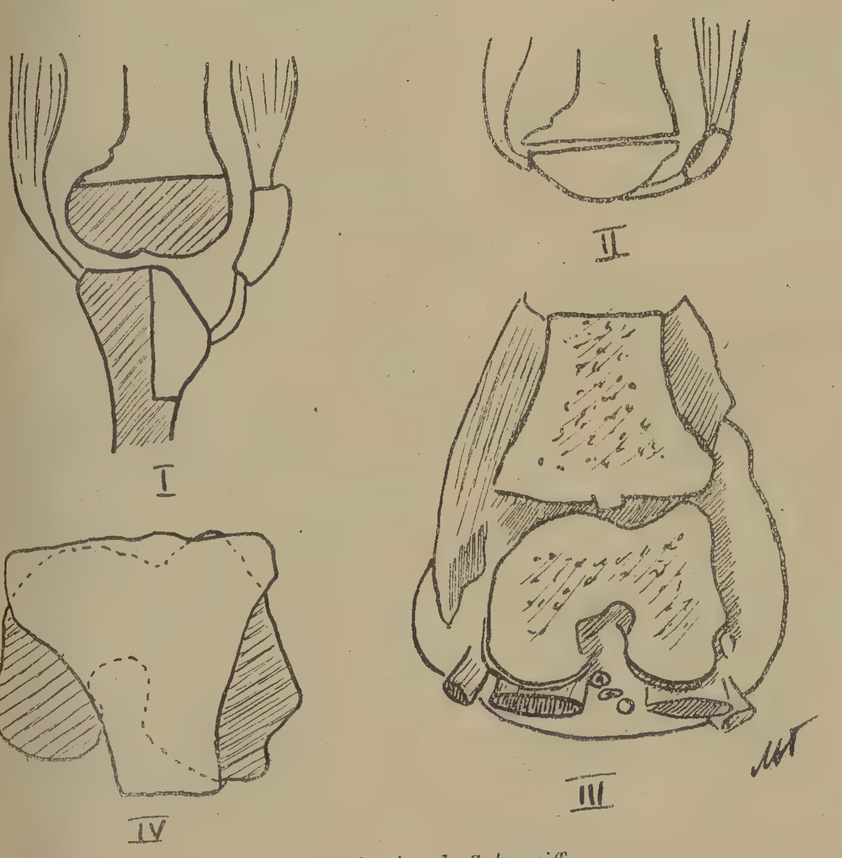


Fig. 6. — *Opération de Sabaneiff.*

I. Schéma des sections osseuses. — II. Schéma du résultat. — III et IV. Schéma de la forme des sections osseuses dans le Sabaneiff, d'après Chevrier.

E. *Amputation ostéoplastique de Sabaneiff. (La tubérosité tibiale et sa base sont appliquées sur la surface de section fémorale.)* — *Premier temps.* — Incisions cutanées descendant verticalement des tubercules condyliens interne et externe réunies en bas par une ligne transversale passant à deux travers de doigts au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia (fig. 6).

Deuxième temps. — Petit lambeau postérieur plus court de 3 centimètres.

Troisième temps. — Ouverture de l'articulation d'arrière en avant en hyperextension. Le tibia est placé sur la face antérieure de la cuisse.

Quatrième temps. — On détache la tubérosité antérieure du tibia par un trait de scie frontal vertical (fig. 6).

Cinquième temps. — Section du fémur horizontalement à la limite des cartilages articulaires.

La tubérosité tibiale est appliquée sur la tranche fémorale avec suture osseuse.

Il faut noter que cette opération

exige l'intégrité du quart supérieur du tibia et beaucoup de peau.

F. *Amputation de Delitzine* (*Sabanieff modifié*). — La partie antérieure du tibia est coupée obliquement en haut et en arrière à 45 degrés.

On scie obliquement en bas et en arrière les

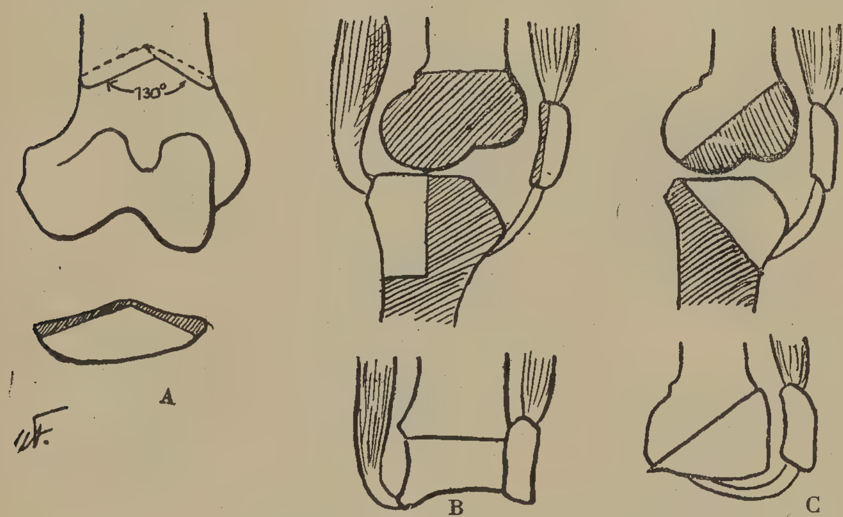


Fig. 7. — A. *Procédé de Bussière.* — B. *Procédé d'Abrashanow.* C. *Procédé de Delitzine.*

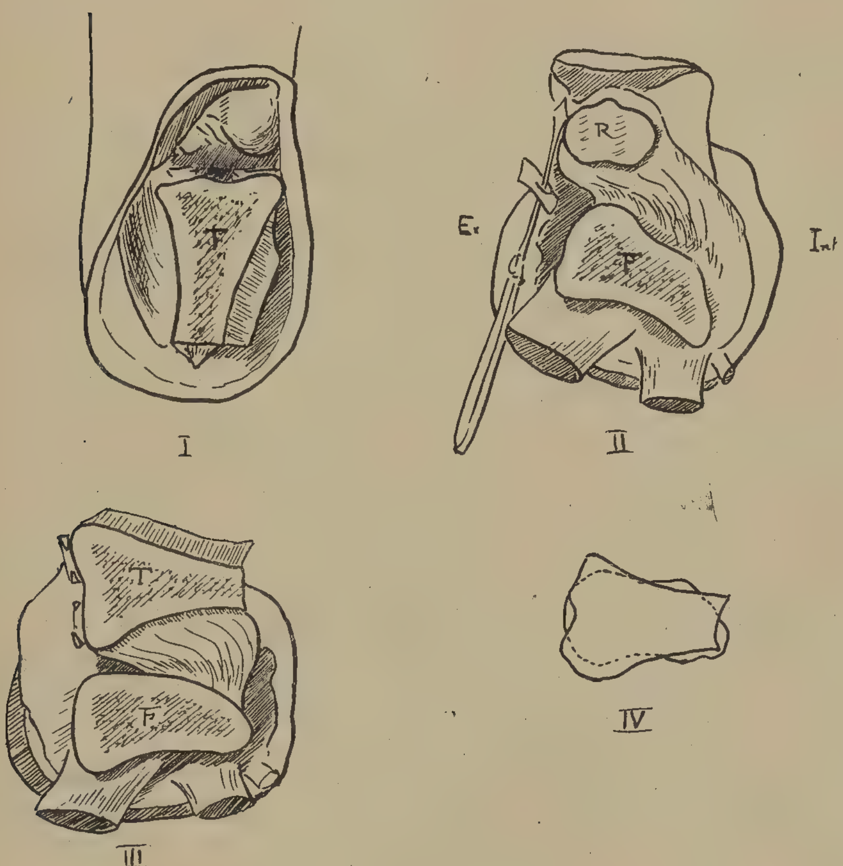


Fig. 8. — *Opération de Chevrier.*

I. La plaquette tibiale et ses ailerons périostiques. — II. Luxation de la rotule R. — III. La plaquette tibiale T est prête à recouvrir le fémur sectionné F. — IV. Schéma de l'adaptation des surfaces osseuses.

condyles du fémur sous un angle de 45 degrés.

Les surfaces tibiales et fémorales s'appliquent bien l'une sur l'autre (A, fig. 7).

G. — *Amputation d'Abrashanow* (*greffon tibial postérieur*). — Elle est indiquée si la peau manque en avant.

On taille un grand lambeau postérieur et un petit lambeau antérieur. On garde la partie postéro-supérieure du tibia détachée par deux traits de scie l'un vertical partant de la surface articulaire, l'autre horizontal venant de la face postérieure (B, fig. 7).

H. *Amputation ostéoplastique de Chevrier.* (Amputation de Sabanieff avec rotation transversale du greffon tibial.) — M. Chevrier reproche au Sabanieff une adaptation osseuse imparfaite. Le greffon tibial à grand diamètre antéro-postérieur s'applique mal sur la surface fémorale à grand axe transversal.

Les différents temps de l'opération sont les suivants :

Premier temps. — Section des téguments. — L'incision partie de trois travers de doigts au-dessous de la tubérosité antérieure croise transversalement la crête tibiale et remonte sur la face externe du genou jusqu'à un centimètre au-dessous de la tubérosité du condyle externe.

Section des téguments postérieurs en remontant vers le creux poplité.

Deuxième temps. — Section des muscles postéro-externes.

Ligature des vaisseaux poplités.

Troisième temps. — Section verticale du tibia puis section transversale à un travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure (fig. 8).

Cette plaquette osseuse tibiale et ses ailerons périostiques portent une partie de l'insertion du jambier antérieur, de l'extenseur commun et en dedans la patte d'oie.

Quatrième temps. — Section du fémur à la limite des condyles (fig. 8).

Cinquième temps. — Luxation de la rotule sur la face externe du fémur et fixée au tendon occipital.

Le greffon tibial se place transversalement sur la surface osseuse fémorale.

Amputation intratubérositaire de jambe avec enchevillement osseux de l'articulation du genou avec autogreffe de la crête tibiale [*Mauclaire* (1)]. — Voici les différents temps de cette opération :

Premier temps : Prélèvement des greffons auto-plastiques. — Deux greffons de 10 centimètres de longueur sont prélevés sur la crète tibiale du côté opposé (fig. 0). Avec le perforateur on fait à la base de la crête tibiale 6 ou 8 trous que l'on réunit ensuite avec la gouge et le marteau. De cette façon les greffons sont détachés assez régulièrement.

Fermeture immédiate de la plaie.

Deuxième temps. — Tracé du lambeau jambier antérieur, par une incision en U commençant en dehors au niveau de la tête du péroné descendant à cinq centimètres au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia et remontant en dedans aussi haut qu'en dehors.

(1) Mauclaire. *Soc. de chir.*, 1919.

Troisième temps. — Tracé du lambeau postérieur. — Etant donnée la très forte rétraction des muscles postérieurs et la très grande largeur du plateau tibial à recouvrir, ce lambeau postérieur a une largeur égale à au moins une fois et demie le diamètre antéro-postérieur de la jarretière. Comme le lambeau antérieur, il a aussi la forme en U.

Quatrième temps. — Section osseuse. — Les deux lambeaux étant relevés, la section tibiale est faite juste au-dessus de la tubérosité antérieure (fig. 9).

Avec le marteau on aplatit les bords antérieur et postérieur du plateau tibial pour les arrondir.

Cinquième temps. — Désarticulation de la tête du péroné pour l'enlever.

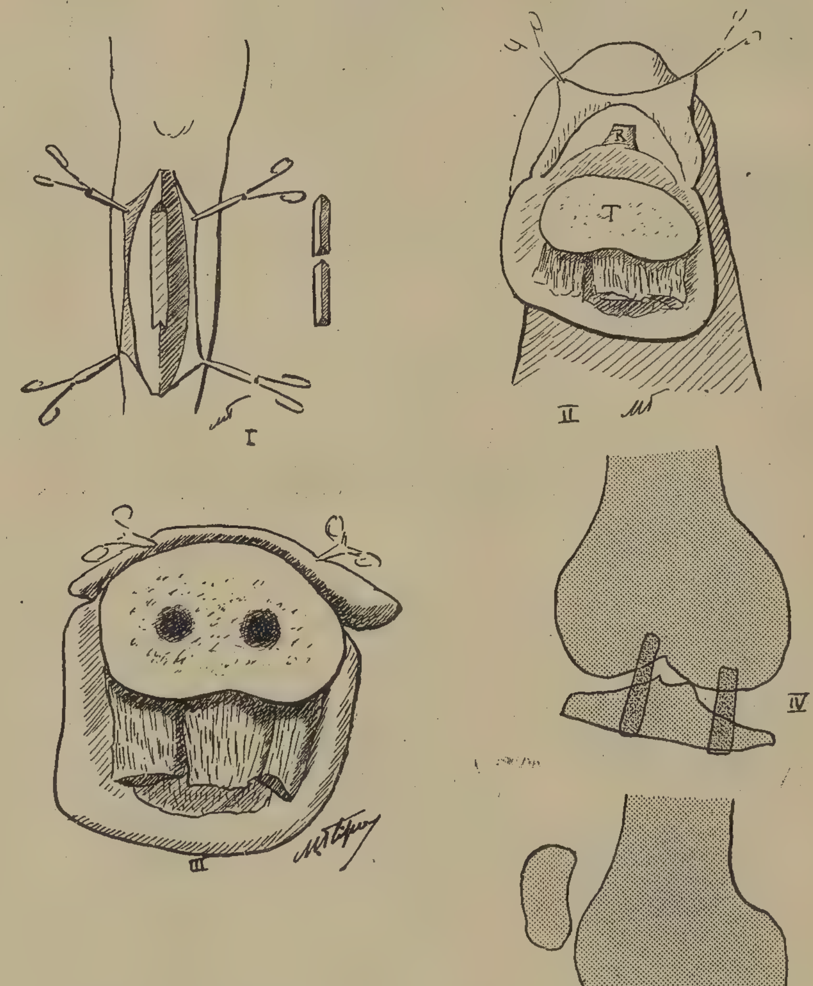
Sixième temps. — Désinsertion des tendons du biceps et du demimembraneux pour éviter l'attraction en arrière du fragment osseux tibial conservé. Cette lamelle tibiale a 15 à 20 millimètres de hauteur.

Septième temps. — Enchevillement. — L'aide maintient le genou en extension complète. L'opérateur perce avec la fraise à travers le plateau tibial et les condyles deux trajets osseux légèrement convergents l'un vers l'autre. Dans ces trajets sont enfoncés à petits coups les deux greffons.

Huitième temps. — Suture des parties molles antérieures avec les parties molles postérieures pour matelasser le moignon. Sutures cutanées.

Sept cas ont été ainsi opérés par l'un de nous, M. Mauclaire, avec de bons résultats.

Les autogreffes valent mieux que les hétérogreffes de tissu osseux mort, car celles-ci ne se fusionnent pas avec l'os, d'où la tendance du plateau tibial à glisser en arrière.



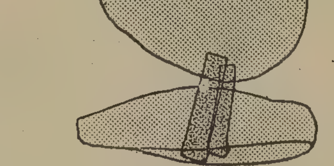


FIG. 9. — *Opération de Mauclaire.*

I. Prise du greffon sur la crête tibiale. — II. Section du tibia T. A remarquer la largeur de la surface osseuse. — III. Les deux logements des greffons ont été forés. — IV et V. Radio de face et radio de profil.

Amputation ostéoplastique avec cinématisation [*Della Vedova* (1913)]. — Déjà Szcyypiorki et Bessière avaient observé des cas opérés suivant la technique de Gritti et chez lesquels la rotule restée sous le fémur avait conservé un peu de mobilité antéro-postérieure et latérale et le résultat fonctionnel était excellent.

Technique de Della Vedova. — Tracé des lambeaux comme pour le Gritti.

La rotule est relevée en avant dans le lambeau antérieur. Le lambeau postérieur est disséqué jusqu'au dessus des condyles.

Section verticale de la trochlée fémorale, de bas en haut de manière à laisser ce fragment osseux adhérent par un pédicule périostique à la face antérieure du fémur

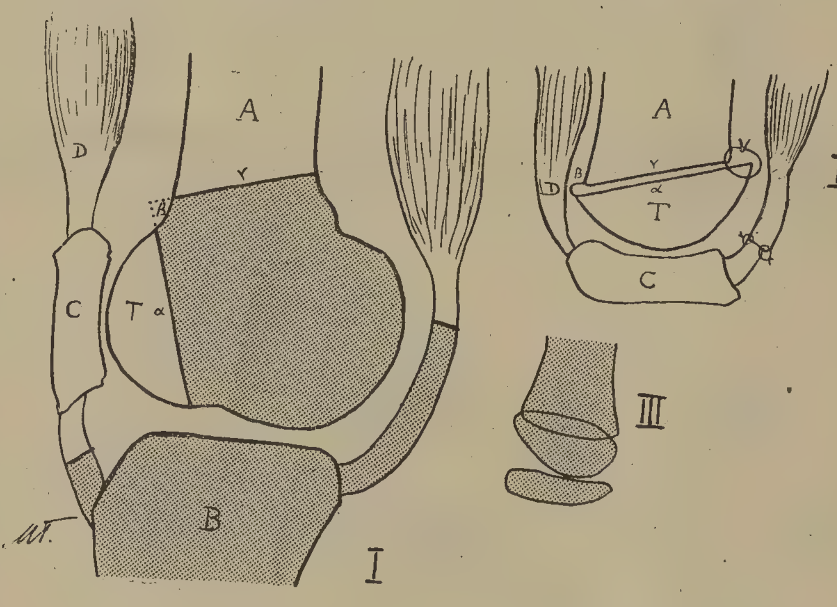


FIG. 10. — *Amputation cinématique de Della Vedova.*

I. Schéma des sections osseuses (en B le petit volet périostique). II. Schéma du résultat. — III. Radio de Della Vedova.

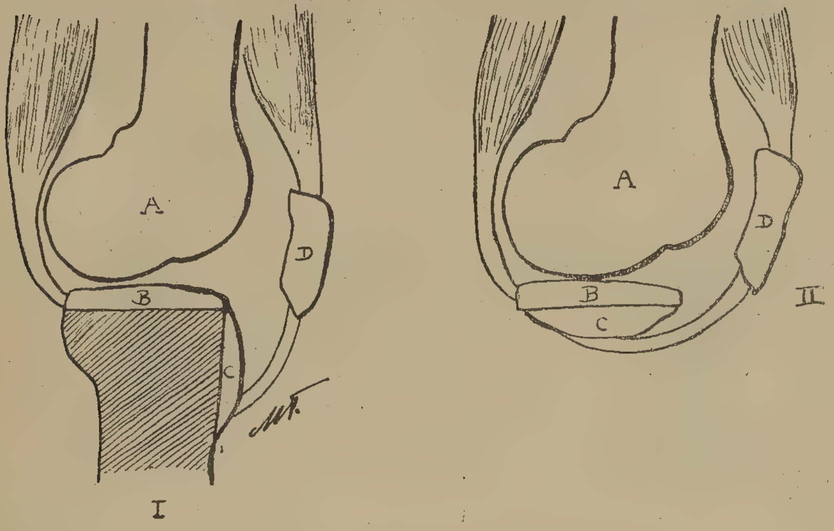


Fig. 11. — *Amputation de Franke.*

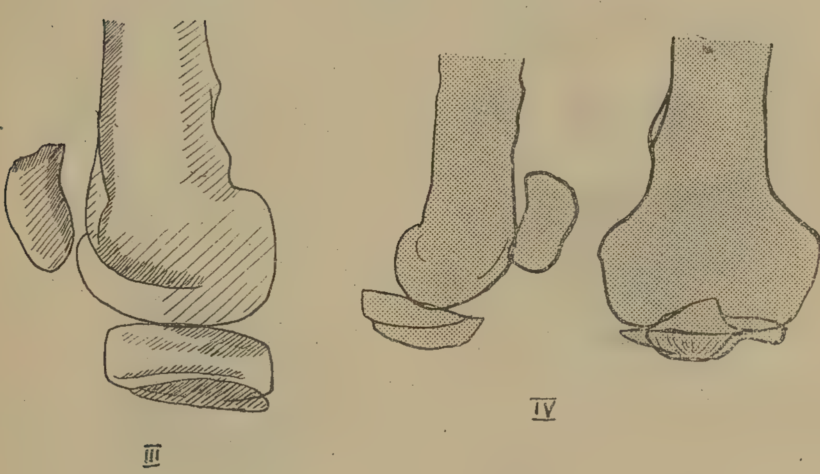


Fig. 12. — *Deux cas de Franke.*
III. Cas n° 4. — IV. Cas n° 6, face et profil.

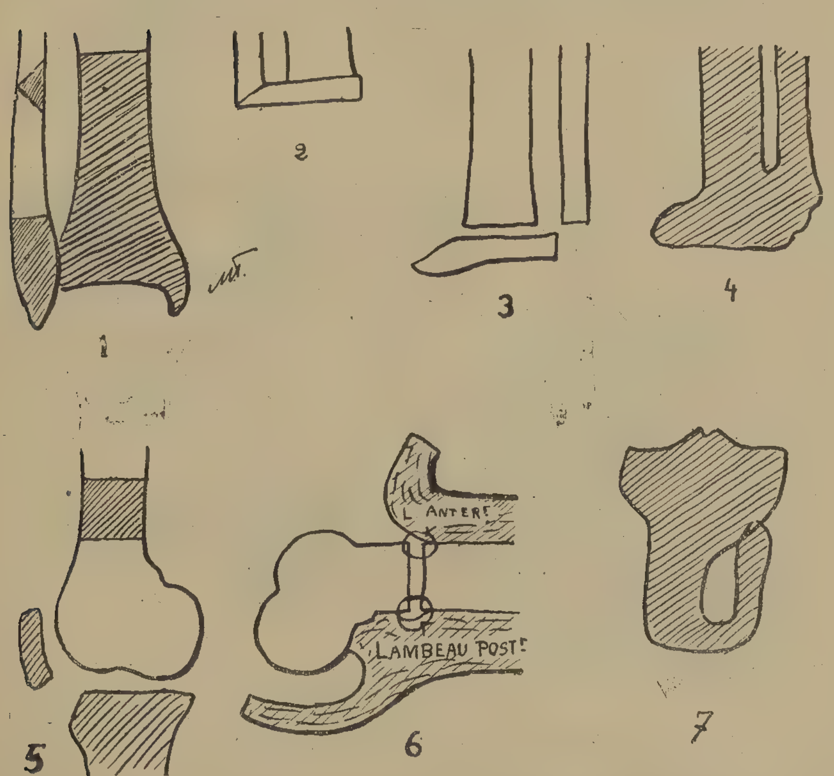


Fig. 13. — 1 et 2. *Procédé de Dumont.* — 3 et 4. *Procédé de Lévy* (schéma et radio). — 5 et 6. *Procédé de Imbert.* — 7. *Radio d'un cas de M. P. Duval.*

(fig. 10). Section antéro-postérieure du fémur d'arrière en avant.

Le fragment trochléen conservé est ramené sous la tranche fémorale à laquelle il est suturé. La rotule est amenée sous ce fragment trochléen. Le ligament rotulien est suturé aux tendons postérieurs. La rotule est donc mobile.

Amputation ostéoplastique avec fixation de la tubérosité antérieure du tibia sous le plateau tibial et cinématisation (Franke, 1916). — Dans cette technique de Franke, au lieu de fixer la tubérosité tibiale sous le fémur sectionné, on la fixe sur le plateau tibial conservé.

Voici les différents temps de cette opération :

Taille d'un grand lambeau antérieur et d'un petit lambeau postérieur.

On détache la tubérosité antérieure du tibia par une section verticale faite de bas en haut et on la relève en haut en la laissant adhérente au lambeau antérieur. Section horizontale du plateau tibial (fig. 11).

Sous cette tranche tibiale on applique la tubérosité tibiale (fig. 11 et 12).

Franke a pratiqué sept fois cette opération. L'un de nous l'a pratiquée une fois, mais le cas n'était pas favorable car l'articulation du genou fut infectée par la cavité médullaire du tibia envahie par la suppuration préexistante et l'amputation de cuisse a dû être pratiquée.

Procédé de Imbert. — Dans un cas ce chirurgien a réséqué une tranche de la diaphyse fémorale, en laissant l'épiphyse inférieure du fémur adhérente au lambeau postérieur nourricier. Puis cette épiphyse conservée est réappliquée sur l'extrémité fémorale (fig. 13).

Procédé de Cotte. — Dans un cas d'amputation pour tumeur blanche du genou, Cotte ferma le canal médullaire du fémur avec un fragment de l'épiphyse tibiale. Mais il a fallu enlever le greffon tibial le sixième jour.

Citons simplement les procédés de Dumont, Lévy et Pierre Duval (fig. 13).

*
* *

Que conclure de tout cet exposé? C'est que la désarticulation pure et simple du genou ne donnant pas souvent un bon résultat, car la peau à l'extrémité du moignon reste sensible et l'amputation de cuisse au tiers inférieur donnant un moignon un peu court, il est logique d'essayer de perfectionner la désarticulation du genou en faisant une amputation ostéoplastique du genou.

Or les procédés de Griti, Della Vedova, Sabanieff, Busisère, Taubens-

chlag, Franke ont tous donné des résultats en général satisfaisants. Le Gritti est le plus simple, mais il ne nous paraît pas être le meilleur.

Mais il n'est pas douteux que ces ostéoplasties diverses ne sont pas toujours faciles à pratiquer. C'est pourquoi les procédés nouveaux que nous conseillons, procédé en demi-queue d'aronde [Flipo (1)] amputation intratubérositaire de jambe avec enchevillement osseux de l'articulation du genou par autogreffe de la crête tibiale (Mauclaire), nous paraissent devoir être essayés pour juger de leur valeur définitive.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 MAI 1926)

Sur les propriétés générales des cryptotoxines en particulier de la cryptotoxine tétanique. — M. H. VINCENT appelle *cryptotoxines* les poisons microbiens qui, mis en contact avec certaines substances déterminées et *en proportions fortes ou faibles de celles-ci*, perdent entièrement sous cette influence leur toxicité, mais conservent cependant quelques-unes de leurs propriétés, en particulier un certain pouvoir immunigène.

Les premières recherches de M. Vincent sur ce sujet ont été publiées en 1907 (2). Il a démontré à cette époque que la bile et les savons neutralisent, à doses très faibles, la toxine tétanique et que l'oléomargarate de sodium peut inactiver des doses 220 fois mortelles de la même toxine. D'autres substances ont une propriété semblable.

Le *palmitate de sodium* a été expérimenté par M. Vincent, il neutralise complètement *in vitro* les toxines : tétanique, diphtérique, colibacillaire, dysentérique, typhoïdique, paratyphique B, celle du *B. œdematiens*, etc. Les expériences sur les animaux ont confirmé ces *propriétés antitoxiques*. Elles ont montré, en outre, que le palmitate de sodium a une *action bactéricide* très marquée pour un certain nombre de microbes pathogènes : B. typhique, B. paratyphiques A et B, B. de Shiga et de Flexner, B. du choléra, *B. coli communis*, streptocoque, etc.

Ce sel est hémolytique, mais aux faibles doses auxquelles il est très actif il n'est ni toxique, ni hémolysant.

On peut donc concevoir que ses propriétés pourraient comporter certaines applications pratiques en immunologie humaine ou animale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 JUIN 1926)

Les abcès gangréneux du poumon d'origine bucco-pharyngée. (*A propos du procès-verbal.*) — MM. Emile SERGENT et Francis BORDET, sans chercher à prendre parti dans la discussion ouverte par les intéressantes communications de MM. Bezançon et Etchegoin et de M. Gabriel Delamare sur l'identification des spirochètes, apportent des observations cliniques qui tendent à établir l'origine buccale ou naso-pharyngée de certaines formes d'abcès gangréneux du poumon.

Dans un cas, la complication pulmonaire survint à la suite d'une abrasion de cornets hypertrophiés, suivie de grosse hémorragie et d'infection rhino-pharyngée; dans un autre cas, elle survint à la suite de l'ouverture d'une angine de Ludwig développée après une extraction dentaire.

Dans les deux cas, l'intervention chirurgicale avait été pratiquée sous anesthésie générale.

(1) FLIPO. *Th. de Paris*, 1925 (bibliographie).
(2) H. VINCENT. *Soc. de biol.*, 1907, t. XLIII, p. 695; — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1908, t. XXII, p. 341.

Cette circonstance paraît jouer un rôle déterminant de premier ordre. En supprimant le réflexe d'expulsion, l'anesthésie générale favorise la pénétration dans les bronches de débris infectés; elle fait de ces infections pulmonaires des accidents analogues aux broncho-pneumonies dites de « déglutition », qu'on observe chez les sujets atteints de paralysie du voile, chez les aliénés, etc.

Ayant observé un cas où ces mêmes accidents pulmonaires éclatèrent à la suite d'une myomectomie sous anesthésie générale, sans qu'à aucun moment la plaie opératoire fût le siège de la moindre infection, les auteurs pensent que bon nombre de soi-disant embolies veineuses septiques postopératoires sont, en réalité, des embolies bronchiques de déglutition favorisées par l'anesthésie générale.

Sans vouloir généraliser à l'excès, ils se demandent si l'origine buccale ou naso-pharyngée n'est pas la cause la plus fréquente des gangrènes pulmonaires et, surtout, des gangrènes lentes, à rechutes, dans lesquelles le rôle des spirochètes, toujours présents, est indéniable.

Bon nombre d'observateurs (Muttermilch et Séguin, Kline, etc.) ont déjà insisté sur cette étiologie.

Les auteurs considèrent ces foyers putrides comme des abcès pulmonaires d'un type spécial, ayant pour point de départ une broncho-alvéolite ulcéro-nécrosante déterminée par les spirochètes et se compliquant secondairement, à la faveur de cette ulcération tenace, d'infection secondaire par les germes putrides.

M. BEZANÇON insiste sur ce point que l'anesthésie générale expose à des infections graves dans la tonsillectomie. La cause de ces gangrènes pulmonaires est généralement une embolie, mais M. Bezançon fait remarquer que dans 7 cas sur 12 de gangrène pulmonaire on n'a pas pu trouver l'origine de l'infection.

M. VINCENT. L'étiologie de ces gangrènes pulmonaires se réclame d'une origine buccale ou pharyngée. L'infection des bronches se fait par inhalation de l'air infecté par le porteur lui-même. M. Vincent insiste sur ce point que les spirochètes se trouvent à l'état normal dans toute l'étendue du tube digestif.

L'alcoolisme. — M. Marcel LABBÉ donne lecture des conclusions présentées par la Commission de l'alcoolisme. Plusieurs d'entre elles sont votées sans discussion. En voici le texte :

« L'Académie de médecine, qui a toujours été à la tête de la croisade antialcoolique et qui, déjà le 10 mars 1903, avait formulé des vœux qui sont toujours d'actualité, considérant que la recrudescence de l'alcoolisme constitue un danger pour notre pays, croit urgent de reprendre la lutte contre le fléau national et émet les vœux suivants :

Les lois promulguées contre l'alcoolisme pendant la guerre devront rester en vigueur et être appliquées rigoureusement.

Le règlement sur les succédanés de l'absinthe devra être revisé, précisé et rigoureusement appliqué.

Le nombre de débits de boissons alcooliques, fermentées ou distillées, devra être limité.

L'utilisation alimentaire du raisin et du jus de raisin non ermenté, l'utilisation industrielle de l'alcool devront être acilitées.

L'éducation antialcoolique sera organisée dans toutes les classes de la société; la propagande antialcoolique par les individus, par les ligues et groupements sociaux divers et par l'Etat devra être développée. »

Par contre, plusieurs propositions de vœux ont été renvoyées à la Commission. Parmi elles, il faut mentionner celle qui concerne le privilège des bouilleurs de cru. Elle a donné lieu à une discussion assez vive :

M. LAPICQUE expose que le privilège des bouilleurs de cru n'est pas la cause principale de l'alcoolisme et il demande la disjonction du vœu qui le vise pour que l'Académie puisse en faire une nouvelle étude « conciliant l'hygiène et les possibilités sociales ».

M. LETULLE ne partage pas l'avis de M. Lapicque; il insiste sur la gravité de l'alcoolisme en Normandie et en Bretagne; il montre que ce n'est pas le vin qui est coupable dans ces régions, mais l'alcool seul.

M. LAPICQUE fait observer que l'eau de vie consommée en

Bretagne n'est pas celle des bouilleurs de cru, mais de l'eau de vie du commerce qui vient du Midi.

M. Paul Carnot. La question des bouilleurs de cru est mal posée : à côté de la tolérance qui leur est accordée, il y a la fraude. Le privilège ne représente pas tout l'alcoolisme, mais il en est une des causes les plus nettes.

C'est manifestement l'avis de la grande majorité de l'Académie, notamment de M. Siredey et de M. Pouchet qui ajoute que l'alcool des bouilleurs de cru est très dangereux car il renferme des résidus particulièrement nocifs.

M. Carnot déclare qu'il y a un point sur lequel tout le monde devrait se mettre d'accord, à l'Académie et au dehors. C'est le point de vue fiscal. Dans les circonstances critiques que nous traversons aucun privilège spécial ne peut subsister. Il estime que l'impôt devrait porter sur la totalité de la production.

Bref, après une intervention de M. Louis Martin, l'Académie disjoint plusieurs autres articles et les renvoie à un nouvel examen.

Rapports. — Un certain nombre de rapports ont été lus en cours de séance : par M. Siredey, au nom de la Commission des Eaux minérales sur les travaux des stagiaires; par M. Meillère, au nom de la même Commission au sujet de diverses autorisations concernant les eaux minérales. Enfin, les conclusions du rapport de M. Renault sur le « Livret de la mère » ont été adoptées après une courte discussion.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 4 juin 1926)

Gangrène pulmonaire chronique guérie après huit mois de collapsothérapie. — M. P. Jacob présente l'observation et les clichés successifs d'un malade de quarante-six ans qui a présenté une gangrène pulmonaire chronique caractérisée par des hémoptysies extrêmement fréquentes, des expectorations à caractère gangréneux et l'image radiologique d'une vaste cavité intrapulmonaire à droite, muette à l'auscultation. En huit mois, le pneumothorax a fait disparaître la lésion et amené la guérison, malgré une adhérence large au niveau de la cavité.

Recherches expérimentales sur les embolies gazeuses. — M. Léon Binet résume le résultat des expériences qu'il a poursuivies chez le chien avec M. H. Roger sur les embolies gazeuses : il insiste sur l'étape pulmonaire de ces embolies, montrant que l'état antérieur des poumons fait considérablement varier le degré de résistance de l'animal; que l'embolie pulmonaire ainsi réalisée engendre des troubles circulatoires et surtout des troubles respiratoires dans la déterminaison desquels les modifications apportées à l'hématose jouent un rôle primordial.

Phtisie galopante au cours d'une syphilis récente. — MM. Laederich et Weil-Spire relatent l'histoire d'une jeune femme de vingt ans qui, huit mois après avoir contracté la syphilis, succomba en moins de cinq semaines à une phtisie galopante ultrarapide. Cette observation vient à l'appui de la conception classique d'après laquelle l'infection syphilitique à sa période secondaire favoriserait l'évolution de la tuberculose.

Septicémie à virus filtrant, consécutive à une morsure de rat, guérie par un abcès de fixation. — MM. P. Brodin et Dujarric de la Rivière rapportent l'observation d'un jeune homme de trente et un ans qui, trois jours après une morsure de rat, d'ailleurs cicatrisée rapidement et sans complication locale, a fait une infection très grave, avec température à grandes oscillations et caractérisée essentiellement par

trois ordres de symptômes : des arthralgies généralisées d'abord, localisées ensuite; des ulcérations pharyngo-laryngées avec contractures musculaires de voisinage, déterminant des douleurs très vives et entravant la déglutition; des embolies cutanées des extrémités des membres, sans aucune complication viscérale.

Après l'échec de nombreux traitements, un abcès de fixation a été pratiqué au quarante-neuvième jour. Deux jours après la température est descendue progressivement en lysis, pour atteindre la normale cinq jours après, au cinquante-quatrième jour, en même temps que disparaissaient tous les troubles.

Fait particulièrement important, le liquide d'hémoculture, en apparence stérile, inoculé à l'animal, soit directement, soit après filtration, a permis également de reproduire la maladie et de réaliser des passages successifs.

Il paraît donc s'agir d'un virus filtrant de nature encore inconnue.

Résultat d'un an de traitement des syndromes parkinsoniens par le datura stramonium. — MM. Laignel-Lavastine et Valence rapportent les résultats de leur expérience thérapeutique du datura stramonium poursuivie depuis plus d'un an dans le syndrome parkinsonien. Ils ont d'abord appliqué la méthode de Juster, des doses progressives jusqu'à 1 gramme pendant une semaine, puis ils ont varié les doses de 0g30 à 0g70 et les périodes thérapeutiques de six à un jour pour éviter la paralysie de l'accommodation oculaire. Basée sur plus de 60 cas la conclusion des auteurs est nettement favorable à la stramoine.

Granulies froides (*avec projection*). — MM. Rist, Rolland, Jacob et Hautefeuille rapportent trois cas de granulie chronique. Le premier cas a évolué sans fièvre pendant cinq mois et s'est terminé brusquement par une méningite tuberculeuse. L'examen radiologique permettait de faire le diagnostic et à l'autopsie on notait des lésions du type granulique et broncho-pneumonique intriquées. Les deux autres cas avec clichés identiques se sont terminés par la guérison prouvée par de nouveaux clichés pris respectivement après un et deux ans.

Sténose bronchique par tumeur endothoracique révélée par l'injection de lipiodol (*avec projection*). — MM. Rist, Jacob et Soulas rapportent un cas de sténose bronchique (bronche gauche) avec pleurésie médiastine par cancer primitif du poumon. Les auteurs insistent sur l'importance du diagnostic de l'épreuve du lipiodol.

La tension veineuse au cours du choc peptonique. — MM. Ricaldoni et Pla (de Montévidéo) apportent les résultats de leurs recherches sur la tension veineuse au cours du choc peptonique. Une série de constatations précises leur ont permis de constater une chute, parfois très prononcée, de la tension primitive. Pour l'interpréter, ils invoquent, pendant le choc, un resserrement musculaire des veines efférentes du foie et des ramuscules de l'artère pulmonaire, déterminant un barrage du sang avec rétention correspondante d'eau.

L'épreuve de Mac Clure et Aldrich au cours du choc peptonique. — MM. A. Ricaldoni et Pla (de Montévidéo) ont pratiqué chez les sujets en état de choc peptonique l'épreuve de Mac Clure et Aldrich consistant dans l'injection dans le derme d'un cinquième de centimètre cube de solution à 0,8 p. 100 de chlorure de sodium. Le temps de résorption de la solution saline se trouva raccourci (trente à quarante-cinq minutes au lieu de 60); ils en concluent qu'il y a, chez ces sujets, hydrophilie apparente. Ils montrent, à ce propos, l'influence empêchante de certains diurétiques puissants (novasurol surtout) qui, injectés en même temps ou une demi-heure avant, font que le temps de résorption de la boule intradermique ne se raccourcit plus.

Tuberculose ostéo-articulaire du tarse, par le docteur Delahaye, chirurgien assistant de l'hôpital maritime de Berck. Une brochure de 48 pages. — Paris, Legrand.

Annuaire médical de Marseille et de la Provence, par le docteur Porcheron. — Marseille, 107, rue Paradis.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(du 14 au 19 juin 1926)

THESES

Lundi 14 juin. — Jury : MM. Sébileau, président; Legueu, Couvelaire et Guéniot. — M. Magloire. L'abord du rein par voie thoraco-abdominale. — M. Barbellion. Gonocoque et pseudo-gonocoque. — M. Veyrine (E.). Etude sur les embolies mésentériques. — M. Dupont (J.). Diastolisation en rhinologie.

Mardi 15 juin. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Brindeau, Jeannin et Lereboullet. — M. Galmier. La pâte glycérine-kaolin en gynécologie. — Mlle Ducourtioux. Etude de l'adénome du col de l'utérus. — M. Escande. Etude sur la torsion tubaire. — M. Toulman (A.). Statistique du grand service parisien à vingt ans d'intervalle. — M. Jouan (A.). Etude des pyélonéphrites de la gestation et de la puerpéralité.

Jury : MM. Gilbert, président; Jeanselme, Nobécourt et Laignel-Lavastine. — M. Breuillé. La thérapeutique antiseptique dans les maladies infectieuses. — M. Thionville. Trois ans d'expérience du tréparsol. — M. Bagot. La sérothérapie dans le traitement des paralysies diphtériques. — M. Grenet (P.). Etude des tumeurs cancéreuses des os du crâne chez l'enfant.

Jury : MM. Bernard, président; Duval, Terrien et Velter. — M. Blondeau. Etude sur les sinus de la face. — M. Denis Le Sève. La guérison naturelle des cavernes pulmonaires tuberculeuses. — M. Boisdé (P.). Le glaucome infantile, son traitement, etc.

Vendredi 18 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lemierre, président; Coquot, Panisset, Henry et Moussu. — M. Fouet. Traitement du tétanos par injections d'eau oxygénée. — M. Richard. Le tétrachlorure de carbone dans le traitement des affections parasitaires chez les animaux domestiques.

LIVRES NOUVEAUX

Chimie biologique médicale. Guide pour les manipulations de chimie physiologique et de chimie clinique (1), par E. Derrien et G. Fontès, professeurs aux Facultés de médecine de Montpellier et de Strasbourg.

Ce livre est d'abord destiné aux étudiants; il résume et coordonne l'enseignement chimique donné dans les Facultés et que le nouveau régime des études médicales sanctionne par deux examens, l'un théorique, l'autre pratique; il est aussi d'un puissant secours, non seulement pour le praticien (médecin ou chimiste) mais encore pour le chercheur, car les auteurs ne se sont pas contentés de fournir les données élémentaires et la technique simple; ils ont, par surcroît, dans certains cas, accordé une place à des méthodes d'investigation plus compliquées et plus longues et à des faits intéressants, bien que mal élucidés, capables d'éveiller l'attention de ceux qui ont le goût de la recherche scientifique. Comme on le voit, il ne s'agit donc pas là d'un pur manuel. L'ouvrage enfin a le grand mérite d'exposer les manipulations et les théories avec une clarté parfaite, à laquelle contribuent de nombreuses figures.

Ce livre est divisé en cinq parties. La première est consacrée aux constituants chimiques de l'organisme et des aliments; la deuxième à la digestion et aux sucs digestifs; la troisième au sang, aux humeurs dérivées du plasma et aux sécrétions internes; la quatrième à l'urine et à ses constituants constants; la cinquième enfin aux constituants inconstants, normaux, anormaux et pathologiques des sédiments et calculs urinaires.

J. L.

(1) Un volume in-16 avec fig. — Prix : 20 fr. — Paris, 1926, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

TRAIN SPÉCIAL A PRIX RÉDUITS POUR FONTAINEBLEAU, THOMERY ET MORET. — Pour favoriser les excursions dans la région de Fontainebleau, la Compagnie des Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée mettra en marche, tous les dimanches, du 6 juin au 19 septembre 1926, un train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris à Fontainebleau, Thomery et Moret.

Aller : Paris, départ 7 h. 31 ; Fontainebleau, arrivée 8 h. 31 ; Thomery, arrivée 8 h. 42 ; Moret arrivée 8 h. 49.

Retour : Par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Prix des billets (aller et retour) : Paris-Fontainebleau, 2e classe 16 fr ; 3e classe, 10 fr. 50 ; Paris-Thomery-Moret, 2e classe, 18 fr. ; 3e classe 11 fr. 50.

Le nombre des places est limité.

Le train spécial donnera, à la gare de Fontainebleau, la correspondance avec le service automobile P.-L.-M. d'excursions en forêt.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois* (*juillet et août*).

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 11 juin. — MM. Monod, 27; Bloch (René) et Bloch (Jacques), 28.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — *Epreuve écrite.* — Séance du 7 juin. — MM. Miégeville, 20; Truffert, 19; Winter, 18.

Admissibilité : MM. Boucher et Chalillier, 50; Durand, 48; Miégeville, Leroux et Truffert, 47; Aubin et Lanos, 45.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rochon-Duvigneaud, Morax, Magitot, Terrien, qui acceptent; Coutelas, Lereboullet, Cunéo, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Pruvost, Tinel, Brodin, Donzelot, qui acceptent; de Gaudart d'Allaines, Gouverneur, Madier, Bollack, Portes, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Lecture des copies.* — Séance du 9 juin. — M. Laplanche, 13 + 17 = 30; Mlles Frontard, 9 + 14 = 23; Rouse, 11 + 16 = 27; MM. Durand, 10 + 15 = 25; Adam, 9 + 13 = 22.

Séance du 11 juin. — MM. Barois, 11 + 16 = 27; Rousseau, 10 + 12 = 22; Franckel, 9 + 14 = 23; Raphel, 10 + 25 = 35.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat. — Epreuve de dissection.* — MM. Bernard, Gueullette et Thalheimer, 27; Chastang, 26.

Total des points : MM. Thalheimer, 126; Bernard, 125; Gueullette, 118; Chastang, 117.

— Concours pour le clinicat. — Un concours pour des emplois vacants de chef de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le vendredi 23 juillet 1926, à 9 heures du matin.

Places mises au concours. — 1° Clinicat des maladies infantiles : 1 titulaire, 1 adjoint; 2° Clinicat des maladies infectieuses : 1 titulaire, 2 adjoints; 3° Clinicat de la première enfance : 3 titulaires.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de la Faculté, jusqu'au mardi 13 juillet inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 15 à 17 heures.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Bonnet, directeur du Service de santé de la 9e région, membre du Comité consul-

tatif de santé, a été placé, à compter du 10 juin 1926, dans la 2e section (réserve) du corps de santé militaire.

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS (Grand Palais, les 15, 16, 17, 18, 19 juillet 1926). — Le quart de place sera accordé sur tous les réseaux français à tous les médecins de complément et aux membres de l'Union fédérative des médecins de réserve et de territoriale, pour se rendre aux Journées médicales de Paris à l'occasion desquelles seront faites au Grand Palais des démonstrations du Service de santé militaire. Il leur suffira d'adresser les demandes de permis au directeur du Service de santé de leur région.

Signalons que, pour le logement et le séjour à Paris des adhérents, les Journées médicales ont établi, d'accord avec la Compagnie française de tourisme, une combinaison nouvelle et très avantageuse : « Combinaison tout compris » à 50 fr. par jour et par personne (pourboires compris) donnant droit à une chambre dans un bon hôtel moyen du centre de Paris avec petit déjeuner, les deux repas principaux étant pris au dehors dans divers restaurants et brasseries au choix des adhérents sur une liste qui leur sera indiquée. Bien entendu, la Compagnie française de tourisme tient à la disposition des adhérents des hôtels à des prix plus élevés; on peut lui demander directement des renseignements à son agence Kléber, 6, avenue Kléber, Paris.

Pour l'inscription aux Journées médicales de Paris, écrire au secrétaire général, docteur Dujarric de la Rivière, 18, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

CONFÉRENCES. — Le jeudi 17 juin, à 20 h. 45, le docteur Cabanès fera, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, une conférence sur le sujet suivant : « L'étudiant en médecine du moyen âge à nos jours » (avec projections). Droit d'entrée : 3 francs pour les étudiants.

CHRONIQUE

FACHEUX OUBLI

Il y a un an et demi, un jeune interne d'Alger, M. Turano, succombait à la suite d'une maladie infectieuse contractée dans son service à l'hôpital d'El Kettar.

On parla alors de lui accorder la croix de la Légion d'honneur, à titre posthume, comme on le fit tout récemment depuis pour une autre victime du devoir, M. Juramie. Le temps a passé, et Turano paraît complètement oublié.

Cet oubli des Pouvoirs publics a vivement ému l'opinion publique. Après la *Fronde*, les *Nouvelles d'Alger* protestent contre l'ingratitude des Pouvoirs publics et montrent dans un article émouvant le grand exemple donné par cette victime du devoir :

« Turano, écrit notre confrère, était le fils d'un humble cordonnier de Bouïra. C'est dans l'échoppe paternelle sentant le cuir et la poix chaude, qu'il dévora ses premières lectures. A dix ans, son instituteur émerveillé par la claire intelligence et la curiosité d'esprit de son élève le prépare à l'examen des bourses des collèges et lycées. Il est reçu parmi les premiers. Il brûle les étapes, passe brillamment ses examens, et, en 1916, s'engage pour défendre son pays.

Ce cérébral se révèle homme d'action. A l'armistice il est sous-lieutenant.

Alors il reprend ses études, se penche sur les tables d'opérations, trime, veille, bouquine, et à vingt-cinq ans le fils du petit cordonnier de Bouïra est devenu le médecin à l'avenir plein de promesses.

Mais des typhiques sont soignés à El Kettar. Il faut des volontaires. Turano s'offre et se dévoue jusqu'au jour où le mal se venge de s'être mis entre lui et sa proie. Il meurt à vingt-cinq ans. »

Le *Journal officiel* publiait il y a quelques jours la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur d'un jeune officier mort victime de son héroïsme *il y a vingt ans*. Espérons que M. le Gouverneur général de l'Algérie aura à cœur de ne pas faire attendre si longtemps la croix qu'aurait déjà dû recevoir l'interne Turano, victime du devoir professionnel.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau Traité de pathologie interne publié sous la direction de Ed. Enriquez, A. Laffitte, Ch. Laubry, Clovis Vincent. Directeur, Edouard Enriquez (1). T. I : *Maladies infectieuses et parasitaires, maladies de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin*, avec la collaboration de MM. P.-A. Carrié, Gaston-Durand, René A. Gutmann, Mathieu-Pierre Weil.

Voici le premier tome du magnifique *Traité de pathologie interne* que publie l'éditeur Gaston Doin sous la direction de M. Enriquez.

Il faut avoir un certain courage dans les circonstances actuelles pour entreprendre une œuvre pareille et la mener à bonne fin, aussi ne doit-on pas ménager les félicitations aux auteurs et à l'éditeur auxquels nous devons ce splendide ouvrage.

Ce premier volume est consacré aux maladies infectieuses et parasitaires et aux maladies du tube digestif.

MM. Enriquez, M.-P. Weil et leurs collaborateurs ont donné un grand développement à la partie consacrée aux maladies infectieuses et parasitaires. Dans leur introduction ils montrent que la maladie infectieuse n'est pas due à la pénétration dans l'organisme d'un germe pathogène, mais à la *réaction de l'organisme vis-à-vis de ce germe*. Plusieurs chapitres de pathologie générale et de physiologie pathologique complètent heureusement cette introduction et permettent au lecteur d'aborder avec fruit l'étude des différentes maladies infectieuses et parasitaires.

Les maladies du tube digestif sont divisées en quatre chapitres, les maladies de la bouche et du pharynx ont été traitées par MM. Enriquez et Gutmann; les maladies de la bouche par MM. Enriquez et Gaston Durand, celles de l'estomac et de l'intestin par les mêmes auteurs.

Ces brèves indications suffisent à montrer dans quel esprit scientifique pratique et bien ordonné est conçu le Traité.

La richesse de sa documentation n'a d'égale que la clarté de sa présentation. Des planches nombreuses en couleur ou en noir illustrent à merveille ce luxueux Traité qui fait le plus grand honneur à la science et à l'édition françaises.

L. G.

RENSEIGNEMENTS

URGENT. — Cause dép. Céd. mon Etablis. Climat. (convient pour conv. repos, etc.), Côte Azur, vue mer, gr. parc, quart. riche, 18 pièces, bail. Prix : 60.000 fr. mob. neuf compris.

Ecr. Dr Bradford, 38 *ter*, boul. Littoral-Mourillon, Toulon (Var).

(1) Un grand in-8 relié avec 188 fig. dans le texte et 36 planches dont 23 en couleurs hors texte. — Prix : 220 fr. — Paris, G. Doin.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ORTHOPÉDIE. — CHIRURGIE INFANTILE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

RACHIS

Mal de Pott.

Contribution à l'étude des paralysies pottiques (essai sur l'évolution et le pronostic basé sur 40 observations personnelles). (Mme Sorrel-Déjerine. *Th. de Paris*, 1926, 400 pages, 88 figures; Masson et Cie.)

Radiographies de maux de Pott avec « becs-de-perroquets ». (E. Sorrel. *Soc. nat. de chir. de Paris, Bull. et mém.*, t. C, n° 24, p. 798, 3 fig.)

Crochets osseux de la spondylose dans le mal de Pott. (Duguet et Clavelin. *Id.*, p. 801, 1 fig.)

Productions ostéophytiques de la colonne vertébrale. (Heymann [de Hanoï]. *Soc. de radiol. méd. de France*, 9 juin 1925.)

Un nouveau cas de mal de Pott « avec becs-de-perroquets ». (A. Basset. *Soc. nat. de chir., Bull. et mém.*, 16 janv. 1926, t. LII, n° 1, p. 30-32, 3 fig.)

Ostéosynthèse pour mal de Pott cervical. (Paitre. *Soc. de chir. de Lyon*, 19 fév. 1925; discussion : Bérard.)

Excellent résultat d'une greffe d'Albee. (Patel. *Soc. de chir. de Lyon*, séance du 5 mars 1925.)

Greffe ostéo-périostique pour mal de Pott. (Imbert et Paoli. *Soc. de chir. de Marseille*, 15 fév. 1926, p. 425.)

Valeur thérapeutique, indications, technique des greffes osseuses à la manière d'Albee dans le mal de Pott chez l'adulte. (L. Creyssel. *Th. de Lyon*, juin 1925, 182 pages, 21 fig.)

Le mal de Pott a donné lieu à de nombreux et importants travaux. Nous ne pouvons ici que les analyser brièvement.

En première ligne, il faut placer la magistrale étude que Mme Sorrel-Dejerine a faite des paraplégies pottiques. Basé sur l'étude de 40 observations personnelles (hôpital maritime de Berck), ce travail démontre que les paraplégies pottiques s'observent aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, qu'elles surviennent tantôt précocement et rapidement, tantôt tardivement et alors s'installant lentement.

Anatomiquement, les paraplégies sont dues : très rarement à une compression osseuse, parfois à une pachyméningite, habituellement à un abcès intrarachidien. Parfois l'œdème des tissus avant la formation de l'abcès suffit à provoquer une paraplégie même si l'abcès avorte. L'abcès reste antémédullaire tant que le surtout ligamenteux est intact, mais il peut devenir latéro et même rétromédullaire quand le surtout est détruit.

Cliniquement, on voit : 1° des paraplégies transitoires (par œdème périmédullaire) guérissant en quelques semaines, sans séquelles, forme assez rare; 2° des paraplégies précoces, s'installant rapidement, dues à la compression par abcès, disparaissant en dix-huit mois à deux ans, de beaucoup les plus fréquentes; 3° plus rarement des paraplégies tardives, s'installant sournoisement, parfois incomplètes, s'accroissant pendant des mois et des années, dues le plus souvent à des lésions de pachyméningite, à une compression osseuse, à des lésions vasculaires graves; elles sont ordinairement définitives.

Les données cliniques permettent donc d'établir le pronostic de la paraplégie.

Elles permettent aussi d'établir (radiographie, transit du lipiodol, recherche des limites des troubles moteurs et sensitifs, des réflexes de défense et des troubles pilo-moteurs) le siège exact de la compression.

Dans 92 p. 100 des cas la paraplégie est apparue sur des malades traités par la déambulation. L'immobilisation rigoureuse en décubitus évite donc la paraplégie.

Les deux premières formes (par œdème, par abcès) guérissent par le décubitus et l'immobilisation stricte avec le traitement hélio-marin. Le traitement chirurgical est inutile dans ces formes. Il ne peut rien contre la troisième forme (paraplégie par pachyméningite).

La conclusion pratique de ce considérable et monumental travail est donc que le seul traitement de la paraplégie pottique reste l'immobilisation associée au traitement général.

On a jusqu'ici admis que, comme l'enseignait M. Ménard (de Berck), si la tuberculose « détruit », elle ne « crée » pas de l'os. Autrement dit, dans les maux de Pott fermés, sans infection secondaire, la radiographie ne montre pas de crochets osseux d'ossification ligamentaire.

Ceci est rigoureusement vrai chez l'enfant, mais souffre des exceptions chez l'adulte.

Dès 1919, dans un travail avec Jaubert (d'Hyères) (*Revue de chir.*, juillet-août 1919, nos 7 et 8), nous avons publié un cas de mal de Pott lombo-sacré (obs. V), avec ostéophytes. Dans sa thèse (Paris 1920), Cappelle en rapporte trois cas dont un avec autopsie. W. C. Campbell (*Journ. amer. med. Assoc.*, 19 août 1916, p. 572) en décrit quatre cas, et R. B. Coffield (*Journ. of bone and Joint surg.*, avril 1922, p. 332) en trouve 10 observations sur 100 maux de Pott d'adulte. Puis MM. Jean et Coureaud en citent des exemples (*Journ. de radiol.*, juin 1923). E. Sorrel vient en apporter deux observations, Duguet et Clavelin un cas très démonstratif, Heymann (de Hanoï) trois observations à la Société de radiologie, enfin A. Basset à la Société de chirurgie.

Nul doute que ces observations ne se multiplient. Le rachis de l'adulte répond à des infections très variées par les ossifications de la spondylose. Comme nous le disions déjà en 1919 avec Jaubert, la tuberculose semble jouer un rôle important dans l'étiologie des spondyloses ankylosantes.

Après la période d'engouement du début, l'ostéosynthèse du rachis dans le mal de Pott était tombé, en France tout au moins, dans un discrédit presque complet. Comme toujours la réaction avait dépassé la mesure. Si l'ostéosynthèse ne semble pas indiquée chez l'enfant, elle peut rendre de grands services chez l'adulte, en particulier chez les malades qui, pour des raisons sociales, ne peuvent être traités par l'immobilisation pendant des années. Les publications de Patel, Paître, Imbert et Paoli, Creyssel sont favorables à son emploi chez l'adulte. Imbert et Paoli, sur une quinzaine d'opérés, n'ont eu aucune complication. Ils considèrent la méthode comme efficace et dénuée de toute gravité. La thèse de Creyssel conclut dans le même sens. On y trouvera discutées toutes les indications et contre-indications de l'opération. C'est une excellente mise au point de la question.

Cf. — Les paralysies du mal de Pott. (Duguet. *Gaz. des hôpit.*, 16 et 18 juin 1925, n° 48, p. 722.)

Diagnostic radiographique des abcès prévertébraux du mal de Pott cervical par le refoulement de la colonne claire aérienne. (E. Sorrel et G. Mauric. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, nov. 1925, t. IX, n° 1, p. 497, 10 fig.)

Greffe d'Albee pour un mal de Pott dorso-lombaire. (PATEL et CREYSSEL. *Soc. de chir. de Lyon*, 18 juin 1925.)

Greffe d'Albee pour un mal de Pott cervical inférieur. (BÉRARD. *Id.*)

Résultat éloigné d'un Albee total du cou pour mal de Pott cervical. (SANTY. *Id.*)

Paraplégie pottique par abcès froid consécutive à une opération d'Albee. Guérison spontanée par évacuation de l'abcès dans l'intestin. (FROMENT, P. DELORE et JOUVE. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 9 juin 1925.)

Les faux maux de Pott.

Sur une affection particulière de la colonne vertébrale chez un enfant, simulant le mal de Pott (ostéochondrite vertébrale, vertebra plana). (J. CALVÉ. *Journ. de radiol. et l'électroth.*, Paris, t. IX, n° 1, janv. 1925, p. 22-27.)

Epiphysite vertébrale : une cause de difformité du rachis. (J. BUCHMAN. *Journ. of bone and Joint surg.*, vol. VII, n° 4, 1925, p, 814.)

Etude sur l'épiphysite vertébrale de croissance. (ZÉRAH. *Th. de Paris*, 17 mars 1925.)

Contribution à l'étude des faux maux de Pott. Les spondylites de croissance. (BOURDEL. *Th. de Bordeaux*, 1924-1925.)

Spondylite de croissance simulant un mal de Pott. (M. FROELICH. *Soc. méd. de Nancy*, 13 mai et 27 mai 1925.)

Aspect radiographique de la spondylite consécutive au typhus exanthématique et à la fièvre récurrente. (L. V. HOLST [de Moscou]. *Zeitsch. fur orthop. chir.*, 1925, t. XLVI, fasc. 3, p. 321 à 372, 12 fig.)

Compression de la moelle et de ses racines par ostéoarthrite hypertrophique. (H. L. PARKER et A. W. ADSON [de Rochester]. *Surgery, gynec. and obst.*, t. XLI, n° 1, juillet 1925.)

L'ostéochondrite vertébrale juvénile. (MARIO DONATI) [de Padoue], et **Sur la cyphose de l'adolescence.** (professeur PICRO CALAGI) [de Florence] au *XVIe. Congrès de la Soc. ital. d'orthop.* (Rome, 24 octobre 1925.) Discussion : professeurs MARAGLIANO [de Gênes], GALEAZZI [de Milan], DELITALA [de Venise], BARGELLINI [de Turin], P. VALTANCOLI [de Bologne], UGO CAMERA [de Turin].

Diagnostic des tumeurs rachidiennes : forme pseudo-pottique; radio-lipiodol. (J.-A. SICARD et L. LAPLANE. *Presse méd.*, n° 3, 10 janv. 1925, p. 33-36, 2 fig.)

Compression de la moelle. Sur la forme pseudo-néoplasique du mal de Pott. De l'absence des signes radiologiques dans le mal de Pott de l'adulte. Compression de la moelle et réflexes hyperalgiques. (MM. Clovis VINCENT et Jean DARQUIER. *Soc. de neurol.*, 8 janv. 1925; *Revue neurol.*, 32e année, t. I, n° 1, janv. 1925, p. 100 à 113, 6 fig.)

Forme pseudo-pottique cervicale de la névraxite épidémique. Les hypertonies parkinsoniennes localisées. (J. A. SICARD. *Soc. de neurol.*, 4 mars 1926; *Revue neurol.*, 33e année, t. I, fasc. 3, mars 1926, p. 329.)

Pseudo-mal de Pott sous-occipital d'origine rhumatismale. (MOURIQUAND, BERTOYE et CHARLEUX. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 10 fév. 1925. Discussion : BONNAMOUR, PALLASSE, GALLAVARDIN.

Il se passe actuellement pour le rachis et le mal de Pott, ce qui s'est passé il y a quelques années pour la hanche et la coxalgie : l'interprétation de plus en plus serrée des radiographies, en même temps que les progrès de la qualité des épreuves, l'exploration au lipiodol, permettent peu à peu d'isoler une série de faux maux de Pott jusque-là inconnus.

J. Calvé dans deux observations (une personnelle, une de Brockett de Boston) a observé chez deux garçons de deux ans et demi et de sept ans une lésion du corps vertébral qui est aplati, lamellaire, plus dense, avec intégrité des disques. La réaction à la tuberculine est négative. Il ne s'agit pas de M. de Pott mais d'une infection légère comme dans la scaphoïdite tarsienne.

Mais c'est surtout à l'adolescence entre onze et vingt ans au moment de l'ossification des points complémentaires du corps vertébral que l'on voit se produire des poussées douloureuses avec production par affaissement de la partie antérieur du corps vertébral de vertèbres cunéiforme d'où cyphose rigide. C'est l'affection décrite depuis longtemps par Schanz, puis Scheuermann sous le nom de cyphose des apprentis. Scheuermann en a bien décrit les aspects radiographiques : fragmentation du noyau, aspect tigré rappelant celui de l'ostéochondrite.

Cette cyphose dorsale paraît favorisée par les travaux de force sur des sujets trop jeunes.

Elle a été décrite à nouveau au Congrès d'orthopédie italien par Donati et par Palazi, qui avec Valtancoli rapprochent l'affection de l'ostéochondrite. Cette assimilation a été combattue par les autres orateurs qui ont proposé des origines diverses. La pathogénie reste obscure.

Mais à côté de cette cyphose dorsale à grand rayon des adolescents, on peut observer, sans aucun affaissement rachidien, des poussées douloureuses du rachis, de la contracture, simulant un mal de Pott. La durée peut être de plusieurs mois et en même temps on observe une augmentation de la taille. Telles les trois observations que nous avons rapportées à la Société de pédiatrie en 1922 (séance du 21 novembre), reproduites dans la Thèse de Delahaye (1923). Depuis E. Sorrel et A. Delahaye (*Presse méd.*, 10 sept. 1924), ont décrit ce syndrome. J. Buchman, M. Froelich en apportent de nouvelles observations et Bourdel, puis Zerah en ont fait le sujet de leur thèse. Ces épiphysites de croissance du rachis doivent être très fréquentes comme celles de la hanche et du genou, mais tandis que ces dernières s'observent entre cinq et dix ans, au rachis c'est entre onze et vingt et un ans que l'on observe le syndrome.

Enfin Parker et Adson ont observé chez plusieurs malades un syndrome de compression médullaire et radiculaire rappelant un mal de Pott ou une tumeur médullaire. Ils sont intervenus et ont trouvé des masses osseuses attenant à l'arc postérieur et aux apophyses articulaires et dont l'ablation a fait disparaître les symptômes.

Au fur et à mesure que les modes d'exploration du rachis et de la moelle se précisent (lipiodol rachidien), la fréquence des tumeurs médullaires observées augmente, le professeur Sicard insiste sur ce fait qu'elles présentent un grand polymorphisme symptomatique. Avec Laplane il précise une forme pseudo-pottique se traduisant par de la contracture rachidienne et des douleurs. La difficulté s'accroît du fait que comme E. Sorrel, puis Cl. Vincent l'ont raconté, le mal de Pott, même avec compression rachidienne, peut exister sans signes radiographiques.

Mais il existe des différences cliniques : Cl. Vincent a insisté sur la différence de la rigidité diffuse à tout le rachis dans la tumeur médullaire, limitée à un segment dans le mal de Pott; les troubles sensitifs sont constants (Cl. Vincent), les douleurs sont augmentées par le décubitus (J.-A. Sicard et L. Laplane). Mais c'est surtout l'examen du liquide céphalo-rachidien et l'exploration au lipiodol qui assureront le diagnostic.

Tout récemment le professeur Sicard a montré que à la suite de l'encéphalite épidémique on pouvait observer des contractures douloureuses qui simulent le mal de Pott. MM. Barré, Cl. Vincent ont observé des cas analogues. Il faut remarquer que chez ces malades ni les douleurs ni la contracture n'ont été atténuées par le port de minerves plâtrées mises par erreur.

MM. Mouriquand, Bertoye et Charleux ont aussi rapporté à la Société de médecine de Lyon le cas d'un enfant de huit ans qui, au cours d'un rhumatisme aigu, présenta tous les signes fonctionnels d'un mal de Pott sous-occipital pendant trois mois. Un traitement intensif par la salicylate de soude (6 à 8 grammes) fit disparaître tous les symptômes.

Dans un important travail Holst réunit 56 observations de spondylites consécutives au typhus exanthématique et à la fièvre récurrente. Début par des douleurs violentes vingt-quatre à cinquante jours après la fin de l'affection, parfois après un trauma. Le siège est presque toujours la région lombaire supérieure. Il s'agit d'une lésion du corps vertébral avec destruction du disque, rapide ankylose par périspondylite ankylosante. La guérison est la règle. Somme toute aspect et évolution analogues à la spondylite typique.

Le cancer du rachis et les aspects « para-cancéreux » : vertèbres opaques et ostéite condensante vertébro-coxale.

Aspects Radiologiques du cancer vertébral. (Sicard, Belot, Coste, Gastaud. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. IX, n° 8, août 1925, p. 353-382, avec XXXII planches.)

Le cancer vertébral. (F. Coste. *Th. de Paris*, 1925.)

Tumeurs primitives des vertèbres à cellules géantes (myéloplaxes). (Dean Lewis. *The. J. of. the Amer. Med. Assoc.*, vol. LXXXIII, n° 16, 18 oct. 1924, p. 1224-1229, 4 fig.)

Vertèbre « d'ivoire » dans un cas de cancer métastatique de la colonne vertébrale. (MM. Souques, Lafourcade et Terris. *Soc. de neurol.*, 6 nov. 1924. *Revue neurol.*, janv. 1925, p. 3; discussion : Schaeffer, Babinski.)

Vertèbres cancéreux et paracancéreux, aspects radiologiques, vertèbre blanche, noire, pannelée. (Sicard, Haguenau, Coste. *Soc. de neurol.*, 4 déc. 1924. *Revue neurol.*, janv. 1925, p. 60.)

Ostéomalacie paracancéreuse et ostéomalacie sénile. (Clovis Vincent et Giroire. *Soc. de neurol.*, 8 janv. 1925. *Revue neurol.*, janv. 1925, p. 66.)

Vertèbre opaque cancéreuse. Examen histologique. (Sicard, Haguenau, Coste. *Soc. de neurol.*, 5 fév. 1925.)

Un cas de vertèbre en ivoire. (Crouzon, Blondel et Neuzinger. *Revue neurol.*, 2 avril 1925. *Revue neurol.*, avril 1925, p. 447.)

Sur un cas de « vertèbre opaque ». (A. Léri et F. Layani. *Soc. de neurol.*, 7 mai 1925. *Revue neurol.*, juil. 1925, p. 200.)

Sur un cas de vertèbre noire. (Nové-Josserand, Contamin et A. Rendu. *Soc. de chir. de Lyon*, 28 mai, *Lyon chir.*, sept. 1925, p. 745-747.)

Ostéites condensantes coxales et vertébro-coxales. (Sicard, Gally et Haguenau. *Soc. de neurol.*, 4 fév. 1926. *Revue neurol.*, fév. 1926, p. 194.)

Vertèbres opaques et ostéites condensantes coxales et vertébro-coxales. (Sicard, Haguenau, Lichwitz. *Revue neurol.*, mars 1926, p. 309.)

Ostéites condensantes. (Sicard et Gally. *Soc. de neurol.*, 4 mars 1926. *Revue neurol.*, mars 1926, p. 326.)

Sous l'impulsion de M. le professeur Sicard, des travaux très importants sur le cancer vertébral ont été publiés, en première ligne l'article de MM. Sicard, Coste, Belot et Gastaud sur les aspects radiographiques du cancer vertébral, et la thèse de Coste. Celle-ci constitue un exposé très complet des données étiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques des tumeurs vertébrales; travail d'une telle importance qu'il ne peut être analysé ici et que nous ne pourrons que conseiller de s'y reporter directement.

Pour le magistral travail de MM. Sicard, Coste, Belot et Gastaud on en trouve l'analyse dans la *Gazette des hôpitaux* du 21 avril 1926, p. 509.

Ces deux travaux sont accompagnés de planches radiographiques très belles qui constituent une véritable iconographie du cancer vertébral.

Depuis deux ans la radiographie a montré qu'on pouvait observer sur le rachis un aspect très spécial : un corps vertébral, sans changer de forme, de volume, sans lésions des disques, peut se présenter comme absolument opaque aux rayons, vertèbre « d'ivoire » sur les négatifs, vertèbre « d'ébène » sur les positifs.

Les premières observations de MM. Souques, Lafourcade, et Terris, puis de Sicard, Haguenau, Coste ont attribué cet aspect très particulier au cancer secondaire du rachis. En fait les examens histologiques sont venus confirmer cette donnée. Cependant dans un cas de M. Sicard chez une malade cancéreuse, le professeur Roussy n'a pas trouvé de lésions néoplasiques dans la vertèbre incriminée ; faut-il dans ce cas admettre une lésion paracancéreuse? Depuis le même aspect a été retrouvé chez des malades ne présentant pas de cancer vertébral : MM. Vincent et Giroire l'ont trouvé dans un cas d'ostéomalacie sénile, M. Crouzon sur un malade atteint de bacillose torpide, M. Léri chez un malade syphilitique, M. Nové-Josserand chez un homme souffrant du dos depuis quarante-neuf ans et ne présentant pas d'autre lésions que cette vertèbre « opaque ». Il semble donc qu'il s'agisse d'un aspect radiographique pouvant être déterminé par des causes diverses; la question reste à l'étude. Elle vient de se compliquer encore. Non seulement la vertèbre opaque peut se rencontrer en dehors des états cancéreux, mais MM. Sicard, Gally, Haguenau, Lichwitz ont montré que, à la suite de traumatismes du rachis, chez des malades se plaignant de douleurs persistantes lombaires, lombo-fessières, douleurs exagérées par le repos au lit et la marche, la radiographie décèle une ostéite condensante portant sur une ou deux vertèbres lombaires (vertèbres opaques) et aussi sur les os coxaux (ailes iliaques, cavité cotyloïde). L'injection profonde, au contact de l'os, de lipiodol donne des guérisons. Jusqu'ici la pathogénie de ces ostéites condensantes vertébro-coxales reste inconnue.

Cf. — Diagnostic radiographique du cancer secondaire du rachis. (Clément. *Th. de Bordeaux* 1924-25.)

Anatomie pathologique dans un cas de cancer métastatique de la colonne vertébral. (Souques et J. Bertrand. *Soc. de neurol.*, 2 juil. 1925.)

Le cancer secondaire du rachis. (professeur V. H. Roger (de Marseille). *Marseille méd.*, 15 fév. 1925.)

MEMBRE INFÉRIEUR. — HANCHE

Luxation congénitale.

Remarques sur le diagnostic et le traitement des luxations congénitales de la hanche. (M. Lance. *Journ. méd. franç.*, janv. 1925, t. XIV, n° 1, p. 19-26, 14 fig.)

Etude des troubles observés dans les luxations congénitales invétérées de la hanche. (M. Lance. *Gaz. des hôpit.*, 7 et 9 juillet 1925, n° 54, p. 881.)

Constitution d'une butée ostéoplastique dans les luxations et subluxations congénitales de la hanche. (M. Lance. *Presse méd.*, 15 juillet 1925, n° 56.)

Le traitement palliatif des luxations congénitales invétérées de la hanche. (M. Lance. Rapport à la *VIIe Réunion annuelle de la Soc. franç. d'orthop.*; discussion : E. Kirmisson, Mauclaire, Gourdon, Maffei (de Bruxelles), Nové-Josserand, Froelich, Cayre et Roederer, C. Ducroquet et R. Ducroquet, Vignard et Lance, in *Revue d'orthop.*, nov. 1925, n° 6, p. 556-633; voir analyse in *Gaz. des hôpit.*, 24 oct. 1925, n° 85, p. 1377-1378.)

Le traitement chirurgical des subluxations congénitales douloureuses de la hanche chez l'adulte. (M. Lance. *XXXIVe Congrès de l'Assoc. franç. de chir.*, 10 oct., *Bulletin*, p. 745-750.)

Si le diagnostic de la luxation congénitale de la hanche était fait d'une façon précoce, et la clinique, la radiographie en fournissent les moyens, si les médecins étaient bien pénétrés de cette vérité que c'est de bonne heure, vers deux ans, deux ans et demi (dès que l'enfant est suffisamment propre), que le traitement donne les résultats les meilleurs, la reconstitution anatomique de la hanche, on n'aurait pas à s'occuper du traitement des luxations invétérées car toutes les luxations congénitales de la hanche guériraient.

Il n'en est pas malheureusement ainsi, et actuellement nous avons trop souvent encore à traiter des luxés de la hanche irréductibles, ou réduits âgés avec des résultats incomplets, et qui viennent trouver l'orthopédiste parce qu'ils souffrent (luxations antérieures bien appuyées) ou parce que la marche ou la station debout sont rapidement fatigantes pour elles (luxations postérieures mal appuyées).

A côté de ces luxations on peut aussi voir des subluxations de la hanche existant, soit à l'état isolé, soit associées à une luxation complète du côté opposé (33 p. 100 des hanches « saines » dans la luxation unilatérale d'après Frœlich). Ces subluxations donnent lieu à l'adolescence ou chez l'adulte à des crises douloureuses simulant la coxalgie.

Autant de cas dans lesquels jusqu'ici la thérapeutique s'était montrée de peu de secours. Après les travaux que nous énumérons ci-dessus, on peut dire qu'il n'en est plus ainsi.

Lance a bien mis en valeur ces deux faits qui se complètent mutuellement :

1° Les troubles douloureux sont dus à l'insuffisance de l'appui osseux du fémur sur le bassin;

2° La reconstitution d'un appui osseux suffisant fait disparaître les phénomènes douloureux.

Et il propose pour la constitution de cet appui osseux une technique opératoire bien réglée et qui maintenant a fait ses preuves sur un nombre déjà important de malades :

1° Dans les subluxations et dans les luxations réductibles mais « incoercibles », réduction dans la partie inférieure du cotyle par abduction forcée du membre et reconstitution d'un « toit cotyloïdien » par un lambeau osseux iliaque doublé de greffons de Delagénière.

2° Dans les luxations antérieures irréductibles, ou dans les postérieures après transposition dans la partie antérieure de la fosse iliaque, constitution d'un butoir osseux formant auvent au-dessus de la tête fémorale abaissée au maximum dans la fosse iliaque.

3° Dans les formes postérieures irréductibles où la transposition est impossible, l'ostéotomie basse avec appui pelvien donnera encore une amélioration certaine.

Donc dans tous les cas l'impotence peut être diminuée, les douleurs supprimées.

Cf. — Présentation d'une malade atteinte de luxation congénitale invétérée de la hanche traitée par une butée ostéoplastique. (LANCE. *Soc. de pédiatrie*, 17 mars 1925.)

Id. (OMBRÉDANNE. *Soc. de chir.*, 1er juillet 1925.)

Id. (OMBRÉDANNE. *Soc. de chir.*, 8 juillet 1925.)

De l'ostéotomie sous-trochantérienne dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche. (FROELICH. *Revue d'orthop.*, juillet 1925, n° 4, p. 309-336).

Coxalgie.

Traitement orthopédique de la coxalgie chez l'enfant. (J. CALVÉ [de Berck]. *Journ. méd. franç.*, t. XIV, n° 1, janv. 1925, p, 26-32, 10 fig.) — Après la disparition des symptômes d'ostéo-arthrite tuberculeuse, la coxalgie entre dans sa phase orthopédique. La *restitutio ad integrum* est l'exception. L'ankylose osseuse, est très rare chez l'enfant car la destruction osseuse est souvent étendue. C'est l'ankylose fibreuse qui est la règle, et si la destruction osseuse a été étendue il en résulte un pseudarthrose intracotyloïdienne. Ces branches sont prédisposées aux déviations secondaires, aux douleurs par position vicieuse, et à l'exagération de la boiterie par position antalgique.

Les hanches stables ankylosées en bonne attitude sans grand raccourcissement ne réclament aucun traitement. Si le raccourcissement est considérable on peut envisager le raccourcissement du membre sain.

Les hanches instables présentant une attitude vicieuse sont justiciables de l'ostéotomie sous-trochantérienne. En présence de hanches instables, douloureuses, on a tenté divers procédés de fixation opératoire au moyen de greffons passant à travers le trochanter et se fixant au bassin (Maragliano).

Coxa flecta. Traitement par la réinfraction et par la transplantation du moyen fessier. (L. LAMY. *Journ. méd. franç.*, t. XIV, n° 1, janv. 1925, p. 32-36, 8 fig.) — Dans cet article on trouve décrite la technique de réinfraction du col fémoral dans la coxa vara telle que Lorenz la pratique. Le procédé peut dans les cas anciens être complété par l'opération pratiquée par Veau et Lamy (*Bull. de la Soc. de pédiatrie.* 17 oct. 1922. De la transplantation du moyen fessier sur la diaphyse fémorale).

Cf. — Coxa vara de l'adolescence. (F. C. KIDNER. *Journ. of bone and Joint surg.*, avril 1925.)

Ostéochrondrite coxa plana.

La coxa-plana. (P. INGELRANS. *Th. de Lille*, 1924, 300 pages.)

La coxa-plana dans sa forme définitive. CAMURATI. *Chir. di org. di mov.*, vol. IX, fasc. 5, p. 213-228.)

Considérations sur l'étiologie de la coxa-plana. (DELITALA. *Chir. di org. di mov.*, vol. IX. fasc. 3, p. 309-319, *Id.*, p. 730.)

Arthrites déformantes de la hanche avec aplatissement de la tête fémorale chez les adultes ayant eu des poussées d'arthrite dans leur enfance (coxa-plana). (MAUCLAIRE. *Soc. de chir.*, 3 juin 1925, bulletin, t. LI, n° 20, p. 674.)

L'ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse supérieure du fémur (cas suivi pendant trois ans). (M. MEYER et D. SICHEL (de Strasbourg). *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. IX, n° 4, avril 1925.)

Quelques considérations sur la pathologie de la hanche. (P. FEUTELAIS (du Mans). *Gaz. med. du centre*, 15 janv. 1925, p. 15-21.)

A propos des coxapathies. (CHAVANNAZ et RADOIELITCH. *Journ. de med. de Bordeaux*, 10 sept. 1925.)

Lésions acétabulaires dans l'ostéochondite de la hanche. CHANARD. *Revue d'orthop.*, nov. 1925, n° 6, p. 517-527.)

Ostéochondite de la hanche et coxa vara. (T. BELLANDO, RANDONE et J. M. REVIGLIO. *Revue d'orthop.*, juil. 1925, n° 4, p. 337.)

Les coxarthries chez l'adulte. (Robert MERKLEN. (Aix-les-Bains). *Th. de Paris*, 1925.)

Les travaux sur les lésions de hanche se sont multipliés et si l'on s'en tient à l'étude des aspects radiographiques la question reste complexe et très embrouillée. Elle s'éclaire au contraire singulièrement si on veut bien ne pas s'en tenir aux classifications radiographiques (coxa plana, coxa flecta, etc.), qui rangent dans le même cadre les lésions les plus hétéroclites, et si l'on étudie les différents types cliniques bien établis actuellement.

Un certain nombre de faits semblent bien acquis et ressortent des travaux que nous citons.

1° La coxalgie est certes beaucoup plus rare que nous le pensions autrefois.

2° Il existe, on le sait depuis longtemps, des subluxations congénitales de la hanche, mais, malgré les exagérations évidentes de M. Calot, elles restent rares. La grande majorité tout ou moins guérit spontanément sans laisser de traces comme il ressort des études de Le Damany, Saiget, Froelich.

3° A côté des subluxations congénitales et en dehors d'elles il existe toute une série de lésions de croissance de la hanche, des épiphysites lésions fréquentes, pouvant affecter des formes épiphysaires, cervicales, acétabulaires. Ces troubles de l'ossification peuvent ne pas s'accompagner de fragmentation du noyau épiphysaire et aboutir comme dans le cas de Bellando Randone et Reviglio à la coxa-vara. Ce n'est pas de l'ostéochondrite vraie.

Il existe, chez les garçons spécialement, entre cinq et huit ans un type spécial de trouble d'ossification, se traduisant par la fragmentation du noyau épiphysaire, la reconstitution se fait rarement de manière complète, tous les cas authentiques, suivis à distance, se terminent par une forme spéciale d'arthrite déformante de la hanche.

Ce trouble spécial d'ossification ne s'observe pas seulement à la hanche. Des lésions analogues ont été signalées à la colonne vertébrale (points complémentaires du corps entre douze et quinze ans), au niveau de la branche ischio-pubienne (Valtancoli et Delitala, *XVe Congrès de la soc. ortop. ital.*, Milan, 24-25 octobre 1924.) Au genou (Calandra, *XVe Congrès de la soc. ital d'orthop.*, Milan 24-25 octobre 1925.) A la clavicule (FRIEDRICH. *Deutsch. zeit. für Chir.*, octobre 1924), on a signalé la coïncidence d'une ostéochondrite de la hanche, et d'une scaphoïdite tarsienne chez le même malade [T.-J. Lane (de Dublin), *Lancet*, 23 août 1924, p. 369-370]. Enfin la maladie de Kohler du deuxième métatarsien qui a fait couler tant d'encre de l'autre côté du Rhin semble bien se réduire comme l'a montré G. Moutier (*Revue d'orthop.*, mai 1925, p. 235) à une épiphysite métatarsienne avec fragmentation du noyau épiphysaire, puis aplatissement, et enfin arthrite déformante, tous les stades de l'ostéochondrite de la hanche.

4° A côté des subluxations, des épiphysites, il existe d'autres lésions déformantes de la hanche chez l'adulte jeune. Léri les a bien étudiées sous le nom de coxopathies, et on en trouve une description très complète dans la thèse de Robert Merklen. Beaucoup de « sciatiques » sont en réalité de cause articulaire. Ces coxopathies évoluent soit isolément, soit associées à d'autres lésions (arthrites sacro-iliaques, lombarthries), ou bien elles rentrent dans le cadre d'un rhumatisme articulaire généralisé.

Cf. — A propos des coxopathies. (CHAVANNAZ et RADOIELITCH. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 sept. 1925.)

Tumeur blanche du genou.

Traitement de la tumeur blanche du genou à partir de l'âge adulte. (Rapport, M. FREDET [de Paris]).

Traitement de la tumeur blanche du genou à partir de l'adolescence. (Rapport, M. VIGNARD [de Lyon] et discussion, *XXXIVe Congrès de l'Assoc. franç. de chir.*, voir *Gaz. des hôpit.*, 17 et 21 oct. 1925, nos 83 et 84, compte rendu.)

Résection du genou pour arthrite tuberculeuse. Indications. Technique (double scie). Appareillage de précision. (J. CALVÉ et M. GALLAND [de Berck]. *Marseille méd.*, 15 juin 1925, n° 17, p. 1023-1026, 8 fig.)

La résection « en escalier » du genou. (M. SEGRE. *Arch. di ortop.*, vol. XI, fasc. 2, p. 278.)

Courbures rachitiques des os des membres inférieurs.

De la correction par ostéotomie des déformations des membres inférieurs et en particulier des déformations rachitiques. (E. SORREL [de Berck]. *Journ. méd. franç.*, janv. 1925, t. XIV, n° 1, p. 14-19, 20 fig.)

Traitement chirurgical des déviations rachitiques des membres inférieurs. (J. SILHOL. *Marseille méd.*, 15 juin 1925, n° 17, p. 998-1003.)

Ostéotomies multiples dans le traitement des courbures rachitiques graves du tibia. (SACCO. *Chir. di org. di mov.*, vol. IX, fasc. 1 et 2, p. 189.)

Contribution à la correction des courbures rachitiques graves de la jambe par l'ostéotomie segmentaire selmspringer. (PIERI. *Chir. di org. di mov.*, t. IX, fasc. 1 et 2, p. 97.)

Dans les déformations rachitiques des membres inférieurs avec courbures très marquées, lorsque du fait de l'âge on n'a plus l'espoir de voir un redressement spontané se produire, lorsqu'il est démontré par l'aspect radiographique que le processus rachitique n'est plus en activité on est d'accord pour préconiser le redressement par ostéotomie.

Au fémur où la courbure est le plus souvent un genu valgum, l'ostéotomie transversale simple suffit le plus souvent, rarement l'ostéotomie cunéiforme est indiquée, exceptionnellement l'ostéotomie transcondylienne verticale (opération d'Ogston).

Mais au tibia les déformations sont bien plus complexes. Souvent l'angulation est brusque et s'accompagne d'une torsion dans les trois plans : une ostéotomie transversale ou même cunéiforme ne suffit plus. Sorrel dans ces cas pratique l'ostéotomie modelante : ostéotomie transversale à la scie électrique, ostéoclasie du péroné, puis avec deux fraises spéciales une extrémité du tibia est creusée en cupule, l'autre arrondie ; elles peuvent s'articuler en genouillère et la correction de la déformation, quelle qu'elle soit, peut être effectuée. Mais si les courbures sont multiples, il faut plusieurs séances successives pour redresser et chaque ostéotomie fait perdre de la longueur à l'os.

Springer au Congrès allemand de chirurgie de 1920 et Putti (de Bologne) à la même époque ont employé un procédé identique qui permet de procéder à la correction en une séance sans perte de longueur du membre.

Après avoir isolé la gaine périostique, on découpe à la scie circulaire la portion de diaphyse incurvée en rondelles de 1 centimètre d'épaisseur. On replace ces disques superposés dans la gaine périostique et on redresse. Si, comme le montre Sacco, on pratique les sections selon les rayons de la courbure et qu'on inverse un des disques sur deux, on obtient un redressement parfait sans aucune perte de substance.

Cette méthode s'applique mal au fémur (périoste trop mince) et donne au tibia des résultats excellents entre quatre et six ans.

Pied bot.

Les indications dans le traitement du pied bot varus équin congénital. (L. OMBRÉDANNE. *Journ. méd. franç.*, janv. 1925, t. XIV, n° 1, p. 2-4.)

Thérapeutique orthopédique des pieds bots chez l'enfant. (C. et R. DUCROQUET. *Journ. méd. franç.*, id., p. 4-13, 25 fig.)

Ces deux articles constituent une mise au point de l'état actuel du traitement des pieds bots.

Dans le premier on trouvera surtout discutées les indications des diverses opérations sanglantes.

Le second, accompagné d'une iconographie abondante, montre les beaux résultats que peut obtenir un traitement non sanglant bien conduit.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Rétraction ischémique de Volkmann.

Guérison au moyen d'un appareil à tourniquet. (MASSABUAU et GUIBAL. *Revue d'orthop.*, janv. 1925.)

Traitement par les appareils à tourniquet. (SAUTRIAU. *Th. de Lyon*, 1924-1925.)

Contribution à l'étude du redressement de la griffe dans le syndrome de Volkmann par les tractions non élastiques. (APOLINARIO. *Th. de Montpellier*, 1924-1925.)

Paralysie ischémique de Volkmann guérie par le redressement progressif. (FROELICH. *Soc. de méd. de Nancy*, 25 fév. et 11 mars 1925.)

Rétraction ischémique de Volkmann. (JORGE [de Buenos-Aires]. *Soc. de chir.*, 31 oct. 1925, rapport de A. Mouchet, *Bulletin*, p. 884-887.)

Lorsque la myosite scléreuse des fléchisseurs des doigts qui constitue l'aboutissant de la maladie est constituée, la seule thérapeutique efficace est constituée par le raccourcissement des os de l'avant-bras (opération de Veau, Hallopeau, Ombrédanne).

Mais si l'on assiste aux débuts des accidents la thérapeutique peut être toute autre.

M. José Jorge (de Buenos-Aires), dans un cas, a pratiqué l'aponévrotomie antérieure des fléchisseurs, opération de décompression. Puis on pratiquera l'extension forcée des doigts. On a tout d'abord utilisé la méthode des tractions élastiques de Claude Martin (de Lyon). Actuellement, sous l'influence de Nové-Josserand (de Lyon) et de Lucien Michel, on tend à y substituer la traction progressive très puissante réalisée par une extension avec des cordes tendues par des tourniquets. Cette méthode a donné de beaux succès à Lucien Michel, Massabuau et Guibal, Frœlich. On en trouvera la technique détaillée exposée dans les thèses de Sautriau et Apolinario.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 4 JUIN 1926)

Des positions anormales de l'appendice au cours de l'appendicectomie. — M. PÉRAIRE étudie toutes les positions anormales que peut prendre ainsi l'appendice : sous le foie ; accolé à l'utérus et aux annexes ; dans la fosse iliaque gauche. Plus rares encore sont les appendices plongés complètement dans le petit bassin. Il rapporte un cas d'appendicite aiguë de cette dernière variété, où le cæcum et l'appendice étaient tordus.

Cure d'une large éventration latérale par transplantation d'un lambeau du grand dorsal. — M. DUPUY DE FRENELLE décrit la technique qu'il a suivie dans cette myoplastie du grand dorsal faite pour parer à la disparition des muscles obliques survenue à la suite d'une opération ancienne d'appendicite à chaud, chez un obèse.

Cancer du rein avec hydro-uretère donnant un syndrome pelvien. Néphrectomie. Guérison. — M. CATHELIN communique ce cas de diagnostic difficile. Hématuries ; mais pas de tumeur de l'hypocondre et syndrome douloureux de la

fosse iliaque droite qui fit penser en particulier à un calcul de l'uretère pelvien que la radiographie ne montra pas.

A l'opération, cancer du rein avec gros hydro-uretère, de coloration bleu foncé, avec torsion partielle.

Fractures de la base du premier métacarpien (douze cas personnels). — M. Bressot (de Constantine) étudie ces fractures, d'après une belle série de douze cas observés par lui en moins de trois ans.

Fractures relativement rares : Imbert et Cattalorda (*Presse méd.*, juin 1923) n'avaient pu en réunir que dix-neuf cas, dont cinq personnels.

L'auteur insiste, comme cause, sur le choc en hyperabduction et hyperextension.

Il a trouvé quatre fractures intraarticulaires (fractures de Bennett), cinq extraarticulaires transversales; deux extraarticulaires obliques et une fracture de Rolando.

En se basant sur leur similitude au point de vue symptomatologie et pronostic, il rattache les extraarticulaires obliques aux intraarticulaires, fractures avec déplacement; et les oppose aux fractures extraarticulaires transversales, sans déplacement.

Luxation totale du métatarse en dehors. — M. Trèves montre un malade qui a présenté cette lésion à la suite d'une chute sur l'avant-pied. La radiographie indiquait, en outre, un diastasis entre les deux premiers métatarsiens et cunéiformes et une fracture oblique avec angulation du deuxième métatarsien. Réduction sous anesthésie, en exagérant d'abord la déformation pour faire bâiller les interlignes; puis, par traction directe; plâtre en hypercorrection. Immobilisation absolue pendant un mois; marche au bout de deux mois. Résultat excellent.

Utérus bicorne double avec vagin cloisonné. — M. Hautefort présente ce cas d'anomalie utérine : deux corps distincts, prolongés chacun par sa trompe et son ovaire; mais soudés sur toute la hauteur des cols. Dans leur portion vaginale, les deux cols sont distincts, et séparés par une cloison vaginale qui s'étend jusqu'à la vulve.

Cette variété d'anomalie doit être distinguée de l'utérus didelphe dans lequel les cols sont séparés.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXERCICE ILLÉGAL

M. Poitou-Duplessy, député, demande à M. le ministre de la Justice : 1° quelles suites sont données aux plaintes nombreuses et aux perquisitions opérées pour réprimer l'exercice illégal : *a.* de la médecine dentaire; *b.* de la médecine, par des sujets russes ne possédant pas de diplômes français ou d'équivalence; 2° quel est le nombre des poursuites engagées; 3° s'il existe certaines tolérances; 4° si l'on envisage une régularisation de la situation. (*Question du 18 mars 1926.*)

Réponse. — 1° et 2°. Des renseignements qui ont été fournis par le procureur général de Paris, il résulte qu'une vingtaine d'informations ont été ouvertes au parquet de la Seine contre des médecins de nationalité russe, réfugiés à Paris et qui se livrent à l'exercice de la médecine sans être munis du diplôme français de docteur en médecine. Une seule information a été ouverte contre un dentiste russe pour exercice illégal de l'art dentaire. Aucune décision n'est encore intervenue dans ces diverses affaires, le Syndicat des médecins de la Seine s'occupant actuellement de la situation des médecins russes; 3° on a accordé certaines facilités en vue de l'obtention du grade de docteur en médecine d'Etat à des médecins russes ayant été mobilisés dans les rangs des armées alliées ou ayant rendu des

services à la France pendant la guerre; 4° la question de l'exercice de la médecine en France est réglée par la loi du 30 novembre 1892 et l'on ne saurait en modifier le statut sans envisager des modifications à ladite loi ; aucun projet sur cette question n'est en préparation. (*J. O.*, 10 juin 1926.)

NOTES POUR L'INTERNAT

RÉTRÉCISSEMENT PULMONAIRE [1]

2. La dyspnée et les palpitations existent de façon continuelle ou parosystiques, s'exagérant par les mêmes causes qui exagèrent la cyanose.

3. Troubles de la nutrition. — Il s'agit d'enfants à nutrition *ralentie*, à thorax étroit, avec rachis dévié, *aspect infantile*, doigts en baguettes de tambour, puberté retardée.

4. Troubles digestifs (digestions mauvaises, vomissements).

5. Examen du sang. — Il montre, de façon inconstante, de la *polyglobulie*. Une polyglobulie inférieure à 6 millions est d'un bon pronostic, supérieure à 9 millions d'un pronostic rapidement fatal. (Vaquez et Quiserne.)

Il y a en même temps : *hyperglobulie* et augmentation de l'hémoglobine.

L'hématologie ne semble pas fournir de pathogénie satisfaisante de la cyanose : le mélange des deux sangs, la stase veineuse, le défaut d'hématose, la polyglobulie ne peuvent l'expliquer. (Nobécourt.)

Ces modifications hématologiques sont des *phénomènes de compensation* qui suppléent à l'insuffisance de l'hématose, mais n'expliquent pas la cyanose.

B. **Signes physiques.** — 1. Palpation. — Elle montre un *frémissement cataire* rude, râpeux, *systolique*.

Siège près du sternum, à la partie interne du IIe espace intercostal gauche.

Propagation : vers la clavicule gauche;

Vers la partie supérieure du dos.

Maximum : lorsque le malade est dans le décubitus latéral gauche.

Parfois : frémissement *diffus* traduisant une lésion *complexe* du cœur.

2. Auscultation. — *a.* Elle montre le *souffle systolique*, décrit plus haut.

b. En cas de communication interventriculaire : souffle et frémissement cataire systoliques *plus bas situés* (IIIe espace gauche) et propagés transversalement.

Lorsque les deux lésions coexistent : les *souffles se fusionnent.* « On a l'impression d'un *souffle systolique pulmonaire bas situé.* »

c. Parfois : rien à l'examen du cœur : un seul signe, la cyanose. Dans ces cas, il y a rétrécissement très étendu de l'artère pulmonaire et très large communication interventriculaire.

C. **Radioscopie.** — 1. En cas de rétrécissement *isolé :* les signes que nous avons déjà décrits.

2. En cas d'association avec la communication interventriculaire; on note le développement exagéré des cavités droites, l'*exagération de l'arc moyen*.

Cœur gauche normal (au début), renversement de l'onde R à l'électrocardiogramme (non pathognomonique).

Evolution. Pronostic. — Pronostic toujours très sérieux. Il est fonction de l'*hygiène* du malade, du degré de sténose et de la gêne apportée à l'hématose.

1. Tantôt : *mort dès la naissance* (dans les heures ou les jours suivants).

2. Tantôt : *survie* de un ou deux ans (en cas de cyanose intense, polyglobulie intense et *progressive*).

3. Tantôt survie plus longue (cyanose légère), le sujet pouvant aller jusqu'à l'*âge adulte*.

[1] Fin — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 44, p. 718, et n° 46, p. 751.

La mort survient : par *syncope* (mort subite).

Asystolie (à type d'insuffisance ventriculaire gauche dans le rétrécissement isolé).

Infection *broncho pulmonaire.*

Tuberculose.

DIAGNOSTIC

I. **Positif.** — Le diagnostic de rétrécissement pulmonaire est le plus souvent aisé : se baser sur : le souffle et le frémissement cataire systoliques, associés à la déviation de la pointe vers la gauche, l'existence de pulsations systoliques au foyer pulmonaire, et surtout aux renseignements fournis par l'*orthocardiographie*.

II. **Différentiel.** — **1° A cause du souffle systolique :** éliminer :

a. *Un frottement péricardique.* — Diagnostic facile : le frottement naît et meurt sur place, il est superficiel, sous l'oreille, et apparaît dans des circonstances étiologiques spéciales.

b. *Un souffle extracardiaque.* — Diagnostic facile en cas de souffle anorganique typique, très variable suivant la position du malade, la respiration, les examens successifs.

Diagnostic *délicat* parfois à cause de la *fréquence* de ces souffles, qui sont parfois fort peu variables au foyer pulmonaire. *Donc :* ne pas faire le diagnostic sur la seule existence du souffle. Se baser sur les signes *associés.*

c. *Rétrécissement aortique.* — Propagation différente, mais surtout orthoradioscopie.

d. *Insuffisance mitrale.* — En cas de souffle systolique intense perçu dans toute la région précordiale.

Mais ici, maximum apexien, propagation dorsale plus basse (aisselle et pointe de l'omoplate) et surtout : orthoradioscopie.

2° A cause de la cyanose (en cas de lésion cardiaque complexe) éliminer aisément :

a. En cas de cyanose congénitale.

1. La cyanose avec œdème chez les prématurés.
2. La cyanose des extrémités des myxœdémateux.

Retenir qu'une cyanose congénitale ne reconnaît guère d'autre cause qu'une lésion congénitale du cœur.

b. En cas de cyanose paroxystique.

1. Laryngospasme.
2. Hypertrophie du thymus.

c. En cas de cyanose tardive.

1. Cyanoses symptomatiques des diarrhées profuses, bronchopneumonies.
2. Cyanoses avec splénomégalie et hypoglobulie, etc.

III. **Y a-t-il rétrécissement pulmonaire ou communication interventriculaire ou les deux associés?** — Se baser sur le siège différent et les propagations différentes des souffles. (Vus au cours de cette description.)

Nous savons d'ailleurs que les deux souffles peuvent être fusionnés, ou même qu'il peut n'y avoir aucun signe d'auscultation, lorsque ces lésions sont associées.

IV. **La lésion est-elle congénitale ou acquise?** — Diagnostic souvent délicat, en cas de lésion pure.

Un argument formel en faveur d'une lésion congénitale complexe : la *cyanose.*

Rechercher d'autres malformations (imperforation de l'anus, bec-de-lièvre, spina bifida, etc...),

En résumé. — Affection rare, le rétrécissement pulmonaire existe sous deux grands aspects :

1. L'un congénital, associé le plus souvent à d'autres malformations. Y penser toujours en face d'une *cyanose* intense chez un nourrisson ou un sujet jeune.

2. L'autre *acquis*, relevant de causes mal connues, et aboutissant tôt ou tard à l'*insuffisance des cavités droites* qui apparaît ici en un syndrome particulièrement pur et typique.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Séance du 15 juin. — MM. Chatellier, 18; Aubin, 16; Durand, 18; Miégeville et Truffert, 19; Bouchet, 18; Lanos et Leroux, 17.

Epreuve orale. — MM. Chatellier et Boucher, 18.

Consultation écrite. — MM. Chatellier et Boucher, 30.

Candidats reçus : MM. Boucher et Chatellier.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rochon-Duvigneaud, Morax, Magitot, Terrien, Coutelas, qui acceptent; Lereboullet, Descomps, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Pruvost, Tinel, Brodin, Donzelot, Madier, Portes, qui acceptent; de Gaudart d'Allaines, Gouverneur, Bollack, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 14 juin. — MM. Laplanche, 15 + 8 = 23; Borois, 15 + 7 = 22; Durand, 13 + 7 = 20.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. le docteur Dufour a été nommé médecin résident à l'hôpital Saint-André, en remplacement de M. le docteur Ichon.

— Lyon. — Le concours pour une place de pharmacien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Fouillouze.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal. — M. Coureaud, médecin de 1re classe, en remplacement de M. Gaubin, admis à la retraite.

Au grade de médecin de 1re classe. — M. Bergot, médecin de 2e classe, en remplacement de M. Coureaud, promu.

— Les médecins de 1re classe dont les noms suivent sont autorisés à prendre part aux concours pour les emplois ci-après indiqués qui auront lieu à Brest les 21 juin 1926 et jours suivants :

a. Adjoint au professeur de bactériologie et d'épidémiologie à l'Ecole d'application du Service de santé de la marine à Toulon : MM. Baixe, en service à Toulon; Bideau, en service à Brest.

b. Professeur de pathologie interne et thérapeutique à l'Ecole principale du Service de santé à Bordeaux : MM. Jeanniot et Damany, en service à Lorient.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. (Professeur : M. Henri Claude.) — Un cours complémentaire et de perfectionnement aura lieu à la Clinique neuro-psychiatrique, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe), du 25 juin au 12 juillet 1926, sous la direction du professeur Henri Claude.

Des travaux pratiques (examens cliniques, tests, techniques de laboratoire, etc.) pourront être exécutés pendant la durée du cours.

Des explications complémentaires en langue anglaise et en

langue espagnole pourront être données aux auditeurs qui le désireront.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Targowla, chef de clinique, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Droit d'inscription : 250 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Le docteur P. Le Noir fera, du 19 au 24 juillet, une série de conférences de thérapeutique digestive, tous les matins, à 10 h. 1/2, salle Aran.

Programme. — Traitement de l'hyperchlorhydrie. — Traitement de l'ulcère gastro-duodénal. — Traitement des sténoses gastro-duodénales. — Traitement de l'atonie gastrique et des ptoses abdominales. — Traitement des gastro-névroses. — L'hygiène des dyspeptiques.

Se faire inscrire salle Aran.

HÔPITAL DE LA SANTA CRUZ DE BARCELONE. — Cours de pathologie digestive organisé par le professeur F. Gallart y Monés, médecin de l'hôpital, directeur du dispensaire, en collaboration avec MM. les docteurs A. Aguilar, J. Bartrina, A. Brossa, F. Coma, M. Corachan, E. Fernandez Pellicer, J. Foncuberta, J. Lentini, P. Martinez Garcia, A. Pinos, J. Puig Sureda, A. Pujol y Brull, J. Tarruella, A. Trias Pujol, J. Vilardell.

Ce cours durera approximativement trois mois et commencera le 5 octobre.

Prix de l'inscription : 100 pesetas.

Pour les inscriptions, s'adresser à l'administration de l'hôpital de la Santa Cruz, à Barcelone.

STATISTIQUE MUNICIPALE DE PARIS. — Pendant la 15e décade (21-31 mai 1926) on a enregistré 1.312 décès, au lieu de 1.262 pendant la décade précédente (moyenne 1.170).

Les maladies infectieuses ont causé un nombre de décès inférieur à la moyenne, l'augmentation des décès provient des affections inflammatoires de l'appareil respiratoire, bronchite aiguë et pneumonie.

Le nombre des naissances enregistré a été de 1.441 enfants vivants (738 garçons et 703 filles), la moyenne correspondante de 1925 était de 1.407.

L'ASSOCIATION DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES HÔPITAUX DE MARSEILLE se charge de porter à la connaissance de ses membres les demandes de remplacement et de postes vacants qu'on voudra bien lui signaler.

Ecrire au secrétaire général de l'Association qui centralise les renseignements, M. J. Chosson, 4, rue des Chartreux, Marseille.

ŒUVRE SOCIALE DU BON LAIT (reconnue d'utilité publique). — Pendant le cours de l'année 1925, l'Œuvre sociale du bon lait a contrôlé 183.091 échantillons de lait. Ses analyses lui ont permis de constater qu'auprès de laits donnant jusqu'à 43 grammes (laits très riches), d'autres ne décèlent pas plus de 11 grammes (écrémage ou mouillage). Chacun doit donc veiller.

Tout adhérent à cette Œuvre peut faire faire, annuellement et à titre gracieux, l'analyse de deux échantillons de lait à son laboratoire, 13, rue de Valois.

LES HÉROS SANS GLOIRE. — A LA MÉMOIRE DES MÉDECINS MORTS POUR LA FRANCE. — La librairie Charles-Lavauzelle et Cie publiera dans quelques mois, sous le titre *Les Héros sans gloire*, l'important ouvrage que M. A.-René Brouillhet a consacré à la mémoire des médecins morts pour la France. Dans ce livre, dédié à ces soldats sans panache, se détachent de belles figures épiques, si pures et si grandes qu'on ne sait si elles sont du domaine de la Légende ou de l'Histoire.

Grâce aux documents que l'auteur a pu réunir (« extraits » de journaux de guerre, carnets de route, lettres, notices biographiques et citations), ces fantômes sacrés survivront de la vie ardente et fantastique des demi-dieux.

On peut souscrire dès maintenant à ce magnifique florilège de la médecine française, dont le prix est fixé à 25 francs, à la librairie Charles-Lavauzelle et Cie, 124, boulevard Saint-Germain, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Joseph Teissier, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon et membre associé national de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur; Andrea Navarro Torrens (de las Palmas); Byl (de Saventhem); Nigay (de Vichy), directeur du *Journal de médecine de Paris*; Claudio Sforza, général médecin, ancien inspecteur en chef du corps de santé militaire de l'armée italienne pendant la guerre, décédé à Rome.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 21 AU 26 JUIN 1926)

THESES

Lundi 21 juin. — Jury : MM. Couvelaire, président; Marcel Labbé, Rouvière et Ecalle. — Mme CAO SI TAN (G.). Etude des ruptures spontanées de l'utérus. — Mlle FRADISS. Le diabète insipide (traitement par la rétro-pituitrine). — M. VIALLE. Le tronc axillaire.

Mardi 22 juin. — Jury : MM. Brindeau, président; Cunéo, Duval et Jeannin. — M. STOÏANOVITCH (S.). De la torsion de la trompe saine. — M. OBERTHUR. La gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac. — M. DERANCOURT. Le pronostic des grossesses d'après cinquante cas. — M. JARDIN (R.). Diagnostic de la superfœtation basé sur la radiographie. — M. DENOY. Les interventions conservatrices de l'utérus pendant les six premiers mois de la grossesse. — M. ROBIN (V.). L'hystérectomie et les ligatures dans le traitement de l'infection puerpérale.

Jury : MM. Carnot, président; Claude, Guillain et Rathery. — M. LECCIA (J.). Etude sur le traitement de la lithiase biliaire. — M. NEBOUT (J.). Etude sur le traitement des adénopathies tuberculeuses. — M. VIDACOVITCH (M.). Psychoses alcooliques. — M. LUMIÈRE. La syphilis de l'estomac. — M. CONTAL (P.). Les effets de la ponction lombaire sur la diurèse des diabétiques. — M. LELOUP. Etude de l'oxygénothérapie sous-cutanée. — M. JUBELIN (A.). Etude de la syphilis gastrique.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; Ménétrier, Bernard, Panisset, Petit, Robin, Vallée, Dechambre et Henry. — M. BOSSUT. L'évolution de l'abattoir public. — M. BOUIN. L'élevage du bétail bovin dans la région de Marrakech (Maroc). — M. COUET. Etude sur la tuberculose du chien. — M. BOUSSARD. La prophylaxie de la typho-anémie infectiense des équidés.

Mercredi 23 juin. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Sébileau, président; Gosset, Bourdelle, Coquot et Dechambre. — M. MESNARD. Etude sur la population chevaline des Landes. — M. PLACÉ. Les anomalies dentaires chez le cheval.

RENSEIGNEMENTS

URGENT. — Cause dép. Céd. mon Etablis. Climat. (convient pour conv. repos, etc.), Côte Azur, vue mer, gr. parc, quart. riche, 18 pièces, bail. Prix : 60.000 fr. mob. neuf compris.

Ecr. Dr BRADFORD, 38 *ter*, boul. Littoral-Mourillon, Toulon (Var).

REVUE GÉNÉRALE

LES ANATOXINES

Par Chr. ZŒLLER,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Définition et propriétés des anatoxines. — Une anatoxine est un produit dérivé d'une toxine, et caractérisé par son innocuité pour l'animal et pour l'homme, par sa valeur antigénique, par sa floculabilité, par sa stabilité.

Le principe de préparation des anatoxines, la définition de leurs propriétés fondamentales, le terme même d'anatoxine sont dus à M. G. Ramon de l'Institut Pasteur qui a aperçu d'emblée et exposé dans diverses publications tout l'intérêt qui s'attache à l'étude de ces antigènes nouveaux, à la fois inoffensifs, stables et puissants (1).

L'aldéhyde formique en proportions définies et le vieillissement à l'étuve à 40 degrés tels sont les facteurs sous l'influence desquels une toxine se transforme en anatoxine. Il y faut un délai d'un mois à six semaines.

Le formol n'est d'ailleurs pas la seule substance chimique capable d'effectuer cette transformation. Ramon et Berthelot ont montré que la toxine devient anatoxine sous l'influence de l'acroléïne, de l'aldéhyde crotonique, de l'aldéhyde éthylique, de l'héxaméthylène-tétramine ajoutés en proportions variables à une toxine diphtérique (2).

Le simple vieillissement à l'étuve, prolongé pendant des mois, peut aboutir à la disparition de la toxicité et donne un produit analogue à l'anatoxine, mais dont la valeur antigène est médiocre. La technique de choix reste donc atuellement celle qui fut primitivement employée.

L'innocuité d'une anatoxine est une de ses propriétés essentielles. La toxine primitive n'est pas seulement atténuée; elle a perdu entièrement sa toxicité spécifique. Même à fortes doses l'anatoxine ne doit provoquer chez l'animal aucun des symptômes d'intoxication qui permettent de reconnaître et de définir la toxine dont elle dérive. Est-ce à dire que l'injection d'une anatoxine ne provoque jamais de réaction locale ni générale ? Ceci ne serait pas absolument exact. Nous verrons par exemple que l'injection d'anatoxine diphtérique est suivie chez certains sujets de réactions locales et générales ; mais ce sont là des réactions d'hypersensibilité aux protéines diphtériques, qui ne sont pas des symptômes d'intoxication diphtérique.

L'anatoxine qui a perdu toute trace de toxicité a conservé la *valeur antigénique* de la toxine, c'est-à-dire qu'injectée à l'animal ou à l'homme elle est capable de provoquer l'apparition d'anticorps spécifiques. Ce contraste entre la disparition de la toxicité et la conservation d'une valeur antigène *élevée* est la notion biologique la plus neuve dans la définition des anatoxines; c'est aussi celle d'où dérivent toutes les applications pratiques que nous dirons plus loin. Avant les anatoxines on vivait sur ce préjugé qu'un antigène ne suscite une production intense d'anatoxine que s'il lui reste une pointe de toxicité, seule capable d'entamer pour ainsi dire l'indifférence de l'organisme injecté. C'est en vertu de cette hypothèse que le vaccin antidiphtérique de Behring ou des Américains, mélange de toxine et d'antitoxine, était hyponeutralisé afin de conserver un reste de toxicité utile. L'efficacité relative des mélanges juxta ou hyperneutralisés avait déjà montré que cette toxicité résiduelle n'était pas indispensable. Les anatoxines l'établissent de façon définitive. Désormais l'ère des antigènes atoxiques a succédé à l'ère des antigènes toxiques, de même que les vaccins microbiens à microbes tués ont supplanté les vaccins microbiens atténués (vaccins pastoriens du premier type).

Les anatoxines sont des substances *stables*. Une anatoxine conservée à la glacière ou à la température ordinaire garde ses propriétés fondamentales. Elle est plus résistante aux agents de destruction que la toxine dont elle dérive ; et ceci est vrai plus particulièrement pour l'anatoxine diphtérique qui, chauffée à 70 degrés, ne perd rien de son efficacité alors que la toxine diphtérique est détruite à cette température.

Enfin l'anatoxine ou la toxine, mises en présence de l'antitoxine du sérum correspondant, présentent la propriété de fixer, ou de neutraliser ou de saturer cette antitoxine ; le complexe ainsi formé *flocule* plus ou moins rapidement. Cette floculation est un phénomène physique qui se traduit par l'apparition dans le mélange de petits flocons ; ceux-ci s'agglomèrent peu à peu et finissent par se rassembler au fond du tube. Si dans une série de tubes l'on ajoute à une même dose de toxine ou d'anatoxine des quantités décroissantes de sérum on voit la floculation apparaître tout d'abord dans l'un des tubes, c'est la *floculation initiale* point de repère précieux dans le titrage de la toxine ou du sérum. Elle débute toujours dans le tube où les doses de toxine et d'antitoxine se sont exactement combinées. Dans les tubes voisins il y a excédent de l'un ou de l'autre des composants. La floculabilité qui est une propriété de la toxine par rapport à l'antitoxine est aussi une propriété de l'anatoxine ; elle survit à la transformation de la toxine en anatoxine. Or la floculabilité est fonction du pouvoir antigène. Elle permet de suivre ce pouvoir antigène, d'en apprécier la persistance, de la titrer. La méthode de floculation substitue au titrage de la valeur antigène sur l'animal le titrage in vitro plus précis, plus commode, plus rapide. Avec une antitoxine connue et fixe on peut apprécier les variations de l'antigène, anatoxine ou toxine. Avec un antigène défini on peut titrer les sérums.

***

La définition que nous venons de donner des anatoxines montre que la découverte de Ramon est plus riche et plus complexe qu'on ne se l'imagine après un examen superficiel. Il ne suffit pas de laisser tomber quelques gouttes de formol dans une toxine pour avoir le droit d'annoncer la naissance d'une anatoxine nouvelle. Les anatoxines diffèrent nettement des produits dérivés des toxines étudiées jusqu'alors. Certes le formol avait été employé déjà dans la préparation des vaccins *microbiens* à titre

---

(1) Sur le pouvoir floculant et sur les propriétés immunisantes d'une toxine diphtérique rendue atoxique (anatoxine), *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1923, p. 1338. — Sur la toxine et l'anatoxine diphtériques, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1924, p. 1. — Des anatoxines, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1924, p. 1436. — Les anatoxines, *Paris méd.*, 1924, p. 480. — Sur l'anatoxine diphtérique et sur les anatoxines en général, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1925, p. 1.

(2) Sur les agents de transformation des toxines en anatoxines, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1925, p. 320.

d'antiseptique, de même qu'on a employé l'iode ou l'éther ; mais un vaccin microbien formolé à un taux empirique n'est pas une anatoxine. Löwenstein après d'autres avait étudié l'action du formol sur la toxine tétanique et remarqué la disparition de la toxicité, coïncidant avec la conservation de la valeur antigène ; mais ne sachant pas par la méthode de floculation déterminer in vitro la valeur antigène, il lui avait été impossible de suivre sa dégradation progressive (1). En l'absence de ce moyen de contrôle il avait été amené à déclarer que l'addition de formol est néfaste pour la valeur antigène de la toxine diphtérique, alors que cependant les recherches de Ramon ont conduit à la découverte de l'anatoxine diphtérique. L'assimilation des anatoxines aux toxoïdes n'est pas légitime. Ehrlich a imaginé le terme de « toxoïde » pour expliquer certains phénomènes biologiques, de même qu'il avait imaginé ceux de toxones, d'épitoxoïdes, etc. Ces substances n'ont jamais été isolées, ni définies par des caractères spécifiques bien établis. D'ailleurs les toxoïdes n'avaient pas été l'objet d'applications pratiques, comme l'ont été dès leur apparition ces substances très maniables et bien définies que sont les anatoxines. Nélis qui a étudié cette question des rapports des toxoïdes et de l'anatoxine conclut en disant que les qualités immunisantes de l'anatoxine diphtérique ne paraissent pas exclusivement liées à la présence de toxoïdes et que certaines anatoxines qui ne renferment pas de toxoïdes se montrent cependant antigènes (2).

On voit également par la définition que nous avons donné des anatoxines que ce n'est pas seulement par une différence dans le choix de l'antiseptique employé que ces antigènes diffèrent des toxines iodées par exemple. L'addition de liquide de Gram à une toxine diphtérique ou tétanique produit certes une atténuation de la toxicité ; mais aucune méthode ne nous permet de suivre dans ce mélange la dégradation du pouvoir antigène. Aussi l'usage des toxines iodées exposait-elle l'expérimentateur à employer soit un produit inefficace soit un produit toxique. Ceci n'est pas une vue de l'esprit : les accidents toxiques constatés au cours de l'immunisation de chevaux par la toxine tétanique iodée en furent des preuves trop fréquentes. De plus les toxines iodées sont des antigènes instables ; le mélange une fois préparé doit être utilisé rapidement car il s'altère. Nous sommes loin de l'innocuité, de l'efficacité, de la stabilité des anatoxines.

Les qualités des anatoxines en font des antigènes de choix. Les applications qu'elles permettent de réaliser sont d'ordres divers :

1° Injectée aux animaux une anatoxine provoque l'apparition de l'antitoxine spécifique. Elle peut donc être utilisée pour la préparation des *sérums thérapeutiques*. Elle l'est avec de sérieux avantages sur la toxine. L'anatoxine immunise à des doses moindres et plus rapidement elle réalise une économie d'antigène et de temps. En raison de son innocuité elle est parfaitement tolérée par les animaux qui la reçoivent; les accidents toxiques que nous signalons plus haut ne sont plus à redouter.

(1) Aussi les essais d'immunisation de l'homme par la toxine formolée n'avaient-ils donné aucun résultat entre les mains de Löwenstein et Eisler.

(2) Henseval et Nélis. Recherches sur la vaccination antidiphtérique à l'aide de l'anatoxine, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1924, p. 902.

2° Une anatoxine peut être employée chez l'homme comme *vaccin* à l'égard de certains agents pathogènes, qui nuisent par leur toxicité plus que par leur virulence. La condition de l'immunité contre la diphtérie c'est la présence dans le sang du sujet de l'antitoxine diphtérique. Cette antitoxine nous savons par l'anatoxine en déterminer la formation. De même le bacille tétanique nuit par sa toxine et non par sa pullulation au niveau de la plaie infectée. Aussi peut-on espérer que l'anatoxine tétanique représente un vaccin antitétanique à la faveur de l'antitoxine spécifique dont elle détermine la formation. Mais ceci montre aussi que le champ des anatoxines, si vaste soit-il, est limité. Comme nous le disions plus haut pour faire une bonne anatoxine il faut partir d'une exo-toxine bien connue, isolée, maniable, telles que les toxines diphtériques ou tétaniques. Pour qu'une anatoxine constitue un vaccin efficace il faut que la maladie à qui elle s'adresse soit déterminée réellement et pour ainsi dire uniquement par la toxine sécrétée par l'agent pathogène. Le germe en cause a-t-il d'autre façons de nuire que la sécrétion d'une toxine diffusible ? Nous avons alors moins d'espoir de l'atteindre par l'injection d'une antitoxine; moins d'espoir d'obtenir la prévention par des injections préalables d'anatoxine. De même qu'une antitoxine ne sait guérir ou prévenir que les dégâts produits par la toxine correspondante, et ceux-là seuls, de même une anatoxine ne saurait être un vaccin que dans les limites où se montre efficace l'antitoxine dont elle provoque l'apparition.

3° Enfin les anatoxines autorisent une étude méthodique, approfondie et inoffensive de l'immunité antitoxique, et c'est là un point sur lequel nous avons insisté à plusieurs reprises. Chez les animaux cette immunité a été étudiée au moyen de toxines atténuées ou modifiées; les risques d'accidents sont moins redoutables que chez l'homme. L'usage des anatoxines chez l'animal permet d'étudier l'immunité antitoxique non seulement sans risques mais sans le moindre dommage, en respectant l'intégrité de l'organisme injecté qui pâtissait toujours plus ou moins des anciennes techniques. Chez l'homme on peut dire que l'emploi des anatoxines a ouvert un nouveau champ d'investigation; il rend possible l'étude de la fonction antitoxique dans son ensemble et dans ses détails. Nous y reviendrons à la fin de cette revue. Voyons maintenant ce qui concerne les anatoxines prises individuellement.

L'anatoxine diphtérique. — C'est la première étudiée et c'est la plus étudiée.

De son efficacité. — G. Ramon a montré que l'injection à un cobaye ou à un lapin de plusieurs centimètres cubes d'anatoxine diphtérique est absolument inoffensive : pas d'escarre au point d'injection, pas de signe d'intoxication générale, pas de cachexie tardive.

Des cobayes qui ont reçu en injection sous-cutanée 1 centimètre cube d'anatoxine sont protégés contre l'injection ultérieure de toxine : quinze jours après ils supportent plusieurs doses mortelles pour un cobaye neuf. Après un mois ils supportent près de 100 doses mortelles. Deux injections faites à trois semaines d'intervalle confèrent une immunité plus grande encore; dix jours après la seconde injection, les cobayes résistent à 1000 doses mortelles environ.

L'injection d'anatoxine au cheval provoque l'apparition d'antitoxine diphtérique.

Un cobaye vacciné par l'anatoxine est protégé non seulement contre l'injection de toxine mais aussi contre l'infection expérimentale. Il devient rebelle à la conjonctivite diphtérique qu'il est facile de conférer à un cobaye neuf non vacciné (1).

Ces données expérimentales devaient encourager l'emploi de l'anatoxine chez l'homme à titre de vaccin contre la diphtérie. Dès ses premiers travaux M. Ramon proposait cette application à l'homme.

Autant l'on devait se montrer prudent et circonspect dans l'emploi du vaccin antidiphtérique de Behring ou du vaccin américain (mélange hyponeutralisé de toxine et d'antitoxine) comme vaccin antidiphtérique autant il paraissait justifié d'utiliser chez l'homme l'anatoxine.

Divers procédés furent mis en œuvre pour étudier l'efficacité de ce nouveau vaccin : apprécier au moyen de la réaction de Schick l'immunité produite; en suivre le développement par des titrages d'antitoxine dans le sérum sanguin des sujets vaccinés; en vérifier la stabilité par la disparition des atteintes de diphtérie en milieu vacciné.

1° La première de ces techniques fut mise en œuvre chez les enfants par M. Roubinovitch, Loiseau et Lafaille et chez les adultes par nous-même (2).

Sur 85 enfants, à Schick positif, 36 sont immunisés après une injection d'anatoxine (1/2 centimètre cube); 43 avec deux injections d'anatoxine (1/2 centimètre cube et 1 centimètre cube); 6 avec trois injections (0cmc5, 1 centimètre cube, 1 centimètre cube). En résumé l'immunité est acquise pour 84 sur 85, soit 98,8 p. 100.

Sur 59 adultes réceptifs, 48 après avoir reçu trois inoculations d'anatoxine à doses croissantes présentaient tous à six semaines de la première inoculation une réaction de Schick négative; ils étaient tous immunisés. Onze sujets qui n'avaient subi que deux inoculations présentaient une réaction atténuée; ils étaient en voie d'immunisation.

Nous nous sommes assuré également que les adultes à Schick négatif, déjà immunisés par conséquent, pouvaient sans inconvénient subir une injection d'anatoxine.

Les premiers résultats étaient nettement supérieurs par leur extension et la rapidité de leur apparition à ceux qui avaient été obtenus au moyen du mélange toxine-antitoxine.

MM. Lereboullet et Joannon ont obtenu des résultats analogues. Ils ont vacciné par deux injections d'anatoxine faites à vingt-trois jours d'intervalle (1/2 centimètre cube et 1 centimètre cube) treize enfants atteints de tuberculose ostéo-articulaire, tous à réaction de Schick positive. La réaction de Schick devint négative quarante-six jours après la première injection d'anatoxine chez douze enfants et soixante-sept jours après chez le treizième.

Henseval et Nélis en Belgique ont obtenu également des résultats satisfaisants chez des enfants réceptifs de quatre à dix ans par deux injections d'anatoxine à vingt jours d'intervalle.

2° Le titrage de l'anatoxine diphtérique a été pratiqué par MM. Darré, Loiseau et Lafaille chez dix sujets. Trois d'entre eux présentaient une réaction de Schick négative avant l'injection d'anatoxine. Sous l'influence d'une seule injection de 1/2 centimètre cube d'anatoxine, le taux de l'antitoxine passe de $< 1/10$ d'unité à > 9 unités; après deux injections le taux a passé de $< 1/10$ d'unité à 60 unités.

Sept autres sujets présentaient une réaction de Schick positive; les variations du taux antitoxique sont moins étendues mais encore très nettes sous l'influence des injections d'anatoxine : de $< 1/10$ d'unité à $> 1/2$ unité. On sait que pour être immunisé contre la diphtérie il suffit de 1/30 d'unité antitoxique.

3° Enfin l'anatoxine qui avait donné au laboratoire et dans les services cliniques des preuves de son efficacité fut introduite dans les collectivités d'enfants et d'adultes. Depuis l'année 1924 des milliers de personnes ont subi la vaccination par l'anatoxine.

Nous avons eu l'occasion d'introduire la vaccination par l'anatoxine dans la garnison de Mayence, où la diphtérie se manifestait par des poussées épidémiques sévères au moment de chaque nouvelle incorporation de recrues. La rigueur du climat, le dépaysement, les fatigues du service agissaient comme des facteurs d'aggravation. Trois campagnes successives de vaccination furent entreprises. La première intervint au début de l'année épidémique, sur un terrain déjà préparé par l'infection occulte. Alors que la diphtérie continuait chez les non-vaccinés elle cessa chez les vaccinés. Les campagnes suivantes furent entreprises dès le début de l'épidémie. Aussi eut-on à constater une phase d'immunité relative au cours de laquelle des cas de diphtérie se manifestèrent dans le groupe des vaccinés, avant que l'immunité vaccinale ne fût complète. Ces cas nettement moins nombreux que chez les vaccinés furent d'allure clinique bénigne et quatre d'entre eux suivis avec attention évoluèrent vers la guérison sans sérothérapie. Ce sont les formes allergiques de la diphtérie (1).

Des vaccinations furent pratiquées sous la direction de M. Martin, Loiseau et Lafaille, au préventorium de Canteleu, à l'asile russe du Pecq, dans les communes rurales du Pas-de-Calais, de même au sanatorium de Banyuls par le docteur Jarry. Aucun cas ne fut signalé chez les vaccinés; un cas fut relevé chez un sujet en cours d'immunisation. La vaccination par l'anatoxine diphtérique s'étend de jour en jour en France et à l'étranger. En Amérique, Zingher qui fut le propagandiste le plus fervent de la méthode de vaccination par le mélange de toxine et d'antitoxine s'exprime dans les termes suivants : « L'anatoxine est la préparation idéale pour obtenir l'immunisation contre la diphtérie. »

Concernant la durée de l'immunité conférée par la vaccination, quelques résultats ont été apportés. A un an de distance, MM. Darré, Loiseau et Lafaille ont revu trois des sujets injectés; ils ont constaté dans leur sérum sanguin la persistance d'un taux antitoxique élevé. Sur sept sujets chez qui la vaccination avait installé une réaction de Schick négative, nous avons constaté chez six la persistance de la réaction de Schick négative après quatorze mois; le septième avait une réaction faiblement positive mais il a suffi de l'injection de 1/2 centimètre cube d'anatoxine pour qu'en huit jours sa réaction de Schick devienne à nouveau négative. MM. Lereboullet et Joannon ont constaté qu'après un an dix sujets vaccinés avaient tous gardé leur immunité vaccinale.

On sait d'ailleurs qu'une réaction de Schick néga-

(1) Chr. Zœller. Action préventive de l'anatoxine diphtérique sur l'infection expérimentale du cobaye, *Soc. de biol.*, 24 mai 1924.

(2) Rapport de M. le docteur L. Martin, *Acad. de méd.*, 29 avril 1924; — *Soc. méd. des hôpit.*, mai 1924.

(1) La vaccination par l'anatoxine en milieu épidémique, *Acad. de méd.*, 2 déc. 1924 et 9 mars 1926.

tive est très stable; il est tout à fait exceptionnel qu'elle redevienne positive. Il y a tout lieu d'espérer que l'immunité conférée par l'anatoxine diphtérique dure de longues années.

Récemment de nombreux résultats ont été publiés de vaccinations qui confirment la valeur pratique de l'anatoxine, par MM. Lereboullet, Boulanger, Pillet et Gournay, par M. Lesné, par MM. Roubinovitch, Loiseau et Lafaille, par MM. L. Martin, Loiseau et Lafaille (*Soc. méd. des hôpit.*, séances du 30 avril et du 7 mai 1926), par M. Harvier (*Paris méd.*, mai 1926).

Des réactions vaccinales. — L'injection d'anatoxine diphtérique provoque chez certains sujets des réactions locales et des réactions générales. Ainsi que nous l'avons rappelé au début de cet exposé, ces réactions ne sont en aucune façon des réactions toxiniques. Ce sont des réactions d'hypersensibilité aux protéines diphtériques. L'anatoxine contient en effet comme la toxine d'où elle dérive des traces infimes de protéines microbiennes; un certain nombre de bacilles se lysent au cours de la culture de neuf jours que nécessite la préparation de la toxine diphtérique. Ce sont ces protéines lysées qui déterminent les réactions locales et générales, mais cela chez les seuls sujets sensibles. Cette hypersensibilité existe chez les sujets qui ont subi un contact apparent ou occulte avec le bacille de Loëffler; elle est particulièrement marquée chez les convalescents d'angine diphtérique. La réaction locale se traduit sous forme d'un placard rouge, plus ou moins étendu, plus ou moins infiltré au point d'injection. La réaction générale consiste en une poussée thermique qui peut atteindre 38°5 et parfois 39 degrés. Ces réactions si marquées soient-elles sont toujours inoffensives et passagères; elles sont terminées en général après quarante-huit heures. Chez l'enfant elles sont peu intenses et peu fréquentes. Chez l'adulte, qui a eu plus d'occasions de se sensibiliser aux protéines diphtériques, elles sont plus fréquentes. Les sujets qui présentent une réaction vive sont dans la proportion de 1 à 2 p. 100 dans une collectivité d'adultes, une réaction très vive dans la proportion de 1 à 2 p. 1000. Il est d'ailleurs possible de les repérer au préalable, ce qui permet de les prévenir les uns de la réaction qu'ils vont présenter, et d'ajourner au besoin la vaccination des autres. Pour reconnaître ces sujets il suffit de pratiquer une intradermo-réaction avec une dilution d'anatoxine diphtérique à 1 p. 100 (anatoxi-réaction). Cette réaction dont nous avons montré par ailleurs l'intérêt biologique présente encore l'avantage de désigner les sujets hypersensibles. Vingt-quatre heures après l'injection de 2/10 de centimètre cube, dans le derme on voit apparaître une auréole rouge qui est un diminutif de la réaction vaccinale. Nous laissons de côté en général les adultes dans l'anatoxi-réaction positive dépasse en étendue la surface d'une pièce de 5 francs. L'emploi de cette intradermo-réaction de sécurité nous a permis de pratiquer sans incident plusieurs milliers de vaccinations.

Autres données cliniques et expérimentales concernant l'anatoxine. — Un fait intéressant a été signalé par Ribadeau-Dumas, Loiseau et Lacomme : la vaccination est inefficace chez le nourrisson; les injections d'anatoxine n'arrivent pas à provoquer la formation d'antitoxine spécifique. La réactivité naturelle, c'est-à-dire l'aptitude naturelle à produire de l'antitoxine ne s'installe donc pas dès la naissance ; elle est une propriété physiologique tardive. Nous avons observé un phénomène analogue chez le cobaye où les tout jeunes animaux s'immunisent moins facilement par l'anatoxine que les cobayes adultes.

Ces mêmes auteurs ont tenté de protéger le nourrisson en vaccinant la mère pendant la grossesse; ils n'ont obtenu que des résultats négatifs. Sur ce point l'expérimentation donne des résultats différents, une femelle de cobaye vaccinée par l'anatoxine donne naissance à des petits protégés contre l'inoculation expérimentale de toxine; mais cette immunité transmise est purement passive; elle disparaît vers le deuxième mois (1).

L'efficacité de l'anatoxine diphtérique est fonction de l'antitoxine dont elle est capable de provoquer la formation. Bien qu'elle soit un filtrat de culture elle n'agit pas *directement* sur une lésion diphtérique comme un filtrat staphylococcique agit sur une staphylococcie cutanée ; son action curative est nulle sur les lésions de diphtérie expérimentale (2).

Elle est également dépourvue d'action dans le traitement des porteurs rebelles de bacilles diphtériques; les injections répétées d'anatoxine n'arrivent pas à stériliser ces porteurs de germes invétérés (3).

La question de son efficacité au cours des polynévrites diphtériques est plus discutée.

Renault et Lévy ont proposé de traiter ces polynévrites par des mélanges d'anatoxine et d'antitoxine; ils ont obtenu des résultats encourageants. Nous avons remarqué que l'injection d'anatoxine au cours de la diphtérie ne met pas un sujet à l'abri d'accidents paralytiques. L'anatoxine employée seule dans le traitement des polynévrites ne nous a pas donné de succès bien décisifs. Expérimentalement nous avons constaté que le tissu nerveux imprégné de toxine garde sa toxicité si on le met en présence d'anatoxine ; inversement si on l'imprègne d'anatoxine il reste toujours capable de fixer de la toxine et de tuer le cobaye à qui on l'a injecté.

La vaccination par l'anatoxine diphtérique dans la pratique courante. — La vaccination par l'anatoxine comporte trois injections faites dans le tissu cellulaire sous-cutané au niveau de la région abdominale ou de la région sous-scapulaire. La première injection est de 1/2 centimètre cube ; les deux suivantes de 1 centimètre cube ; la troisième injection peut être de 1 centimètre cube et demi. Il est essentiel qu'un délai suffisant sépare les deux première injections; il faut un intervalle de trois semaines; faire deux injections à huit jours d'intervalle ne vaut guère mieux qu'une seule injection. Entre la deuxième et la troisième injection il suffit d'un délai de huit à dix jours.

Dans les milieux d'enfants il n'est pas indispensable de pratiquer au préalable la réaction de Schick; le nombre de réceptifs est en effet élevé ; il est souvent plus simple de vacciner toute la collectivité sans départager au préalable réceptifs et non-réceptifs. Dans un groupement d'adultes la réaction de Schick est plus indiquée ; elle permet de réserver la vaccination aux seuls sujets réceptifs.

---

(1) L'immunité antidiphtérique transmise à sa descendance par la femelle du cobaye, *Soc. de biol.*, janv. 1925.

(2) A propos de l'action curative de l'anatoxine diphtérique sur les lésions de diphtérie expérimentale, *Soc. de biol.*, 25 juin 1924.

(3) Chr. ZŒLLER et MANOUSSAKIS. Histoire de six porteurs rebelles de bacilles diphtériques, *Ann. de méd.*, oct. 1925.

Il est utile surtout chez les adultes de se renseigner par une anatoxi-réaction préalable sur l'hypersensibilité que peuvent présenter certains sujets.

Il est indiqué de vacciner *systématiquement* les enfants entre la troisième et la dixième année. Nous ne conseillons pas de vacciner les enfants avant la troisième année ; le développement de la fonction antitoxique, de la réactivité spécifique n'est pas précoce ; il y a intérêt à n'injecter un antigène qu'au moment où l'organisme est devenu capable d'en tirer parti. *Cette vaccination systématique des jeunes enfants doit être actuellement à la base de la prophylaxie sociale de la diphtérie.*

La vaccination *occasionnelle* au moment d'une éclosion épidémique est également à recommander ; mais il faut bien savoir que la vaccination n'est pas une méthode d'urgence ; l'immunité vaccinale s'installe progressivement ; elle n'est complète qu'après quelques semaines. Des cas de diphtérie peuvent encore apparaître entre la première et la troisième injection et même quelquefois après cette dernière ; ils sont de gravité nettement moindre que ceux qui apparaissent dans le même temps chez les sujets non vaccinés. A cette phase d'immunité relative succède la période d'immunité complète.

Les contre-indications de la vaccination par l'anatoxine sont peu nombreuses ; il est à peine besoin d'indiquer qu'on ne doit pas vacciner un sujet fébricitant, un sujet porteur d'une tare organique (tuberculeux, cardiaque, albuminurique, etc.). Nous avons dit plus dans quelle mesure l'hypersensibilité protéinique constitue une contre-indication ; dans cet ordre d'idées on évitera de vacciner un sujet qui vient d'avoir une diphtérie ; ce serait l'exposer à des réactions particulièrement vives.

L'anatoxine tétanique. — La toxine tétanique est, elle aussi, une exo-toxine facile à séparer par filtration d'une culture de bacilles tétaniques. G. M. Ramon a préparé à partir de la toxine tétanique une anatoxine tétanique.

Sur ces indications Descombey en a entrepris l'étude expérimentale et constaté qu'elle présente les propriétés fondamentales des anatoxines : elle est floculable avec l'antitoxine correspondante ; elle est inoffensive pour l'animal cobaye, lapin ou cheval à qui on l'injecte ; elle possède enfin une valeur antigénique élevée (1).

La proportion de formol à ajouter à la toxine tétanique est d'environ 2 p. 1 000 (1 cmc 5 à 3 p. 1 000) ; la durée du séjour à l'étuve à 37-38 degrés est en moyenne de vingt jours (entre quinze et vingt-cinq jours).

L'atténuation de la toxicité est progressive. Ici encore la conservation du pouvoir antigène peut être suivie du moyen de la réaction de floculation. « Grâce à elle il devint aussi commode, sinon plus, de se rendre compte in vitro de l'influence des agents physiques et chimiques sur le pouvoir antigène de la toxine qu'il était facile de juger in vitro de l'action de ces mêmes agents sur le pouvoir toxique. »

Les cobayes qui ont reçu en injection sous-cutanée 1 centimètre cube d'anatoxine résistent après deux ou trois semaines à l'injection de plusieurs doses mortelles de toxine tétanique ; après quelques mois ils résistent à plusieurs milliers de doses mortelles.

(1) DESCOMBEY. Vaccination du cheval par l'anatoxine tétanique, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin 1924.

Il est intéressant de comparer ces résultats à ceux qui chez le même animal, le cobaye, ont été obtenus par l'emploi de la toxine iodée. Après trois injections de toxine iodée à la dose de 1 à 5 centimètres cubes le cobaye résistait tout juste à une dose mortelle de toxine (Okuda).

L'injection d'anatoxine au cheval provoque l'apparition d'antitoxine tétanique. En fait l'anatoxine a complètement remplacé la toxine iodée comme antigène dans la préparation du sérum antitétanique, à l'Institut Pasteur. Elle permet également de réaliser la protection du cheval contre l'injection expérimentale de toxine tétanique ou encore contre l'infection au moyen d'une échardée souillée de spores tétaniques.

Chez l'homme l'anatoxine tétanique a été étudiée par Ramon et Zœller (1).

Nous avons montré que l'injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'anatoxine, ou même de 2, 3 ou 5 centimètres cubes d'anatoxine est absolument inoffensive. Elle ne suscite aucune réaction apparente ni locale, ni générale. Non seulement on ne voit apparaître chez le sujet injecté aucun signe d'intoxication spécifique, mais encore aucun symtôme de réaction protéinique ; à ce point de vue l'anatoxine tétanique diffère donc, comme on le voit, de l'anatoxine diphtérique.

C'est par la recherche et le titrage de l'anatoxine dans le sérum des sujets vaccinés que nous avons apprécié l'immunité produite. Ce titrage se fait par l'injection au cobaye d'un mélange du sérum sanguin d'un sujet vacciné et des doses mortelles de toxine tétanique. Des sujets qui ont reçu à quinze jours d'intervalle deux injections d'anatoxine (1 centimètre cube, puis 2 centimètres cubes) présentent après un mois dans leur sérum un certain taux d'antitoxine spécifique : 1 centimètre cube de sérum neutralise une à dix doses mortelles de toxine. En même temps que se développe l'antitoxine spécifique, apparaît aussi et s'amplifie ce que nous avons appelé la « réactivité acquise » du sujet vacciné, c'est-à-dire l'aptitude à fabriquer rapidement et intensément de l'antitoxine à l'occasion d'une stimulation nouvelle. En effet si l'on pratique après un mois une injection de rappel d'un centimètre cube d'anatoxine destinée précisément à stimuler cette réactivité acquise on voit l'immunité s'accroître dans une très forte proportion. Après sept jours 1 centimètre cube de sérum neutralise 500, 1 000 et jusqu'à 3 000 doses mortelles.

Nous avons au cours de ces recherches mis en évidence l'influence heureuse exercée sur l'immunité antitétanique par l'addition d'un vaccin microbien (T. A. B.). Nous envisagerons plus loin l'intérêt biologique et pratique que présente cette exaltation de l'immunité antitoxique sous l'influence d'une réaction locale favorisante.

Sur ces bases actuellement établies la vaccination antitétanique chez l'homme doit être recherchée selon deux modes différents.

1° La vaccination systématique des sujets particulièrement exposés à l'infection tétanique : les soldats au début d'une campagne par exemple. Dans ce

(1) RAMON et ZŒLLER. De la valeur antigène de l'anatoxine tétanique chez l'homme, *Acad. des sciences*, 11 janv. 1926. — ZŒLLER et RAMON. Les conditions biologiques de la vaccination antitétanique par l'anatoxine chez l'homme, *Acad. de méd.*, séance du 2 fév. 1926 ; — L'immunité antitétanique par l'anatoxine chez l'homme, *Presse méd.*, 17 avril 1926.

cas la vaccination antitétanique sera utilement associée à la vaccination antityphoïdique obligatoire dans l'armée.

2° La vaccination accidentelle chez un blessé récent non vacciné. La sérothérapie antitétanique reste indiquée comme mesure d'urgence. La vaccination sera entreprise simultanément mais on ne peut pas attendre d'elle une efficacité immédiate. Nous espérons pouvoir réduire au minimum cette lacune entre l'immunité passive et l'immunité active; les conditions optima de cet ajustement de l'une à l'autre ont fait l'objet de nos recherches. La question est particulièrement délicate de ce fait que tous les sujets ne retiennent aussi longtemps le sérum injecté; les uns l'éliminent en dix à quinze jours, les autres l'expulsent rapidement, en quelques jours. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 JUIN 1926)

Nouvelles observations sur le facteur antirachitique de l'huile de foie de morue. — MM. E. LESNÉ et S. SIMON. Les expériences des auteurs mettent en valeur l'efficacité certaine de l'huile de foie de morue contre le rachitisme. Elles montrent aussi que l'huile de foie de morue de fabrication française provenant de Terre-Neuve et de Saint-Pierre est de qualité égale et même supérieure aux huiles de provenance étrangère.

Une splénomégalie myxobactérienne. — M. A. NANTA.

Sur une synbactérie isolée de cas de splénomégalie. — M. P.-E. PINOY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 JUIN 1926)

Note sur le traitement des kystes de l'épididyme par l'injection iodée. — M. Pierre BAZY. Le traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection iodée après anesthésie locale par injection dans la vaginale de solution de cocaïne à 1 p. 200 et qui a donné à M. Bazy, depuis sa dernière communication, d'excellents résultats même dans des hydrocèles très volumineuses, peut être appliqué aux kystes de l'épididyme, quel que soit leur volume, affection beaucoup plus rare et dont il cite deux exemples où le volume des kystes était considérable.

La physiologie normale et pathologique du bassinet étudiée par la pyéloscopie. — MM. LEGUEU, FEY et TRUCHOT ont appliqué systématiquement la pyéloscopie à l'étude de la motricité du bassinet, dont la pyélographie ne tient pas compte. Ils ont ainsi pu établir l'existence et la forme des contractions du bassinet et des calices, la formation à la partie supérieure de l'uretère d'un bulbe qui assure l'évacuation du bassinet, comme le bulbe duodénal règle l'évacuation de l'estomac.

Dans l'ordre pathologique ils ont vu que, à égalité de dilatation, ce sont ces contractions qui, dans l'hydronéphrose, règlent la forme et le degré de la maladie, produisant, suivant les cas, des rétentions aiguës avec hyperkinésie et spasme, ou des rétentions chroniques avec retard des mouvements. Ainsi, l'hydronéphrose apparaît comme un trouble neuro-musculaire du bassinet et de l'uretère pour lequel les influences mécaniques ne jouent qu'une influence accessoire et ne peuvent plus, comme autrefois, commander le choix de l'opération.

Le pronostic des infections rénales est également influencé par les retards de l'évacuation; elles guérissent plus facilement lorsque les contractions sont normales.

Des pyélographies en série confirment et consacrent objectivement la plupart de ces notions nouvelles.

Comité secret. — *a.* Discussion du rapport de M. Sieur sur les modifications à apporter au règlement; *b.* Discussion du rapport de M. Duval sur la réorganisation technique du Service de santé militaire; *c.* M. Faure. Rapport sur le « Prix Pannetier ».

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 JUIN 1926)

Un cas de lèpre nerveuse avec tremblement et symptômes de la série spasmodique. — MM. HUDELO, MOUZON et DUHAMEL présentent un cas avec symptômes nerveux anormaux : paralysie du sciatique poplité externe, exagération des réflexes, clonus de la rotule. En l'absence d'intoxication et de spécificité, les auteurs rapportent les signes de l'atteinte pyramidale à la lèpre.

Un cas de tumeur cérébrale guérie par la radiothérapie. — MM. COYON, SALOMON et WILLEMIN. Malade de quarante-deux ans présentant un syndrome d'hypertension intracranienne considérable avec signes oculaires, stase, hémorragies, diminution du champ et de l'acuité visuels.

Radiothérapie par trois foyers d'irradiation. Grosse amélioration dès la quatrième séance. Guérison à la dixième, qui persiste depuis trois mois.

Syndrome d'hypertension intracranienne sans signes de localisation et sans réaction méningée. Guérison par la radiothérapie profonde. — MM. André CAÏN, SALOMON et RACHET. Chez une femme de trente ans se développe un syndrome constitué par des vertiges, de la céphalée, des vomissements, de la stase papillaire. Absence de réaction méningée et de signes de syphilis; après un traitement inefficace par le cyanure de mercure, la radiothérapie profonde amène rapidement une régression complète des symptômes.

Malformations congénitales multiples du cœur avec atrésie tricuspidienne et rétrécissement de l'artère pulmonaire. Survie de dix-huit ans. — MM. BRULÉ et Gilbert DREYFUS. A l'examen de la pièce il semble de prime abord n'exister qu'une seule cavité ventriculaire élargie et hypertrophiée; le ventricule droit est réduit à l'état d'une simple fente verticale sculptée dans la paroi du ventricule gauche avec lequel il communique par un orifice étroit. On ne relève aucune trace de communication auriculo-ventriculaire droite; l'atrésie tricuspidienne est complète. L'artère pulmonaire est représentée par un conduit atrophié laissant à peine passage au stylet. Les deux oreillettes sont dilatées et réunies par un trou de Botal largement béant.

Cliniquement, on ne notait cependant qu'une cyanose congénitale, une dyspnée d'effort, des doigts hippocratiques, des dystrophies multiples et l'existence d'un souffle systolique intense dont le maximum siégeait à l'angle interne du deuxième espace intercostal gauche.

Anémie aplastique grave avec syndrome purpurique consécutive à une série d'injections de novarsénobenzol. — M. F. WIDAL et Mme BERTRAND-FONTAINE rapportent l'observation d'un homme de trente ans qui, à la suite d'une série d'injections de novarsénobenzol, présenta un syndrome hématologique complexe. L'anémie de type aplastique se chiffrait par 2.260.000 globules rouges à l'entrée et s'aggrava jusqu'à atteindre le chiffre de 1.040.000. Le syndrome purpurique se traduisait par des ecchymoses multiples, des épistaxis, un allongement du temps de saignement, une disparition presque complète des hématoblastes. Il s'intriquait avec un syndrome hémophilique attesté par les hémorragies provoquées, l'allongement considérable du temps de coagulation qui atteignait trente-six heures, la coagulation se faisant selon le mode plasmatique sans rétraction du caillot. Enfin, il existait à l'entrée un syndrome infectieux marquée par de la fièvre et surtout par une angine nécrotique avec adénopathies mul-

tiples, évoquant l'idée d'une leucémie aiguë. La guérison complète fut obtenue après deux transfusions de 250 centimètres cubes de sang citraté.

Un cas d'ostéoarthropathie hypertrophiante de Pierre Marie. — MM. Louis RAMOND et M. BASCOURRET présentent un malade atteint de malformations hypertrophiantes des extrémités des quatre membres avec des ongles hippocratiques. Ils discutent à ce propos l'acromégalie, l'achécromégalie et la podomégalie lépreuse, syringomyélique et congénitale, et concluent à l'existence d'une ostéoarthropathie hypertrophiante non pneumique dont la cause reste indéterminée.

Les incidents des traitements prolongés par l'insuline. — M. LABBÉ a observé des accidents anormaux d'hypoglycémie curables par l'introduction de glycose dans l'organisme. Ces accidents sont dus à une sensibilité particulière de l'organisme des diabétiques à l'insuline et surtout à une élection de la tolérance de ces sujets que l'on peut mettre sur le compte d'une amélioration du processus nutritif sous l'influence du traitement prolongé par l'insuline.

Evacuation de la vésicule biliaire sous l'influence de diverses substances alimentaires ou médicamenteuses. — M. FEISSLY (de Lausanne). Il résulte de ces recherches que le repas de Boydon (crème et jaunes d'œufs) paraît l'agent le plus actif de la contraction vésiculaire, et qu'il est de beaucoup supérieur aux substances employées jusqu'à maintenant ($Mg\ 5o^4$, extrait d'hypophyse, etc.). La vésicule biliaire, rendue visible par l'épreuve du tétraïode, se vide entièrement en deux heures sous l'influence du repas de Boydon, ainsi qu'en font preuve les radiographies qui sont présentées.

Deux observations d'œdème pulmonaire infecté chez des cardiaques. — MM. G. CAUSSADE et André TARDIEU rapportent deux observations qui démontrent que la fièvre, constatée chez certains cardiaques, s'explique par l'infection secondaire des œdèmes dits passifs. Ils décrivent les différentes phases évolutives du processus infectieux, à type d'œdème, greffé sur des poumons cardiaques. Aucun lien pathogénique ni clinique ne relie ces œdèmes infectieux subaigus ou chroniques aux infections pulmonaires aiguës (pneumonie, broncho-pneumonie, etc.) survenant parfois au cours de certaines cardiopathies. Le pronostic en est tout différent. L'atteinte du poumon cardiaque par le pneumocoque est une éventualité fréquente au cours de l'asystolie. L'infection pulmonaire subaiguë n'est pas l'apanage du rétrécissement mitral, elle se manifeste au cours de l'évolution de la plupart des cardiopathies et semble davantage sous la dépendance du fléchissement ventriculaire gauche.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1926)

Traumatismes craniens. — M. BRÉCHOT fait un rapport sur deux cas de traumatisme cranien adressés par M. Worms.

Un jeune homme de vingt et un ans, après une chute sur la tête entre au Val-de-Grâce présentant des signes de paralysie faciale, des troubles oculaires, névralgie du trijumeau, paralysie de la moitié de la langue, vertiges, bourdonnements d'oreille, troubles paralytiques divers indiquant une fracture de l'étage moyen de la base du crâne. Puis apparaît une polyurie, une glycosurie indiquant nettement une lésion du plancher du quatrième ventricule, confirmation de l'opinion de Claude Bernard. Une ponction lombaire amène une grande amélioration et une disparition graduelle de la polyurie et de la glycosurie.

L'auteur insiste sur l'importance de l'évacuation d'un peu de liquide céphalo-rachidien dans les cas de ce genre.

M. le rapporteur rappelle un article de M. Lhermitte dans la *Gazette des hôpitaux* (mars 1922).

Le second cas est très analogue au premier. On peut donc déduire de ces deux faits et d'autres rappelés par M. Bréchot les conclusions suivantes : au point de vue physiologique, nouvelle confirmation de l'opinion de Claude Bernard sur l'origine cérébrale de la glycosurie, au point de vue thérapeutique l'importance et l'efficacité, dans ces cas, de l'évacuation d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien.

Occlusion intestinale par invagination. — M. BAUMGARTNER analyse une observation de M. Latouche (d'Autun) : homme de trente-huit ans pris brusquement de violentes douleurs dans le ventre, présentant un syndrome abdominal et des signes d'occlusion. Refus d'opération. Les accidents s'aggravent et on demande alors l'intervention. On croit à une péritonite par perforation de l'appendice. On trouve un cæcum gangréné. L'iléon est invaginé dans le cæcum, désinvagination difficile. Résection iléo-cæcale, fermeture des deux bouts et anastomose latéro-latérale. Le malade va mieux, rend des gaz, mais survient un phlegmon stercoral, les choses finissent par s'arranger et deux mois après le malade peut rentrer chez lui où il meurt subitement. Pas d'autopsie. Il avait une myocardite qui est restée longtemps ignorée.

L'exameu de la pièce montre que l'invagination avait été causée par la présence d'un fibro-lipome du grêle.

Tarsomégalie. — Sous ce nom, MM. Albert MOUCHET et BELOT communiquent l'histoire très curieuse d'une anomalie de développement qu'ils n'ont jamais vue signalée jusqu'ici : Il s'agit d'un garçon de deux ans et demi chez lequel ils observent depuis la naissance une hypertrophie diffuse de l'astragale et de la malléole tibiale causant une déformation du pied en valgus. Il se joint à cette aberration de développement une extraordinaire précocité d'apparition des points osseux du scaphoïde, du premier et du deuxième cunéiformes.

Le rachitisme, la syphilis héréditaire ne peuvent être invoqués dans ce cas. Il s'agit vraisemblablement d'une anomalie congénitale dont la cause reste obscure.

Importance de l'étude du sang chez les ictériques. — M. GRÉGOIRE fait une importante communication sur ce sujet. On sait à quelles redoutables hémorragies secondaires on a souvent affaire chez les ictériques ayant subi une opération. M. Grégoire insiste sur l'importance de la durée de l'ictère, du temps de saignement et du retard de la coagulation sanguine chez ces malades. Peut-on remédier à cet état et prévenir ces hémorragies? Oui, si l'on a soin de pratiquer constamment le contrôle de l'état du sang. On peut alors modifier cet état par les injections de sérum gélatiné, par l'emploi du chlorure de calcium et surtout par les transfusions sanguines petites et répétées. Dans les cas graves, la transfusion semble un moyen héroïque.

Voici un exemple : Une femme de vingt-sept ans a une crise douloureuse dans l'hypochondre droit, vomit et a une température de 38 et 39, pas d'ictère, guérison. Nouvelle crise très douloureuse, avec ictère, température de 39 degrés, démangeaisons. Une piqûre donne un saignement qui dure toute la journée. La coagulation ne se fait qu'après quarante-neuf heures. On injecte 250 grammes de sérum gélatiné, on fait trois transfusions sanguines. Dans une première recherche la coagulation se fait après deux heures, puis après quinze minutes. La malade reste toujours ictérique. M. Grégoire l'opère, extrait un gros calcul du cholédoque. La malade ne saigne pas, on enlève les mèches huit jours après et la guérison est complète après huit jours.

On ne saurait donc trop insister sur l'importance de la recherche du temps de saignement et du retard de la coagulation.

M. PICOT a, de son côté, recherché nombre de fois le retard de la coagulation sanguine et il n'a jamais constaté des chiffres aussi élevés que ceux que vient de donner M. Grégoire. Dans les cas observés par M. Picot ce retard n'a jamais dépassé quarante-cinq minutes, nous sommes loin de quarante-huit heures.

M. OKINCZYC estime qu'il n'y a pas que chez les ictériques que la recherche de la coagulation sanguine peut être utile.

M. TUFFIER a constaté que chez des malades ne présentant aucun symptôme hépatique on observe parfois un suintement sanguin plus ou moins prolongé. Ne faudrait-il donc pas rechercher le temps du suintement sanguin et le plus ou moins de retard de la coagulation chez tous les malades qui doivent être opérés ?

M. CHEVASSU estime que cette recherche devrait être faite chez tous les opérés.

M. MATHIEU admet qu'il y a tout intérêt à faire ces recherches chez les hépatiques et surtout chez les ictériques. Mais les résultats obtenus sont bien variables. Ce qu'il faut surtout chercher à éviter ce sont les hémorragies. La transfusion sanguine à petites doses répétées peut avoir son utilité. Peut-être aussi, chez les ictériques vaudrait-il mieux opérer en deux temps et attendre que toute crainte d'hémorragie ait disparu.

Traitement des fractures ouvertes. — M. ROUVILLOIS fait connaître les résultats de sa pratique, tant au Maroc avant la guerre que pendant et après la guerre. Suture et fermeture immédiate après nettoyage de la plaie, sans contrôle bactériologique, a pu donner lieu à des désastres. Donc le contrôle bactériologique s'impose. Ostéosynthèse immédiate dans les fractures ouvertes, très dangereuse, doit être formellement abandonnée. Les raisons invoquées par M. Rouvillois et présentées avec une précision parfaite sont une éclatante confirmation de l'opinion soutenue par M. Lenormant. Quand le contrôle bactériologique est favorable, la suture primitive après le nettoyage parfait de la plaie, devient le traitement de choix.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(SÉANCE DU 16 MAI 1926)

Deux cas de réactions péritonéales à symptomatologie anormale. Essai de pathogénie. — M. LAMARE.

Deux cas de polymastie masculine. — MM. CHERECHEWSKI et PAULIN.

Un cas de chancrelles traitées par le vaccin de Nicolle. — M. LAMARE.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCES DES 21 AVRIL ET 5 MAI 1926)

Pseudo-torticolis spasmodique d'origine mésocéphalique. — MM. Jean TAPIE, LYON et GADRAT présentent une jeune femme atteinte de torticolis spasmodique partiellement corrigé par le geste antagoniste et auquel s'associent divers signes organiques : hyperhydrose, hypotonicité, exagération des réflexes de posture, rigidité extrapyramidale. En 1918, cette malade avait présenté un léger épisode fébrile et quelques manifestations oculaires; la constatation d'une hyperglycorachie est encore un argument en faveur du diagnostic de syndrome strié post-encéphalitique.

Fracture de l'apophyse coracoïde. — MM. BAUDET, THOMAS et LABOURDETTE. Présentation d'un blessé chez lequel l'arrachement total des ligaments coracoïdiens avait déterminé une vaste ecchymose suivant le trajet du biceps et du coracobrachial.

La trépanation décompressive dans les tubercules du névraxe. — MM. RISER et P. MÉRIEL à propos d'un cas de tuberculome pédonculaire, pensent que la trépanation décompressive doit conserver quelques indications dans les tubercules du névraxe; elle peut améliorer considérablement certains troubles fonctionnels; elle n'expose pas fatalement, comme on l'a prétendu, à l'envahissement des méninges par le bacille de Koch.

Les poussées évolutives du tabès. — MM. DAUNIC et Raymond SOREL.

Kyste hydatique du lobe gauche du foie. — MM. LAPORTE et DUCUING présentent une jeune fille qui, après un séjour en République-Argentine, vit se développer une volumineuse tumeur de l'hypocondre gauche; à son retour en France, cette

malade eut de violentes crises douloureuses, à maximum épigastrique, des accès fébriles, enfin du subictère. La radiographie permit de rattacher au lobe gauche du foie cette tumeur d'apparence splénique. La réaction de Weinberg était fortement positive. L'intervention a confirmé le diagnostic de kyste hydatique.

Anomalie rare de la carotide interne; considérations sur la carotide interne et ses rapports avec la chirurgie de l'amygdale palatine. — MM. Viéla et Maurice Escat montrent sur une pièce anatomique une disposition anormale de la carotide interne qui facilite singulièrement sa blessure dans l'amygdalotomie et qui peut être responsable d'un certain nombre d'hémorragies cataclysmiques.

Corps étrangers des voies aériennes. — MM. Viéla et Nigoul.

Néphrite aiguë et encéphalite épidémique. — MM. Izard et Sautriau rapportent une observation d'encéphalite aiguë précédée par des symptômes de néphrite avec albuminurie massive. Ils pensent, que le virus encéphalitique s'est localisé primitivement sur le rein avant de se fixer électivement sur le névraxe.

Pneumothorax bilatéral simultané. — M. Petit insiste sur la tolérance parfaite d'un double pneumothorax qui a permis d'enrayer momentanément l'évolution d'un gros foyer de broncho-pneumonie bacillaire du côté opposé au poumon primitivement comprimé.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA TECHNIQUE DENTAIRE

L'art dentaire est donc un art de technique pure : c'est au moins ce qui résulte de l'équivoque créée et entretenue autour de cette spécialité; suivant les désirs de ses dirigeants, le chirurgien-dentiste est demeuré un technicien; par son recrutement c'est même un technicien élémentaire.

Cette manière d'envisager et de réaliser une des branches de la médecine constitue bien une erreur et un danger.

La technique est un moyen et non point un but : c'est une redite, mais il est des choses que l'on ne saurait trop répéter. Ce moyen sera évidemment d'autant meilleur, qu'au service d'une science plus approfondie. Sans elle que vaut-il? exactement rien. Bien mieux, si le technicien est insuffisamment instruit, plus il sera habile, plus il sera dangereux.

Que serait un chirurgien ignorant de la médecine? Il en fut bien ainsi jadis, mais ces pratiques médiévales ne sauraient être recommandées et ne sont pas davantage un exemple à suivre. Le chirurgien-dentiste, avec sa technique, ses 80 p. 100 de pratique manuelle, nous fait remonter à ces temps reculés; il constitue donc bien un anachronisme.

Sa spécialité en souffre : quels progrès peut-on envisager dans des conditions pareilles? Pendant des siècles d'empirisme, la chirurgie a fait moins de progrès que dans ces quarante dernières années de pratique scientifique, par des médecins instruits.

« C'est une spécialité autonome », disent les dentistes; « restons donc en dehors de la médecine. » Peut-on concevoir, dans la médecine, une spécialité autonome, par conséquent, dans l'organisme, un organe qui le serait?

Peut-on imaginer un ophtalmologiste qui n'aurait jamais fait que des yeux, un laryngologiste, que du larynx, un radiologiste que de l'électricité?

Si, d'aventure, il avait pu en être ainsi dans une de ces spécialités, en serait-elle au point ou elle en est actuellement?

Celui qui en souffre le plus, c'est le malade. Alors que dans toutes les autres branches de la médecine, il trouve des soins avertis, une progression constante, des résultats qui se rapprochent, de jour en jour de la perfection, que trouve-t-il dans celle que nous envisageons?

A peu près rien de ce qu'il serait en droit d'attendre, par comparaison avec les autres; en somme ce qu'il trouverait en radiologie, par exemple, si cette spécialité était exercée par de simples ouvriers électriciens.

Les soins? Mais il faudrait d'abord connaître la pathologie des organes, pour qu'ils puissent être ce qu'il conviendrait qu'ils fussent.

Considère-t-on comme des soins suffisants, pour la carie, de boucher des trous à mesure de leur apparition? Il est vrai que pour essayer de faire mieux il faudrait connaître la nature de cette affection, donc l'avoir étudiée, et pour cela en être capable.

La prothèse consiste à remplacer au petit bonheur des organes à mesure de leur disparition : il vaudrait peut-être mieux connaître les raisons de cette déficience, donc l'avoir étudiée.

En tous cas, la clinique et la radiographie nous montrent tous les jours les dangers de sa pratique actuelle.

Les instruments et appareils ne devraient être utilisés que dans la mesure de leur utilité médicale. Est-ce qu'un médecin radiographie systématiquement tous ses malades?

On pourrait passer ainsi en revue toutes les questions : on aboutirait toujours à la même conclusion : nécessité d'une instruction médicale pour comprendre d'abord, appliquer ensuite.

La thérapeutique, par exemple? Mais il est bien évident qu'il faut en avoir des notions suffisantes pour que sa pratique soit judicieuse et utile, Sans quoi, un produit est apprécié en raison directe de sa réclame. Pour faire de la vaccination, il est bien indispensable de savoir ce que peut être un vaccin. Sans quoi on applique à des cas qui ne le comporteraient point d'ailleurs, sous ce nom, des produits quelconques.

Aujourd'hui, ce sont les vaccins, demain ce seront les rayons ultra-violets.

Un arrêt de la Cour vient de proscrire l'adaptation des lunettes aux non-médecins.

La conclusion?

Il n'est point besoin d'en chercher d'autre.

A. HERPIN.

CHIFFRE D'AFFAIRES

M. Régis, député, demande à M. le ministre des Finances : 1° si les cliniques dûment autorisées à hospitaliser les bénéficiaires de l'article 64 de la loi des pensions doivent payer la taxe sur le chiffre d'affaires sur les sommes perçues par elles pour cette hospitalisation; 2° si les hospices civils qui existent dans toutes les communes doivent, au point de vue de l'application de l'article 64 de la loi sur les pensions, être traités sur le même pied que les cliniques privées. (*Question du 4 mars 1926.*)

Réponse. — 1° Réponse affirmative. Le fait que, pour les malades visés, l'Etat assume les frais du traitement n'est pas de nature à soustraire les cliniques au droit commun; 2° réponse négative. Ces établissements ne sont pas passibles de la taxe du chiffre d'affaires. (*J. O.*, 10 juin 1926.)

LIVRES NOUVEAUX

Répertoire d'hygiène et de médecine sociales, publié par l'Union des syndicats médicaux de France [volume III, 1925] (1).

L'Union des syndicats médicaux de France vient de faire paraître pour la troisième fois son *Répertoire d'hygiène et de médecine sociales*. C'est un volume de 317 pages, contenant plus de 3.000 références bibliographiques nouvelles portant surtout sur les années 1924 et 1925. Un certain nombre de rubriques sur la Législation de l'hygiène, sur les Rapports du syndicalisme avec les organisations d'hygiène officielle, etc., ont été ouvertes.

Ce Répertoire constitue, à l'heure actuelle, un document unique en France et est indispensable à tous ceux qu'intéressent les grandes questions d'hygiène sociales qui se posent chaque jour de plus en plus nombreuses. L. G.

(1) On peut se procurer le *Répertoire*, au siège social de l'Union des syndicats médicaux de France, 25, rue Louis-le-Grand, Paris (IIe). — Prix : 15 fr.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la **FIÈVRE TYPHOÏDE** *et du* **CHOLÉRA**



Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

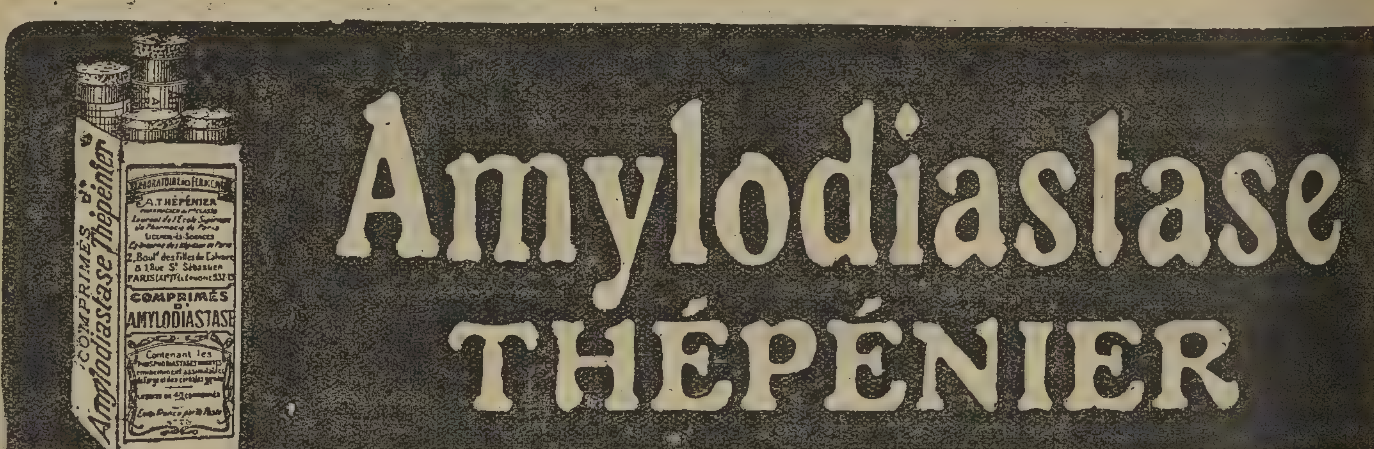
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* **DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* **LAIT**
Préparation des **BOUILLIES MALTÉES**

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* **FÉCULENTS**



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

***Préparation des bouillies** : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C. 150.854, Seine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2* : 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Séance du 17 juin. — MM. Deschamp, 19; Jacob, 19,70; Haguenau, 18,40.

Candidats admissibles à l'épreuve clinique orale :

MM. Cathala et Alajouanine, 20; Bénard, 19,90; Mouquin, 19,72; Jacob, 19,70; de Gennes, 19,60; Nicaud, 19,45; Paraf, 19,36; Carrié, Deschamp et Bernard, 19; Ravina, 18,90; Haguenau, 18,40; Boulin, 18,30; Marchal, 17,45.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Rochon-Duvigneaud, Morax, Magitot, Terrien, Coutelas, Lereboullet, Descomps.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Pruvost, Tinel, Brodin, Donzelot, Madier, Portes, qui acceptent; de Gaudart d'Allaines, Gouverneur, Bollack, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 18 juin. — Mlle Roux, 12 + 6 = 18; M. Rousseau, 16 + 8 = 24.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le 7 juillet 1926.

La durée de cette session sera de trois jours.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le jury du concours des médecins des asiles publics d'aliénés, en 1926, est constitué comme suit :

Président. — M. le docteur Raynier, inspecteur général adjoint des services administratifs.

Membres titulaires. — M. le professeur Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

M. le docteur Calmettes, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne).

M. le docteur Coulonjou, médecin chef de service au quartier d'aliénés de l'hospice de Nantes (Loire-Inférieure).

M. le docteur Alombert-Goget, médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône).

M. le docteur Camus, médecin chef de service au quartier d'aliénés de l'hospice de la Salpêtrière (Paris).

Mme le docteur Piquemal, médecin chef de service à l'asile privé d'aliénés de Limoux (Aude).

Membres suppléants. — M. le docteur Burle, médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Bassens (Savoie).

M. le docteur Guiraud, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Oise). (*J. O.*, 18 juin 1926.)

VAL-DE-GRACE. — Un décret en date du 9 juin 1926 modifie le décret du 29 avril 1918 relatif au Musée du Val-de-Grâce qui comprend désormais la collection des archives et documents de guerre, la bibliothèque centrale du Service de santé

ainsi que tous les services rattachés ou à rattacher au Musée par arrêté du ministre de la Guerre. (*J. O.*, 18 juin 1926.)

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS. — MM. les professeurs Graham, de Saint-Louis (Missouri) et Putti de Bologne ont accepté de faire des conférences à l'occasion des Journées médicales de Paris qui se tiendront au Grand Palais les 15, 16, 17, 18 et 19 juillet 1926 sous la présidence de M. le professeur Widal.

Les autres conférences seront faites par MM. les professeurs Calmette, Sicard, Lépine; et par M. le docteur Bensaude, médecin des hôpitaux.

Un grand nombre de chefs de services et assistants des hôpitaux recevront les adhérents dans leurs service pour des démonstrations cliniques : MM. les professeurs Léon Bernard, Brindeau, Claude, J.-L. Faure, Gilbert, Guillain, Marfan Nobécourt, Ombrédanne, Roussy, Sébileau, Sergent, Teissier, Widal. Parmi les professeurs agrégés et médecins des hôpitaux : Armand-Delille, Auvray, Baumgartner, Bensaude, Pierre Descomps, Devraigne, Heuyer, Lesné, Lereboullet, Léri, Lian, Lortat-Jacob, Lévy-Solal, Léopold Lévi, Mauclaire, Mouchet, Milian, Métivet, Michon, Okinzyc, Proust, J. Renault, Robineau, Tixier, Vallery-Radot, Cl. Vincent, Parmi les spécialistes : Bourgeois, Bourguignon, Delherm. Hautant, Laquerierre, Lobligeois, Maingot, Morax.

D'autres concours sont assurés. M. le docteur Roux à l'Institut Pasteur, M. le professeur Regaud à l'Institut Curie recevront les congressistes. La Société des chirurgiens de Paris tiendra une séance spéciale et donnera un programme de démonstration dans des cliniques ou hôpitaux privés.

L'exposition qui se tiendra au Grand-Palais s'annonce comme un grand succès. Les exposants sont très nombreux et les objets exposés très variés. Les locaux primitivement prévus, ont été rapidement insuffisants. Le premier étage du Grand-Palais a dû être occupé en entier; le rez-de-chaussée est réservé à l'exposition des voitures sanitaires, avions, etc., faite par le Service de santé militaire.

— Dans un précédent numéro (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 48, p. 770), nous avons donné les avantages offerts par les réseaux français et la Compagnie française de tourisme. De son côté, la Compagnie générale transatlantique et la Compagnie des Messageries maritimes accorderont, sur présentation de pièces justificatives (récépissé d'inscription par exemple), une réduction de 20 p. 100 sur l'addition de deux billets simples, valable un mois, aux participants des « Journées médicales de Paris ».

Pour s'inscrire aux Journées médicales de Paris ou pour avoir des renseignements, écrire au secrétaire général : Docteur Dujarric de la Rivière, 18, rue de Verneuil, Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. (Professeur : M. Cunéo.) — Cours de M. le docteur Robert Soupault, prosecteur, sous la direction de M. le professeur Gosset. — CHIRURGIE ABDOMINALE, ouverture du cours le lundi 28 juin 1926, à 14 heures.

Le cours aura lieu tous les jours. — Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le droit à verser est de 150 francs pour chaque série.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 15 à 17 heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur A. Col, professeur de matière médicale à l'Ecole de Nantes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 24 juin. — Jury : MM. Lecène, président; Terrien, Aubertin et Lenormant. — M. MALEYSSON. Etude clinique et thérapeutique des perforations du côlon. — M. GARNIER. Traitement des infections péri-utérines et des salpingites. — M. LEMONNIER. La thérapeutique chirurgicale des goitres bénins. — M. CHEBAT (E.). Observations d'accidents anaphylactiques par injection de sérum antitétanique. — M. LAGORSE. La tarsorraphie dans les troubles du segment antérieur de l'œil.

Jury : MM. Jeanselme, président; Chevassu, Sicard et Roussy. — M. WINTZER. Le traitement du zona. — M. RAY. Les accidents buccaux au cours de la bismuthothérapie. — M. FARAUT. Etude sur certaines affections cutanées de la face. — M. MARCEL (Jean). Syphilis du testicule. — M. SARLES. Troubles nerveux d'origine colitique. — M. SORTON. Etude sur les maladies familiales du système nerveux.

Jury : MM. Marfan, président; Gilbert, Nobécourt et Vaudescal. — M. STANKOVITCH. Etude sur l'incoagulabilité sanguine par le sulfarsénol. — M. LE RASLE. Les groupes sanguins et leur importance dans la transfusion du sang. — M. DJORDJEVITCH (R.). Etude des formes frustes de l'hypertrophie du thymus. — M. CRAMA. Etude sur les troubles digestifs du nourrisson. — M. LONGCHAMP. Etude sur quelques observations de convulsions de l'enfance. — M. CHOQUET. Recherches sur les résorptions des racines des dents temporaires.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — RELATIONS DE PARIS P.-L.-M. AVEC LES VILLES D'EAUX ET LES CENTRES DE SÉJOUR DE L'AUVERGNE. — Depuis le 15 mai 1926, les relations de Paris P.-L.-M. avec l'Auvergne seront assurées comme suit :

Deux rapides de jour : l'un, Vichy rapide, avec 1re, 2e classes et wagon-restaurant : Paris, départ 10 h. 30; Vichy, arrivée 16 h. 24; l'autre, toutes classes et wagon-restaurant : Paris, départ 13 h. 50; Vichy, arrivée 19 h. 38; Saint-Etienne, arrivée 21 h. 56.

Un express de nuit avec places de luxe, 1re, 2e et 3e classes : Paris, départ 22 h. 40; Vichy, arrivée 5 h. 40; Châtel-Guyon, arrivée 7 h. 3; Clermont-Ferrand, arrivée 6 h. 40; Royat, arrivée 7 h. 7; Issoire, arrivée 7 h. 53; Brioude, arrivée 9 heures. Correspondance à Clermont-Ferrand (du 22 mai au 30 septembre) et à Issoire (du 1er juin au 25 septembre) avec les autocars P.-L.-M. pour Saint-Nectaire, Murols, le Lac Chambon et le Mont-Dore.

Un deuxième express de nuit avec places de luxe, 1re, 2e et 3e classes, plus spécialement affecté aux relations de Paris avec Saint-Etienne : Paris, départ 22 h. 10; Saint-Etienne, arrivée 7 h. 30.

En outre, *un express de nuit* avec couchettes, 1re, 2e et 3e classes, assurera les relation de Paris P.-L.-M. avec le Cantal et le Midi : Paris, départ 20 h. 30; Clermont-Ferrand, arrivée 3 h. 50; Issoire-Saint-Nectaire, arrivée 4 h. 52 ; Brioude, arrivée 5 h. 50; Saint-Flour, arrivée 7 h. 50; Béziers, arrivée 15 h 24; Nîmes, arrivée 13 h. 34.

L'EXTRAIT THYROÏDIEN

ASSOCIÉ AU SALICYLATE DE SOUDE

DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME CARDIAQUE ÉVOLUTIF

Par Ed. DOUMER,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

L'extrait thyroïdien dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — Les recherches de Roger et Garnier (1) ont attiré l'attention sur l'état de suractivité sécrétoire que présente souvent la thyroïde des sujets qui ont succombé à une maladie infectieuse. Ils l'interprètent comme un processus réactionnel de défense contre l'infection. Différents auteurs ont repris ces recherches et ont tenté de préciser le rôle que jouait cette glande dans la lutte contre l'infection. On trouvera le résumé de ces travaux dans le beau livre que Lucien Parisot et Richard (2) ont consacré à la thyroïde. Bien que les résultats de ces travaux soient un peu contradictoires et ne mettent pas toujours en évidence l'intervention de cette glande dans la constitution de l'immunité, il paraît cependant démontré que, dans certaines conditions expérimentales, la thyroïdectomie rend l'animal plus sensible à différentes maladies infectieuses, tandis que l'extrait thyroïdien lui permet au contraire de lutter plus longtemps et de façon plus efficace.

Vincent (3) signale l'existence assez commune d'une tuméfaction douloureuse de la thyroïde dans les maladies infectieuses les plus diverses. Il l'interprète lui aussi comme une réaction hyperplasique de défense. Il insiste tout particulièrement sur cette réaction thyroïdienne dans le rhumatisme articulaire aigu. Il note que celle-ci peut faire défaut ou disparaître après quelques jours et constate que son absence ou sa disparition coïncide souvent avec un retour offensif de l'infection. La défaillance de cette glande et l'insuffisance de cette réaction semblent donc laisser libre cours au développement du rhumatisme articulaire aigu et placer l'organisme en état de moindre résistance.

Il était donc indiqué de tenter dans cette maladie infectieuse la médication thyroïdienne associée au salicylate de soude. C'est ce qu'ont fait avec un plein succès Paillard et Thiers (4), puis Sergent (5) qui a consacré plusieurs articles à cette question et qui a inspiré sur ce sujet la thèse de Ducasse (6).

L'extrait thyroïdien dans le traitement du rhumatisme cardiaque évolutif. — Cette association, dont les résultats sont en effet très intéressants et qui mériterait d'être mieux connue et plus utilisée, est à conseiller non seulement dans les formes habituelles du rhumatisme articulaire aigu traînant, pour faire tomber la fièvre et faire disparaître des arthropathies qui ne cèdent pas avec une rapidité suffisante sous l'influence de la médication salicylée, mais aussi dans les formes traînantes et larvées de l'infection rhumatismale.

Parmi les plus intéressantes et les plus communes de ces formes se placent celles qui suivent la constitution d'une endocardite rhumatismale et qui ont une symptomatologie presque purement cardiaque. Ici les phénomènes articulaires, infiniment discrets, sont au second plan. Ils passeraient facilement inaperçus si l'on ne cherchait avec le plus grand soin la notion d'arthalgies légères, à peine gênantes, erratiques et vagues, qui se réveillent à intervalles plus ou moins espacés. La fièvre est tombée. L'infection rhumatismale paraît guérie, ne laissant après elle, semble-t-il, qu'une lésion valvulaire organisée. Mais cette lésion valvulaire, qu'elle siège au niveau de l'aorte ou de la mitrale, est assez mal tolérée. Elle paraît devoir brûler les étapes et menace de bonne heure de se décompenser. Le cœur est rapide, avec parfois des échappées extra-systoliques. La dyspnée d'effort ou même des signes d'insuffisance cardiaque plus inquiétants font redouter l'échéance prochains de troubles graves de défaillance du cœur. Suivant la conception si juste et si féconde de Ribierre et Pichon (1), ces signes surprenants d'insuffisance cardiaque précoce sont liés moins à la lésion valvulaire qu'à la persistance de l'infection rhumatismale toujours active au niveau des valves touchées. Ces malades doivent être soignés comme des rhumatisants plus que comme des cardiaques.

Le salicylate de soude permet parfois en effet d'obtenir une amélioration que les toni-cardiaques avaient été impuissants à donner. Pourtant cette médication ne donne pas toujours des résultats très appréciables, ni tout à fait satisfaisants, ni surtout qui tiennent assez longtemps. Ce rhumatisme cardiaque est particulièrement tenace. J'ai transporté dans ce domaine les suggestions de Sergent et dans deux cas de rhumatisme cardiaque évolutif dont voici les observations, j'ai obtenu, en associant l'extrait thyroïdien au salicylate de soude, des résultats plus nets et plus durables que ceux donnés auparavant par le traitement purement salicylé.

Observations. — *Observation I.* — J'ai reçu en juillet 1925 un jeune homme de vingt-deux ans qui avait fait trois ans auparavant une crise de rhumatisme articulaire aigu et qui portait depuis lors une insuffisance mitrale d'origine rhumatismale. Depuis plus d'un an, cette cardiopathie, d'abord bien tolérée, entraînait de la dyspnée d'effort et des palpitations. La dyspnée s'était précisée au point de gêner les actes les plus courants de la vie journalière, une marche un peu rapide, la montée d'un escalier. Les palpitations habituellement perçues à l'occasion d'un effort cause des battements cardiaques trop énergiques et précipités, prenaient à certains moment les caractères qu'elles présentent dans les faux-pas du cœur; le malade nous prévint que son médecin avait en effet noté à différentes reprises des contractions extrasystoliques. Il avait vu de nombreux médecins qui l'avaient soumis sans succès à la médication digitalique.

Ce sujet, au moment où je fut amené à l'examiner, avait un cœur rapide (96) habituellement régulier, mais avec de loin en loin, des extrasystoles en effet. La pointe battait donc le cinquième espace presque sous le mamelon. Son choc parfaitement visible était énergique et soulevait la paroi thoracique. Le cœur portait à la pointe un souffle hilosystolique, rude, constant, qui irradiait largement dans l'aisselle. On entendait de plus une sorte de vibration présystolique, trop courte pour éveiller le soupçon d'une sténose mitrale associée, plus comparable au bruit présystolique qui est si commun dans l'éré-

(1) Roger et Garnier. *Presse méd.*, 19 avril 1899.
(2) Lucien Parisot et Richard. *Traité d'endocrinologie. La thyroïde.* Paris, 1925, Doin.
(3) Vincent. *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. des hôpit. de Paris*, 8 juin 1906.
(4) Paillard et Thiers. *Bulletin méd.*, 1919.
(5) Sergent. *Arch. de méd. cir. et esp.*, Madrid, 1er avril 1922. — *Le Monde médical*, 1er juillet 1925.
(6) Ducasse. *Th. de Paris*, 1920.

(1) Ribierre et Pichon. *Paris méd.*, 5 juillet 1924. — Pichon, *Th. de Paris*, 1924.

thisme cardiaque et qu'il n'était pas étonné de noter à l'auscultation de ce cœur éréthique. Mais le premier bruit, sans être réellement étouffé, était plus sourd et moins bien frappé que d'habitude et n'avait nullement le timbre éclatant qu'on perçoit souvent dans l'éréthisme cardiaque. Sous l'écran radioscopique, sans être très gros, le ventricule gauche était nettement augmenté de volume, un peu globuleux, avec un point G élevé. La tension artérielle mesurée au Vaquez-Laubry avait pour valeur : 16 Mx, 9 Mn. La base pulmonaire droite portait des râles congestifs assez discrets. Le foie n'était pas augmenté de volume. Les malléoles n'étaient pas œdématiées. Le sujet était apyrétique.

Depuis trois ans, le malade n'avait pas fait de véritable crise rhumatismale et considérait son rhumatisme comme bien guéri. En réalité, l'interrogatoire permit de découvrir qu'il avait par moment de petites douleurs fugaces dans les poignets, les cous-de-pied et les articulations des doigts, manifestations douloureuses si discrètes et si peu gênantes qu'il n'y avait pas prêté attention. De plus, il était devenu sujet à de fréquentes angines.

Cette notion, qui venait s'ajouter à des constatations objectives de première importance, la mauvaise qualité du premier bruit, les signes trop précoces de décompensation de la lésion valvulaire, fit soupçonner la persistance de l'infection rhumatismale et m'amena à soumettre le malade à la médication salicylée plutôt qu'aux toni-cardiaques. Le salicylate de soude, à la dose de 6 grammes par jour pendant une semaine, donna rapidement des résultats appréciables. En moins de huit jours, les extrasystoles avaient disparu, le rythme était devenu moins rapide (80) et le cœur moins instable, la base droite avait perdu ses râles, la dyspnée d'effort s'était très notablement amendée.

Cette amélioration toutefois ne fut pas de très longue durée. Trois semaines plus tard, le cœur recommençait à battre plus vite et plus fort et le sujet se sentait plus gêné à l'effort. Il fallut reprendre le salicylate. Dans les mois qui suivirent, toutes les trois semaines et tous les mois, le besoin d'une cure salicylée se faisait sentir par un peu plus de dyspnée d'effort, d'éréthisme cardiaque et de tachycardie. Ces symptômes précédaient de peu le retour de légères arthralgies ou l'apparition d'une angine. Chaque fois le salicylate de soude procurait une certaine amélioration, mais de moins en moins nette et de plus en plus précaire. A la longue l'efficacité de cette thérapeutique semblait s'épuiser et les résultats obtenus devenaient moins durables. En décembre dernier, au sortir d'une cure salicylée, le cœur restait instable, un peu précipité (88), manifestement éréthique, avec un premier bruit légèrement assourdi. Sans être excessive, la dyspnée d'effort était encore gênante.

J'associai alors au salicylate de soude (4 grammes par jour, en raison de l'état digestif du sujet) de la thyroïdine à la dose de 0g15, puis 0g20 par jour. Le résultat en fut très rapide. Quatre jours plus tard, le cœur était à 72, le choc de la pointe nettement plus calme, le premier bruit avait retrouvé tout son éclat, la dyspnée d'effort avait tout à fait disparu et le malade avait retrouvé, disait-il, une agilité qu'il ne se connaissait plus depuis son rhumatisme articulaire aigu. On continua néanmoins, par précaution, ce traitement mixte pendant quatre jours encore, puis toute thérapeutique fut suspendue.

Cette fois l'amélioration fut durable. Dans les quatre mois qui suivirent, la lésion valvulaire a témoigné, sans défaillance, d'une parfaite compensation. J'ai eu l'occasion de revoir le malade à plusieurs reprises; il affirmait à chacune de ses visites l'entière satisfaction que lui donnait l'état fonctionnel de son cœur. Il n'a plus éprouvé de douleurs articulaires. Il n'a pas fait d'angine de tout l'hiver.

Obs. II. — J'ai été appelé en octobre 1925 auprès d'une jeune femme de vingt-six ans qui était au déclin d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. Assez indocile, elle n'avait accepté que de mauvais gré le salicylate de soude qui lui avait été ordonné et ne s'était résignée qu'à un traitement insuffisant et insuffisamment prolongé. Quand je la vis, trois semaines après le début de sa crise, les douleurs et les fluxions articulaires avaient disparu et la fièvre était tombée. Mais le tracé thermique, assez irrégulier, montait encore volontiers aux environs de 37°8. La malade, d'autre part, était pâle et se plaignait de lassitude. Elle avait, enfin, un cœur rapide (100), très instable et qui se précipitait outre mesure dans les changements de position. Le cœur portait à la pointe un souffle systolique assez doux, mais couvrant tout le petit silence et irradiant dans l'aisselle, témoin par conséquent d'une insuffisance mitrale qui s'était constituée à l'occasion de l'infection rhumatismale. Sans être assourdi, le premier bruit n'était pas parfaitement pur, mais comme légèrement roulé. Le second bruit était net et la diastole silencieuse.

En raison du déséquilibre thermique, de la pâleur, de l'asthénie et de l'instabilité cardiaque qui portaient à croire mal endormie l'infection rhumatismale, j'ordonnai de reprendre et d'intensifier le traitement salicylé. J'indiquai qu'il serait une sage précaution de se résigner pendant des mois, à prendre tous les mois 3 à 4 grammes de salicylate de soude par jour pendant une semaine.

Je ne revis la malade que trois mois plus tard. Elle m'affirma avoir suivi scrupuleusement mes conseils, et son entourage me l'a confirmé. Elle en avait tiré d'abord assez de bénéfice pour que son médecin lui permît de se lever après une dizaine de jours, à la fin de la première cure salicylée. Mais elle était restée lasse. Son cœur avait continué de se précipiter au moindre effort. Elle avait gardé de la dyspnée d'effort. Enfin, elle avait à plusieurs reprises de petites douleurs articulaires. Les cures mensuelles de salicylate de soude n'avaient pas paru améliorer sensiblement ces différents symptômes.

Elle avait, en effet, le pouls à 92, toujours instable. Malgré le traitement salicylé, l'endocardite rhumatismale s'était étendue. L'auscultation cardiaque révélait, en plus du souffle systolique de la pointe, un léger souffle diastolique d'insuffisance aortique qui n'existait pas au premier examen. Le second bruit était légèrement assourdi.

J'ordonnai 4 grammes de salicylate de soude et 0g15 de thyroïdine par jour. Huit jours plus tard, le cœur était plus calme (80). Au point de vue des palpitations et de la dyspnée d'effort, la malade accusait une amélioration très sensible. Elle a continué à prendre pendant une semaine tous les mois de la thyroïdine et du salicylate de soude associés. Depuis trois mois, sous l'influence de cette thérapeutique, son cœur fait preuve à l'égard de sa double lésion d'une tolérance parfaite. La malade a pu reprendre ses occupations et accomplit maintenant, sans fatigue et sans se plaindre d'oppression, ce qu'exige son rôle de maîtresse de maison.

Conclusions. — Dans le rhumatisme cardiaque évolutif on tout moins dans les endocardites rhumatismales traînantes et prolongées n'ayant pas encore entraîné de troubles graves d'insuffisance cardiaque, l'extrait thyroïdien associé au salicylate de soude paraît donc donner à cette médication une efficacité thérapeutique sont le traitement salicylé à lui seul est trop souvent dépourvu. Je ne sais si cette association, jointe ou non aux toni-cardiaques, donnerait des résultats comparables dans les formes graves du rhumatisme cardiaque évolutif. Quand il y a de gros troubles du rythme, des œdèmes, de l'hépatomégalie; je n'ai pas encore eu l'occasion de l'essayer dans de tels cas. Mais, après les faits que voici, on a le droit de l'espérer, et cette médication est tout à fait indiquée.

Il ne faut s'effrayer de ce que ces malades sont des tachycardes et des palpitantes, y voir une contre-indication à la médication thyroïdienne et craindre que celle-ci dont on connaît les propriétés physiologiques n'augmente l'accélération du rythme et les palpitations. Les résultats de l'opothérapie thyroïdienne dépendent essentiellement du terrain. Les sujets qui en ont le besoin peuvent, sans faire de tachycardie, supporter de grosses doses de thyroïde et celle-ci peut alors, comme le prouvent ces observations, contribuer par un mécanisme différent à calmer l'érithisme cardiaque, lorsqu'il est lié à un facteur infectieux que la thyroïde parvient à dominer.

Mais il faudrait bien se garder d'appliquer l'opo-

thérapie thyroïdienne à toutes les tachycardies post-rhumatismales. Rien n'est plus illogique et rien ne serait probablement plus fâcheux que son emploi dans les syndromes d'instabilité cardiaque simple que laisse parfois après lui le rhumatisme articulaire aigu ou dans les syndromes basedowiens dont il est parfois suivi. Il doit être réservé aux cas d'éréthisme cardiaque par infection rhumatismale persistante de l'endocarde.

LE SIGNE DU "CAPITONNAGE MÉSOCOLIQUE"

DANS LE CANCER DE L'ESTOMAC

Par A. CHAUVENET (de Thouars).

Un des pires écueils des gastrectomies pour cancer est constitué par les adhérences gastro-mésocoliques. Alors même qu'elles sont de nature inflammatoire elles rendent le décollement inter-gastro-mésocolique d'autant plus scabreux que l'on sait l'indigence de la vascularisation colique transverse. Il faut faire une dissection minutieuse, sans léser des vaisseaux fragiles qu'il faut éviter de pincer. Ce n'est pas que le sphacèle intestinal survienne à tout coup après de tels incidents. Cependant il n'est pas rare et il est redoutable.

Ces difficultés s'accroissent lorsque les adhérences sont de nature cancéreuse.

Il nous paraît utile au point de vue de la décision à prendre et au point de vue pronostique de chercher un critère pour distinguer les adhérences gastro-mésocoliques inflammatoires des adhérences par extension cancéreuse.

En effet si l'on pratique, comme on le fait communément, le décollement colo-épiploïque pour aller explorer l'arrière cavité des épiploons, on peut être amené plus loin qu'on le voudrait.

C'est ainsi que nous avons vu un de nos maîtres, tâtant du doigt la zone d'accollement gastro-mésocolique, et ouvrant, malgré la douceur de ses manœuvres d'exploration, un cancer gastrique adhérent au mésocolon.

Cet accident força la main à pratiquer une gastrectomie extrêmement difficile. C'était la seule ligne de conduite.

Aussi bien notre Maître le docteur Charrier (de Bordeaux) nous a-t-il appris un signe dont la valeur nous paraît très grande et qui permet d'affirmer presque à coup sûr les adhérences mésocoliques et leur nature cancéreuse.

On relève le tablier épiploïque et le colon traverse de façon à bien voir la face inférieure du mésocolon. Cette manœuvre permet déjà de juger de la souplesse ou de la rétraction du méso.

S'il y a vers la racine du méso une zone un peu rouge avec un piqueté de points plus foncés, *en capiton*, on peut affirmer, presque à coup sûr, l'adhérence cancéreuse.

Ce signe du *capitonnage mésocolique* nous paraît être analogue à celui de la *peau d'orange* dans le cancer du sein.

Nous venons de l'observer encore deux fois chez des malades présentant par ailleurs des noyaux hépatiques métastatiques.

Comme il n'y a rien de neuf en chirurgie nous croyons que bien des chirurgiens doivent avoir fait la même constatation que nous, à notre insu.

Cependant il ne nous a pas paru inutile d'attirer l'attention sur ce fait. Ne serait-ce que pour être approuvé... ou désapprouvé, ce qui est souvent plus instructif.

ACTUALITÉS

LE CITRATE DE SOUDE

Le citrate de soude est depuis longtemps connu et employé en médecine soit directement en solution, soit par le moyen de produits naturels puisqu'il existe mélangé à d'autres citrates et à l'acide citrique dans le jus de divers fruits (citrons, limons). L'acide citrique ayant pour formule

$$\mathrm{COOH-CH^2-\underset{\displaystyle COOH}{\overset{\displaystyle OH}{C}}-CH^2-COOH}$$

il existe trois sels de soude, en corrélation avec les trois groupements acides; c'est du citrate trisodique ou citrate alcalin que nous nous occuperons surtout ici. Son étude plus approfondie au cours de ces dernières années a notablement accru le nombre de ses indications.

Propriétés physiques et chimiques. — Le citrate de soude alcalin est un sel efflorescent qui cristallise en cristaux orthorhombiques de formule $C^6H^5O^7Na^3 + 11H^2O$.

Sa saveur est légèrement amère; il est soluble dans l'alcool et dans l'éther et très soluble dans l'eau (dans 0,75 partie à froid). Les solutions ont une réaction faiblement alcaline et sont assez instables; elles se décomposent en effet spontanément et subissent une transformation partielle en acide citrique; de même l'action des moisissures suffit à transformer le citrate de soude en oxalate.

Mis *in vitro* en présence de sels de calcium le citrate les précipite, action importante au point de vue physiologique, en particulier pour tout ce qui touche au mécanisme de la coagulation sanguine. Il est important toutefois de noter que dans l'organisme l'action du citrate de soude sur les sels de calcium est analogue mais non semblable; il n'y a pas en effet de précipité. Néanmoins l'antagonisme des deux métaux subsiste et le citrate de soude fait passer le calcium à un état dissimulé où il est dépouillé de toute activité.

PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES. — Sur l'organisme, le citrate de soude a une action locale négligeable; son action générale est à l'heure présente mieux connue dans ses effets que dans son mode d'action; aussi n'est-il pas encore toujours possible d'expliquer des contradictions sans doute plus apparentes que réelles et qui ne sont que l'indice de la complexité du mécanisme mis en jeu. Dans tous ces effets l'antagonisme vis-à-vis du calcium semble cependant d'une importance particulière.

ACTION LOCALE. — Le citrate est doué d'une *causticité* légère qui ne lui est pas particulière mais dont on a pu tirer parti en thérapeutique en raison du peu de réaction générale dont elle s'accompagne.

ACTION SUR LE CŒUR ET LES VAISSEAUX. — Le citrate de soude semble légèrement *cardiotonique* propriété qu'il partage, à un degré d'ailleurs moindre qu'eux,

avec d'autres citrates, le citrate de magnésie en particulier.

Introduit directement dans le courant sanguin, le citrate de soude *élève assez notablement la tension artérielle*, peut-être par action sur le grand sympathique. L'action se fait peu sentir sur les gros vaisseaux et semble surtout porter sur les petits vaisseaux et les capillaires. Le citrate de soude paraît en même temps inhiber légèrement l'action des vasodilatateurs.

Action sur le sang. — *In vitro* une proportion de *1 à 4 p. 1000* de citrate rend le sang *incoagulable*; mais il n'est de ce fait rendu toxique ni pour le sujet lui-même ni pour un autre et cette médication n'occasionne aucun état hémophile même transitoire. *In vivo* les effets sont habituellement les mêmes; l'exagération des doses semble cependant *favoriser la coagulation du sang* et la cessation des hémorragies, ceci peut-être par vaso-constriction,

Le citrate *diminue la viscosité sanguine*.

Sur les éléments figurés du sang il possède une *action morphogène*; introduit dans la circulation il provoque une diminution passagère suivie d'une *augmentation considérable du nombre des globules rouges* (600.000 à 1.000.000) le maximum de réaction étant obtenu en quelques jours. Pour Normet, cette augmentation serait due à la transformation des mononucléaires en normoblastes puis en globules rouges. Les fortes doses sont cependant susceptibles de faire baisser le nombre des hématies (Chauffard et Troisier). Les globules blancs augmentent de nombre mais seulement pendant quelques heures après lesquelles ils diminuent.

Pour Maurice Renaud ces effets seraient inconstants et on peut n'observer aucun changement ni du temps de saignement ou de coagulation ni aucune modification du plasma ni des éléments figurés.

A noter enfin que le citrate de soude *empêcherait la fixation* sur le globule rouge *des substances hémolysantes* des toxines de natures diverses, en particulier de celles de l'hématozoaire du paludisme. Unger, au contraire, a prétendu que le citrate fragiliserait les hématies, diminuerait le complément, réduirait le pouvoir opsonique et l'activité phogocytaire des leucocytes.

Action anticoagulante générale. — L'antagonisme vis-à-vis du calcium qui se manifeste dans l'action sur la coagulation sanguine se manifeste de façon homologue en retardant la coagulation d'autres humeurs de l'organisme, normales ou pathologiques : lait, sérosités pleurales, péritonéales, méningées.

Action sur le tube digestif. — Le citrate de soude agit comme un *purgatif doux*.

Indications. — Elles sont nombreuses.

Action anticoagulante. — La principale est la *transfusion sanguine* largement pratiquée depuis quelques années grâce au citrate de soude. On utilise en général 10 centimètres cubes de solution à 10 p. 100 pour maintenir fluides 300 à 400 centimètres cubes de sang.

A la suite des résultats publiés par Buerger, Meyer, Steel on a employé avec succès le citrate contre la *thrombo-artérite* oblitérante et ses accidents spasmodiques ou occlusifs : *claudication intermittente, sphacèle limité des orteils* (Troisier et Ravina) et même *gangrène sénile* étendue (Ozo).

Action hémostatique. — Neuhoff, Hirschfeld et divers autres après eux ont employé le citrate soit dans les *hémorragies chirurgicales* à titre curatif (hémorragies en nappe des muqueuses ulcérées ou non, suintement de plaies opératoires peu accessibles, hémorragies des cancers ulcérés : utérus, rectum, pharynx, hémorragies des fibromes, etc.) ou à titre préventif la veille d'une intervention; soit dans les *hémorragies obstétricales* (délivrance) soit dans les *hémorragies médicales* (épistaxis, mélœna, hémoptysies même bacillaires tardives) où l'action paraît se faire sentir assez rapidement.

Action sur la viscosité. — Lépine, et après lui Gouraud ont montré les services que peut rendre le citrate de soude chez les *artérioscléreux jeunes* qui n'ont que des troubles fonctionnels sans lésions vasculaires, chez les pléthoriques jeunes, gros mangeurs et migraineux, et aussi contre certains troubles fonctionnels de la ménopause et certaines formes légères de l'angine de poitrine.

Action morphogène. — Normet a montré qu'au cours des *anémies pernicieuses* le citrate de soude à dose suffisante stimulait l'hématopoïèse, et même dans des formes aplastiques très graves, rebelles à l'arsenic et au fer; l'insuccès est au contraire habituel dans les chloroses et dans les anémies symptomatiques de bacillose ou de cancer.

Chauffard et Troisier au cours de l'érythrémie ont obtenu, mais seulement de façon passagère, une réduction de la polyglobulie.

Action locale. — Ayant observé la sclérose des veines qui se produit chez les malades soumis à un traitement citraté par injections intraveineuses Troisier (1917) a montré qu'on pouvait appliquer aux *veines variqueuses* un *traitement sclérogène* curatif en employant le citrate de soude, sel qui paraît dépourvu de divers inconvénients reprochés aux autres médicaments employés dans ce but.

Indications accessoires. — Certaines d'entre elles sont parmi les plus anciennement connues et ont passé au second plan par rapport à celles plus récentes que nous venons d'énumérer.

Le citrate a été employé *comme anticoagulant* au cours des phlébites, dans le traitement des pneumonies et des broncho-pneumonies (Weaver, Luccarelli), dans celui des pleurésies pour rendre le liquide pleural plus fluide à la thoracentèse; on l'a aussi employé dans les angines pseudo-membraneuses comme dissolvant des fausses membranes, *comme alcalin* au cours du diabète, de la gravelle urique et dans le rhumatisme articulaire aigu.

En thérapeutique digestive on l'emploie parfois associé au citrale de magnésie comme *purgatif*; à plus faible dose on l'emploie comme *alcalin chez les dyspeptiques*; chez le *nourrisson* à l'allaitement artificiel, *il facilite la digestion du lait*.

Contre-indications. — Le citrate de soude est contre-indiqué dans les *anémies pernicieuses* parvenues à *un extrême degré*, dans les *anémies symptomatiques* de tuberculose ou de cancer, dans *l'hémophilie, dans le purpura* où il est en général inefficace; il peut de plus être dangereux et serait susceptible de favoriser les hémorragies soit chez des *opérés* en période post-opératoire soit chez des *hyperchlorhydriques par ulcus gastrique*.

Mode d'administration. Posologie. — La voie sous-cutanée ne peut être employée en raison de la légère causticité du médicament; à côté de la voie buccale classique on peut employer la voie intraveineuse et même la voie intra-musculaire, selon les effets recherchés.

VOIE DIGESTIVE. — Le sel étant rapidement déliquescent on ne peut prescrire que des solutions qu'on doit employer fraîches à cause de leur instabilité.

Les doses classiques sont de *30 grammes pour l'effet purgatif*, en limonade.

La dose quotidienne *habituelle* pour *l'adulte* varie entre *2 et 6 grammes*.

Aux dyspeptiques on le donne souvent allié à d'autres alcalins (phosphate, sulfate de soude) ; pour les hypertendus on l'allie au chlorure de magnésium hypotenseur. Chez les artéritiques la dose habituelle est de 4 grammes par jour en 3 fois; le médicament se donne pendant plusieurs mois par périodes de quinze à vingt jours séparés par dix jours de repos.

M. Renaud donne des doses plus fortes : 8 à 12 grammes à raison de 1 gramme par heure.

Chez le nourrisson on ajoute à chaque biberon une cuillerée à dessert d'une solution à 5 p. 300.

VOIE INTRAVEINEUSE. — Nous avons donné plus haut la posologie de la transfusion.

Ailleurs, les doses administrées varient *entre 1 et 9 grammes* suivant les auteurs et le but recherché. Les taux sont également variables; Steel employait la solution à 2 p. 100; dans la cure des varices Troisier s'est adressé d'abord à la solution à 100 p. 100. Il semble que le plus grand nombre des cliniciens préfère actuellement *les taux moyens de 50 ou même 30 p. 100*. Il est important que l'injection soit lente et rigoureusement intraveineuse.

Dans la cure *des varices* on injecte par séance *2 à 8 centimètres cubes* d'une de ces solutions, on fait *deux séances par semaine*.

Contre les *hémorragies* Renaud préconise la solution à 30 p. 100 à raison de *15 à 30 centimètres cubes (4 à 9 grammes)*; dans les *thromboartérites, les anémies pernicieuses*, on fait des injections hebdomadaires par séries de 6 coupées par trois semaines de repos. Quel que soit le taux de la solution employée Normet recommande de ne pas dépasser quinze milligrammes à deux centigrammes par kilogramme de poids.

Comme cardiotonique ou dans la pneumonie on ne donne guère le citrate à plus de 1 gramme par jour.

VOIE INTRAMUSCULAIRE (avec novocaïne). — Pour les cas où l'intraveineuse est impossible. L'action caustique est faible et Neuhoff et Hirschfeld qui ont donné jusqu'à 9 grammes de sel en solution à 30 p. 100 ont obtenu des effets rapides.

Accidents. — Malgré le peu de toxicité du médicament son administration a pu occasionner des accidents; en particulier à l'occasion de transfusions on a pu observer des ascensions thermiques rapides et violentes suivies même de mort. Il est toutefois à noter que seule la voie intraveineuse, surtout si l'injection est pratiquée rapidement y a jusqu'ici donné lieu.

Panisset et Verge ont montré que chez l'animal la gravité des troubles était proportionnée aux doses. Chez le bœuf et le cheval 10 grammes donnent de la tachypnée, 25 grammes en injection intraveineuse donnent dès l'injection un choc brutal avec chute, excitation cérébrale, tachypnée, tachycardie, troubles durant une heure environ.

Chez le chien le seuil toxique semble de $0^{gr}25$ par kilogramme; $0^{gr}30$ donnent des accidents passagers mais intenses d'allure tétanoïde. On discute sur le point de savoir s'il s'agit de phénomènes colloïdoclasiques ou si le métabolisme du calcium est troublé.

Quoi qu'il en soit, Hédon a montré que ces accidents cessaient par l'administration intraveineuse de chlorure de calcium dont dix centigrammes suffisent à neutraliser la toxicité d'un gramme de citrate.

Le citrate acide de soude ou citrate monosodique. — Nous ne pouvons terminer sans mentionner le citrate monosodique récemment préconisé par R. Blondel. On peut l'administrer mélangé au précédent à raison de 4 à 10 grammes par jour. Il est susceptible de rendre des services chez les dyspeptiques, hyper ou hypochlorhydriques chez qui il atténue les malaises de la période digestive et stimule la fonction hépatique. Ses effets seraient plus nets que ceux du citrate alcalin administré per os. Il rend également dans le rhumatisme et dans la goutte des services comparables à ceux de la cure de citron.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 JUIN 1926)

Torsion d'un utérus fibromateux. — M. POULIQUEN (de Brest) communique l'observation d'une femme de vingt-cinq ans, atteinte d'un fibrome hémorragique qui l'avait profondément anémiée. Le fibrome remontait jusqu'à l'ombilic; survint un œdème de la jambe droite, bientôt suivi d'une phlébite, apparition de la phlébite sur l'autre jambe. Embolie pulmonaire. La température monte à 38 et à 39. L'état s'aggrave. Rétention d'urine, jamais la malade n'a accusé de douleurs vives. Opération : on trouve un fibrome incliné vers la fosse iliaque droite. Ses annexes gauches sont à droite et réciproquement, il y a une rotation de l'utérus, détorsion, hystérectomie subtotale, guérison.

M. Pouliquen rappelle des observations analogues de MM. J.-L. Faure et Auvray, rotation du fibrome avec torsion du vagin.

Luxation isolée de l'extrémité inférieure du cubitus. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur une observation de M. Botreau-Roussel. Il s'agit d'un homme de trente-six ans qui voulant mettre en marche le moteur de son auto eut un retour brusque de manivelle qui détermina une luxation du cubitus qui perfora la peau, réduction, suture de la plaie, réunion par première intention.

Traitement des abcès du foie par des injections d'émétine. — Second rapport de M. SCHWARTZ sur un intéressant travail du même auteur relatif à quarante-six cas d'abcès du foie traités par les injections sous-cutanées d'émétine et les ponctions répétées. Dans un premier cas, un homme de trente-six ans, alcoolique, est pris de phénomènes d'embarras gastrique fébrile, de diarrhée. L'état s'aggrave. Laparotomie transversale droite, incision d'un abcès hépatique, fermeture de la plaie abdominale, nouvel abcès hépatique, ponction évacuatrice, ce malade eut ainsi huit abcès consécutifs. Il fut traité par les injections d'émétine et finit par guérir.

Invagination iléo-cæcale. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation adressée par M. Dervaux (de Saint-Omer). Il s'agit d'un nourrisson pris de coliques violentes avec vo-

missements. M. Dervaux n'a pas attendu le symptôme hémorragique pour intervenir, la guérison spontanée étant très rare chez l'enfant. Désinvagination, guérison.

M. Ombrédanne insiste sur l'importance du toucher rectal dans ces cas, qui peut permettre de fixer le diagnostic si le doigt introduit dans le rectum révèle la présence du sang. Mais l'hémorragie est souvent un signe tardif. Il ne faut pas oublier, d'autre part, que la laparotomie exploratrice n'est pas toujours une intervention bénigne chez l'enfant. Il faut savoir aussi que, pour avoir des chances de succès, l'intervention doit avoir lieu au plus tard à la huitième heure après l'apparition des symptômes douleurs et vomissements.

M. Gernez fait observer que le symptôme hémorragique qui assure le diagnostic est souvent tardif, l'extrême intensité des douleurs jointes aux vomissements doivent suffire pour autoriser l'intervention.

M. Bréchot ne croit pas que la désinvagination spontanée n'est aussi rare qu'on l'a dit chez l'enfant.

M. Mathieu considère l'hémorragie comme un signe caractéristique de l'invagination. Mais il y a des cas d'invagination intestinale chez l'enfant sans hémorragie. La douleur, les vomissements et le ballonnement du ventre suffisent alors pour commander l'intervention.

La paralysie radiale immédiate après fracture. — M. Schwartz résume la discussion à laquelle a donné lieu sa communication. Il invoque en faveur de la thèse qu'il a soutenue les opinions d'Ollier et de Lejars. Il admet, avec eux, que le diagnostic d'enclavement du nerf est possible. Faut-il donc, dans tous les cas de paralysie radiale suite de fracture intervenir immédiatement? Malgré les protestations de ses collègues, Dujarier et Lapointe, il persiste à croire qu'il vaut mieux attendre et n'intervenir pour la paralysie radiale qu'après la consolidation osseuse, d'autant que la régénération spontanée du nerf est assez fréquent.

M. Dujarier maintient son opinion et préfère intervenir immédiatement.

Fractures ouvertes. — M. Fredet est opposé à l'ostéosynthèse immédiate dans les fractures ouvertes. Il fait passer une série de projections qui démontrent les bons résultats qu'il a obtenus. Il n'admet l'emploi des pièces métalliques qu'après asepsie complète ou cicatrisation parfaite.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 27 mai 1926)

Sclérose intracérébrale centro-lobaire à tendance symétrique; ses rapports avec l'encéphalite diffuse périaxile (Schilder) leuco-encephalopathia scleroticans progressiva, Flatau). — On trouve, à la base de certains syndromes à tendance généralement quadriplégique qui peuvent s'accompagner de cécité et de déchéance intellectuelle plus ou moins complète mais qui peuvent aussi rester beaucoup plus limités ou même frustes, des foyers de sclérose intracérébrale centro-lobaire à tendance symétrique qui paraissent avoir des parentés avec les faits décrits par Schilder sous le nom d' « encéphalite diffuse périaxile ». Dans cette conception, cette dernière constituerait la phase subaiguë d'une affection dont la sclérose intracérébrale constituerait la séquelle chronique, définitive et non évolutive.

Les auteurs rappellent le premier cas décrit par l'un d'eux avec M. Pierre Marie en 1913, et rapportent à l'appui de cette conception deux nouveaux cas. Le premier concerne un enfant quadriplégique, idiot, épileptique et aveugle, suivi pendant dix ans. Le second a trait à un vieillard qui présentait un pied bot acquis de l'enfance, avec signe de Babinski positif. Début par des convulsions; mort soixante ans après. Dans le premier cas, lésions de sclérose intracérébrale, centro-lobaire et symétrique, avec atteinte massive des pôles frontaux et occipitaux, plus discrète ailleurs. Dans le second cas, lésion de même nature, limitée à la partie supérieure du cerveau et atteignant le lobule paracentral, petite lésion linéaire accessoire dans le lobe occipital.

M. Jumentié rappelle un cas qu'il a observé avec MM. Rochon-Duvigneaud et Vallière-Vialleix : il s'agissait là d'une forme subaiguë, à localisation presque exclusive sur les radiations visuelles et sur les voies optiques elles-mêmes. Il y avait, dans cette observation, véritable encéphalite inflammatoire, avec énormes manchons périvasculaires.

Le syndrome myoclonique de la calotte. Etude anatomique du nystagmus du voile et des myoclonies rythmiques associées : oculaires, faciales, etc. — MM. Foix, Chavany et Hillemand. Il existe un syndrome myoclonique qui peut résulter de lésions en foyer et qui comporte à son minimum les myoclonies vélo-palato-pharyngo-laryngées réunies depuis Spencer sous le nom de « nystagmus du voile ». Ce syndrome peut éventuellement s'étendre et atteindre les muscles oculaires, les muscles de la face, les muscles sus-hyoïdiens et plus rarement le diaphragme. Il peut être pur ou s'accompagner d'autres symptômes, parmi lesquels le syndrome de Foville. Ce syndrome myoclonique, unilatéral ou bilatéral, est dû à une lésion unilatérale ou bilatérale de la calotte de l'axe encéphalique et plus spécialement de la calotte protubérantielle. Ainsi s'expliquent certaines de ses associations. Dans quatre cas anatomo-cliniques étudiés par les auteurs, cette lésion frappait constamment le faisceau central de la calotte. La bandelette longitudinale postérieure était par contre épargnée dans deux cas. Dans tous les cas, il y avait intégrité des noyaux bulbaires. Le noyau du facial, effleuré dans un cas, l'était du côté opposé à la myoclonie. Ces faits démontrent l'origine sus-nucléaire de ce syndrome myoclonique si spécial et sa localisation dans la calotte protubérantielle : il semble qu'il y ait lieu d'incriminer le faisceau central de la calotte, mais cette lésion s'accompagne d'une dégénération pseudo-hypertrophique de l'olive bulbaire avec dégénération transsynaptique des cellules de cette olive.

Tumeurs multiples des ventricules latéraux. — M. Jumentié a étudié anatomiquement l'encéphale d'un idiot épileptique du service de M. Roubinovitch, mort en état de mal. Il existait, de chaque côté, dans les ventricules latéraux, toute une série de tumeurs tout le long du sillon opto-strié et du noyau caudé : une quinzaine de tumeurs en tout.

Or, toutes ces tumeurs n'avaient pas le même aspect : si la plupart d'entre elles présentaient, macroscopiquement et histologiquement, l'aspect typique de néoformations gliomateuses épendymaires, avec calco-sphérites, l'une des tumeurs, plus grise, moins brillante, plus molle, était constituée d'énormes cellules ballonnisées, disposées en larges travées au milieu d'une substance amorphe. Ce deuxième type de tumeur semblait tératoïde.

Encéphalite périaxiale (étude anatomo-clinique d'un syndrome tétraplégique avec phénomènes de stase papillaire). — MM. Barré, Morin, Draganesco et Reys. Ce cas doit être rapproché des observations rapportées par MM. Foix, Bariéty, Baruk et Julien Marie et par M. Jumentié au début de cette séance. Il s'agit d'une jeune fille âgée de dix-huit ans, qui fut amenée à la clinique de Strasbourg avec une hémiplégie droite, des vomissements, une diminution de la vue et des maux de tête. Les troubles avaient débuté deux ans auparavant. On constata des phénomènes démentiels nets et une stase papillaire sans hypertension rachidienne. En outre, la malade avait des crises de contracture généralisées à maximum droit. On fait le diagnostic de tumeur frontale gauche, et M. Leriche pratique une trépanation décompressive. L'hémiplégie droite cède en partie, mais il apparaît une hémiplégie gauche avec forte raideur. Confinée au lit, gâteuse, aphasique, cette jeune fille succombe une année plus tard après des crises épileptiques.

A l'examen anatomique, on trouve des lésions scléreuses de la substance blanche intracérébrale, caractéristiques de l'affection décrite par Schilder sous le nom d'encéphalite périaxiale. Les altérations sont plus intenses au niveau des lobes frontaux et temporaux. Il s'agit d'une démyélinisation qui s'étend parfois de l'épendyme ventriculaire au cortex, mais qui laisse toujours au contact de celui-ci une bordure myélinique normale. Plus rarement on rencontre de petites plaques de démyélinisation. Au niveau de ces foyers se trouvent des cellules géantes tout à fait particulières qui ressemblent à celles de la sclérose tubéreuse de Bourneville. La désintégration lipoïdique est très marquée. On note, en outre, une réac-

tion du fer très intense au niveau de ces placards tubéreux. Les axones sont assez bien conservés, mais raréfiés. Il est possible que ces lésions soient dues à l'action d'une neurotoxine qui aurait une élection pour la substance blanche intracérébrale, et qui expliquerait la symétrie habituelle des lésions. Mais il faut envisager également une origine inflammatoire, comme le donnerait à penser un cas tel que celui de Jumentié.

Sur le noyau mésencéphalo-protubérantiel à cellules vésiculeuses. — M. I. Nicolesco (de Bucarest). Les données fournies par l'anatomie comparée, par l'histologie, par l'embryologie et par la myélogenèse montrent que les cellules vésiculeuses mésencéphalo-protubérantielles, les cellules vésiculeuses de Clarke et les cellules du noyau de v. Monakow appartiennent à un système unique. Ce système s'étend ainsi depuis la moelle lombaire jusqu'au pôle frontal des noyaux musculo-striés de la IIIe paire. Il a des rapports intimes avec les noyaux moteurs et avec les formations végétatives et tonigènes des segments respectifs, mais ses cellules constitueraient un système de neurones intercalé sur le trajet des voies de la sensibilité proprioceptive.

Sur la fonction motrice du corps strié, à propos d'un cas d'hémichorée suivi d'autopsie. — MM. Souques et J. Bertrand montrent un ancien foyer de ramollissement kystique du *putamen*, épargnant le *globus pallidus*, qu'ils ont trouvé à l'autopsie d'un malade de cinquante-quatre ans qui présentait une hémi-choréo-athétose depuis l'âge de quatre ans, avec un minimum de paralysie et de contracture. L'hémichoréo-athétose avait débuté à la suite d'une fièvre typhoïde. Elle s'accompagnait de signe de Babinski, mais sans aucun trouble de sensibilité.

Les auteurs discutent, à propos de cette observation, remarquable par l'ancienneté, l'unicité et la limitation de la lésion, l'existence des fonctions motrices du corps strié.

MM. Foix et Vincent émettent des doutes sur la valeur physio-pathologique d'une telle lésion. La lésion serait d'observation courante chez des malades qui ne présentent aucune choréo-athétose. Il faut envisager l'âge auquel se produit la lésion : la même lésion entraîne des conséquences physiologiques différentes selon qu'elle survient chez un enfant ou chez un adulte.

Un cas de poliomyélite antérieure subaiguë. — MM. Alajouanine, Girot et Martin projettent les photographies des lésions constatées dans une observation qui a débuté par une amyotrophie du type Aran-Duchenne, et qui s'est terminée en moins d'un an par des phénomènes bulbaires sans avoir jamais donné lieu à aucun trouble pyramidal. Ces lésions sont strictement limitées aux cellules de la corne antérieure de la moelle et aux cellules des centres bulbaires correspondants. Les essais de transmission à l'animal sont restés infructueux. Cette observation se distingue, sur ce point, d'une observation antérieure de MM. Souques et Alajouanine.

Etude anatomique de quelques cas de paraplégies pottiques. — M. E. Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine présentent en projection les lésions de quelques maux de Pott avec compression. Ils insistent sur deux particularités : d'une part, la compression possible des *rami communicantes* ou du sympathique lui-même ; d'autre part, la possibilité d'une compression osseuse par effondrement des corps vertébraux et brusque coudure de la colonne. Ce dernier type de compression est moins rare qu'il n'est classique de l'admettre. Les auteurs en montrent cinq cas. L'évolution clinique est alors paradoxale, et on est surpris de voir s'aggraver par à-coups et aboutir à la section physiologique de la moelle des paraplégies dont le début précoce aurait pu faire présager un pronostic relativement bon, ainsi qu'il est de règle pour les compressions par abcès.

Cysticercose cérébrale avec méningite parasitaire par « Cysticercus racemosus ». — MM. Georges Guillain, Jean Bertrand et Noel Péron présentent l'histoire clinique et les pièces anatomiques d'une localisation cysticercosique de l'encéphale et des méninges. Cliniquement, l'évolution s'est faite en un an, au milieu d'un syndrome d'hypertension cranienne avec une crise unique d'épilepsie et des troubles mentaux importants, ceux-ci caractérisés par de l'affaiblissement psychique, de la torpeur, des troubles de la mémoire, du délire onirique. Le liquide céphalo-rachidien, examiné trois fois, était hyperalbumineux, avec Pandy +, Weichbrodt —, Bordet-Wassermann —, benjoin colloïdal positif dans les onze premiers tubes, hypercytose lymphocytaire très accentuée. Ce syndrome rappelle celui de la méningite tuberculeuse, mais l'absence de bacilles de Koch permet le diagnostic.

Le cysticerque présentait un type morphologique particulier (*racemosus*) : volume considérable, ramifications multiples, absence de scolex dans les vésicules. Les méninges et les vaisseaux étaient le siège de lésions inflammatoires.

Anévrisme de la carotide interne ayant simulé une tumeur cérébrale. — MM. Demay, J. Bertrand et J. Périsson présentent l'observation clinique et anatomique d'une malade de trente-deux ans qui, après avoir souffert pendant trois ans de troubles relevant de l'hypertension intracranienne, est devenue subitement démente, et est morte dans le coma un mois et demi plus tard. L'autopsie a révélé la présence d'un volumineux anévrisme de l'artère carotide interne droite à sa sortie du sinus caverneux.

Les auteurs soulignent l'importance, dans le cas particulier, des troubles mentaux, qui ont rendu nécessaire l'internement, et qu'ils attribuent à la gêne circulatoire plus qu'à l'hypertension intracranienne. Ils soulignent surtout certaines constatations négatives : malgré la localisation de l'anévrisme et ses rapports intimes avec le plancher du IIIe ventricule et avec la région infundibulaire, la maladie a évolué sans qu'il y ait jamais eu de somnolence, de glycosurie ni probablement de polyurie.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 15 MAI 1926)

Présentation d'un appareil de laboratoire destiné à projeter ou à photographier des images microscopiques de corps opaques ou transparents. — M. Leroux.

Trois granulomes sur une prémolaire. — M. Boissier.

Premiers renseignements apportés par 40 observations de pyorrhée alvéolo-dentaire. — M. Delatter n'a jusqu'à présent fait aucune constatation précise. Pour lui, syphilis, tuberculose, diabète sont exceptionnels dans l'étiologie ; arthritisme, déséquilibre endocrinien, modifications de l'acidité salivaire sont très rares ; il remarque d'ailleurs que tous ces états pathologiques se rencontrent aussi bien chez des non-pyorrhéiques. La seule précision que cette étude lui ait apportée, c'est la part importante jouée par l'épithélium dans le processus de nécrose et de suppuration.

De l'emploi des appareils cinématographiques de salon pour la préparation et la projection de films pédagogiques. Projection de films d'études. — MM. Darcissac et J. Dumont.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 21 MAI 1926)

Pneumothorax de Forlanini. — M. Georges Rosenthal.

Nouveau procédé de préparation des vaccins. — M. Gaucher. Ce procédé consiste à extraire des cellules microbiennes les substances capables de traverser la membrane cellulaire. Il présente sur les méthodes actuellement usitées le grand avantage de donner des liquides très riches en antigènes et en principes actifs qui, en application thérapeutique, ne donnent lieu à aucune réaction violente. Cette méthode, mise en observation depuis quatre ans, a donné les résultats les plus remarquables dans une série de cas pouvant se rattacher à trois ordres d'infections : broncho-pulmonaires, génito-urinaires et entéritiques.

LIVRES NOUVEAUX

Séméiologie biliaire (1), par le docteur G. PARTURIER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. Gaston Parturier, de Vichy, dont les derniers travaux impriment à la *pathologie biliaire* une orientation toute nouvelle aux différents points de vue anatomique, clinique, diagnostique et thérapeutique, a conçu cet ouvrage dans un esprit essentiellement pratique.

L'auteur nous met en présence du malade, dont il trace d'abord la séméiologie subjective. Puis c'est la séméiologie objective, avec l'examen de la vésicule en position *renversée* qui permet de découvrir des cholécystalgies souvent sienlcieuses en position couchée. Après la discussion purement clinique du diagnostic, on passe en revue les méthodes de laboratoire, dont tous les renseignements sont soigneusement analysés et rapprochés du tableau clinique.

La vésicule étant nettement mise en cause, il s'agit alors d'établir la nature de sa souffrance mécanique, infectieuse, ou *colloïdo-clasique*, et de remonter enfin à l'origine même de la lithiase, de l'infection, du choc. L'auteur termine en montrant le rôle futur de la protéinothérapie dans les affections vésiculaires. L. G.

Le syndrome chiasmatique, étude clinique, pathogénique, thérapeutique (2), par le docteur A. FAVORY.

L'aspect clinique des différents syndromes chiasmatiques est en rapport avec le facteur étiologique. A cet égard les tumeurs qui intéressent le chiasma, et en patticulier les tumeurs de l'hypophyse, occupent une importance de premier ordre parmi les formes étiologiques du syndrome. Cependant il est une série d'autres formes étiologiques sur lesquelles l'auteur a insisté, ce sont celles dues à la syphilis, à la sclérose en plaques, aux encéphalites, aux traumatismes. Il faut ajouter à ces causes celles qui ont liées à la sécrétion toxique de produits endocriniens et rappeler la possibilité de syndromes chiasmatiques dans les affections des sinus postérieurs.

L'étude anatomique devra être envisagée à différents points de vue : dans les rapports topographiques, dans les connexions méningées et encéphaliques, dans les rapports avec le cercle artériel de Willis, dans la systématisation des fibres visuelles.

La pathogénie sera à envisager en tenant compte des facteurs étiologiques et à cet égard la notion de tumeur occupera une place importante.

L'auteur termine par un chapitre de thérapeutique dont il discute avec soin toutes les indications. L. G.

(1) Un vol. in-8 de 368 pages Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Un vol. in-8 avec 65 figures dans le texte. — Prix 25 fr. — Paris 1925, G. Doin.

NOTES DE PRATIQUE

GOUTTE CHRONIQUE

Indépendamment du régime et des soins d'hygiène, prendre matin et soir, un cachet de 0g25 de Théosalvose lithinée. Cesser 10 jours par mois, durant lesquels la Théosalvose sera remplacée par la résine de gaïac en cachets de 0g50 (3 fois par jour après les repas).

Quatre fois par an, cure laxative à domicile : une cuillerée à café de sulfate de soude à prendre à jeun, pendant trois semaines à un mois.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE FACIALE

DÉFINITION

On décrit sous le nom de névralgie faciale les phénomènes douloureux qui siègent dans le domaine du trijumeau.

Elle porte encore le nom de *névralgie du trijumeau* ou de *prosopalgie*.

ÉTIOLOGIE

Nombre de névralgies faciales relèvent de causes locales ou générales et peuvent être considérées comme des *névralgies symptomatiques*, par contre la cause de la *névralgie faciale essentielle* nous échappe.

Elle fait partie du bagage pathologique de la famille neuro-arthritique. L'hérédité similaire ou indirecte (épilepsie, hystérie, migraine) joue un rôle dans son étiologie.

Sa fréquence prend rang à côté de la sciatique et de la névralgie intercostale. Le sexe et l'âge sont indifférents.

Le côté droit est plus souvent atteint que le gauche; et pour Sicard le rétrécissement des trous de la base du crâne à droite aurait une grosse importance dans l'étiologie de la névralgie essentielle.

Le *froid*, l'*humidité*, les *brusques variations de température* ont un rôle réellement important dans l'éclosion des crises. Nous prendrons pour type de description la grande névralgie faciale.

I. Étude clinique de la grande névralgie faciale ou névralgie essentielle. — Dans l'ensemble, elle est caractérisée par :

1° Son unilatéralité;
2° Sa discontinuité;
3° Son intégrité de sensibilité objective;
4° Sa limitation stricte gémellaire;
5° Sa localisation initiale à une seule branche du trijumeau.

La névralgie faciale essentielle a une symptomatologie qui lui est propre et permet presque toujours de la reconnaître facilement.

Début. — Les phénomènes douloureux débutent au niveau d'une des branches du trijumeau; parfois au niveau des parties molles de la face, le plus souvent au niveau des parties dures (ossatures des maxillaires, dents), par des *élancements douloureux*, vifs, explosifs, à type de fulguration.

L'*odontalgie* est d'ailleurs fréquente et détermine des avulsions dentaires répétées et inefficaces. Un jour, sous une influence minime (déglutition, mastication, éternuement) ou sans aucune cause apparente se déchaîne la crise paroxystique.

La crise de névralgie faciale. — Elle évolue d'après Sicard en trois actes :

PREMIER ACTE. — La douleur entre en scène la première. Elle présente des caractères bien spéciaux.

C'est un *élancement* atrocement douloureux, une douleur déchirante qui se fixe en un point déterminé de l'hémiface (arcade sourcilière, nez, lèvres, dents).

Cette douleur s'accompagne d'*irradiations fulgurantes*, a pour conséquence d'immobiliser le malade cloué sur place par la violence de l'algie.

Ce premier acte est uniquement *sensitif*.

DEUXIÈME ACTE. — Après l'élément sensitif survient l'élément moteur.

Le deuxième acte est joué par le facial. Des frémissements, des trémulations apparaissent sur certains muscles (en particulier risorius, mentonnier, élévateur de la lèvre supérieure).

Tandis que l'hémiface grimaçante est atteinte d'un véritable clonus musculaire (tic douloureux de la face, névralgie épileptiforme de Trousseau), la *douleur est à son apogée*.

Cet acte dure deux à trois minutes.

TROISIÈME ACTE. — Le *sympathique* entre alors en scène; des phénomènes vaso-moteurs apparaissent. Les téguments de la face rougissent. Les muqueuses du nez, de la bouche se congestionnent, l'œil s'injecte et est baigné de larmes; la sécrétion salivaire est exagérée.

Bientôt un apaisement se produit, le calme se fait, la crise est terminée.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS. — La névralgie faciale essentielle est caractérisée par :

Sa ténacité,
Sa durée,
Sa résistance aux médicaments;
L'*alternance capricieuse* des périodes douloureuses et d'indolence.

A la longue, des troubles trophiques apparaissent.

La peau devient lisse et amincie, parfois au contraire s'épaissit, les cheveux se décolorent et tombent.

On peut voir apparaître de l'œdème de la face, des éruptions zostériformes.

Les malades sont dans la crainte perpétuelle de la récidive. Ils redoutent la crise paroxystique. La vie leur devient intolérable. Ils ne parlent plus, ne mangent plus.

L'état général est touché; le manque de sommeil, l'hypoalimentation amènent de l'amaigrissement, un affaiblissement progressif. Le suicide n'est pas rare.

II. Formes cliniques. — **1° Petite névralgie faciale.** — Elle est cliniquement caractérisée par :

a. LA DOULEUR CONTINUE. — Peu violente, diffuse, sensation de pesanteur, de courbature, de contusion siégeant dans toute la moitié de la face ou seulement dans les territoires sus-orbitaire et sous-orbitaire.

b. DES ÉLANCEMENTS DOULOUREUX. — Ils rappellent ceux de la grande névralgie faciale, surviennent par accès, se surajoutent à la douleur permanente. Néanmoins, ils sont inconstants.

c. LES DOULEURS PROVOQUÉES. — Elles sont caractéristiques de la petite névralgie.

La pression exercée sur le trajet du nerf est douloureuse :

Là où le nerf émerge d'un canal osseux;
Là où il traverse les muscles pour gagner la peau;
Là où il devient très superficiel et s'épanouit pour gagner les téguments.

Ce sont les *points douloureux de Valleix*. Ils sont nombreux.

Trois sont particulièrement importants :

a. Pour la névralgie du maxillaire supérieur, le *point sous-orbitaire*;
b. Pour la névralgie du maxillaire inférieur, le *point mentonnier*;
c. Pour la névralgie de l'ophtalmique, le *point sus-orbitaire.*

Les autres points sont plus rares; il faut cependant citer :

Le point labial,
Le point palpébral,
Le point malaire,
Les points dentaires supérieurs,
Le point temporal, dentaire inférieur, labial inférieur.

La petite névralgie faciale peut s'accompagner de troubles de la sensibilité objective, de troubles vaso-moteurs et sécrétoires, mais beaucoup moins prononcés que dans la grande névralgie faciale.

Evolution de la petite névralgie faciale. — Variable. Elle s'installe insidieusement. Sous l'influence d'une thérapeutique appropriée et surtout causale, les douleurs peuvent diminuer et disparaître. Elles peuvent récidiver dans un temps indéfini ou ne jamais réapparaître.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve de nomination.* — Séance du 21 juin. — MM. Jacob, Alajouanine, H. Bénard, Paraf, Nicaud et Cathala, 20.

Résultat : MM. Cathala et Alajouanine, 40; H. Bénard, 39,90.

— Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 21 juin. — MM. Charrier et Wilmoth, 25; Sénèque, 27.

Séance du 23 juin. — MM. Maurer, 25; Oberlin, 27; Fey, 25.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Pruvost, Tinel, Brodin, Donzelot, Madier, Portes, de Gaudart d'Allaines, Gouverneur, qui acceptent; Bollack, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— Hôpital des Enfants-Malades. — M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, a reçu de M. Georges Blumenthal (de New-York) un chèque de 336.000 francs pour être attribués au service de M. Le Mée, à l'hôpital des Enfants-Malades.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 juin. — MM. Frontard, 15 + 6 = 21; Raphel, 14 + 7 = 21; Adam, 11 + 5 = 16.

Classement des candidats admis : MM. Laplanche, Barois, Raphel, Rousseau, Durand et Roux.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Par arrêté préfectoral, le docteur Marcel Sénéchal, assistant du service de chirurgie, est nommé chirurgien pour prendre ses fonctions le 1er mai 1926.

— Par suite de départs anticipés, des places d'interne en médecine et en chirurgie sont vacantes à cet établissement. Peuvent être admis, à titre de suppléants, en attendant le prochain concours qui aura lieu dans le dernier trimestre de 1926, les étudiants en médecine pourvus de 8 inscriptions.

Indemnité : 6.000 francs par an; remboursement de l'abonnement au chemin de fer; indemnité de garde et autres menus avantages.

Pour renseignements complémentaires et présentation de candidats, s'adresser à M. le directeur de la Maison de Nanterre.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour les places d'internes titulaires s'ouvrira le 19 octobre 1926, dans un local à désigner, à 8 heures du matin.

Le nombre des places d'internes titulaires mises au concours est fixé à 13 pour l'année 1926-1927.

— Un concours pour 40 places d'externe des hôpitaux (1926-1927) s'ouvrira le 18 octobre 1926. Les élèves nommés à la suite de ce concours entreront en fonctions le 1er janvier.

— Lyon. — La cérémonie d'inauguration du médaillon des frères Maurice et Auguste Pollosson aura lieu, à la Charité, le jeudi 1er juillet, à 10 h. du matin.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Un concours sur titres, pour la nomination d'un

médecin chargé du service médical du préventorium de Graye (Calvados) et, éventuellement, pour le service de quelques dispensaires, aura lieu le 26 juillet.

Les candidats sont priés d'adresser leur dossier au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris, avant cette date.

CONSEIL D'ÉTAT. — La démission d'un élève de l'Ecole de santé militaire ayant été refusée par le ministre de la Guerre, l'élève, M. J..., a déféré la décision du ministre au Conseil d'Etat.

Le Conseil d'Etat a rejeté la requête de M. J... en motivant sa décision comme suit :

« Considérant que si l'article 13 de la loi du 21 mars 1905-7 août 1913, l'article 13 du décret du 19 septembre 1919 et l'article 30 de la loi du 1er avril 1923 reconnaissent aux élèves de l'Ecole du Service de santé militaire la possibilité de quitter l'Ecole à la suite de démission, ces textes n'ont point limité le droit du gouvernement d'accepter ou de refuser lesdites démissions; qu'il suit de là que le ministre de la Guerre, agissant dans la limite des attributions qui lui appartiennent sous sa responsabilité, en vue des nécessités du service, a pu, sans excès de pouvoir et nonobstant le fait que le sieur J... n'eût pas encore l'état d'officier, refuser d'accepter sa démission; que dès lors le requérant n'est pas fondé à demander l'annulation de la décision attaquée. »

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — *Cours de clinique et de médecine des enfants*, sous la direction de M. le professeur Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé. — *Cours de vacances* (juillet-août 1926). — PROGRAMME. — A 9 h. 1/4, enseignement clinique, professeur Nobécourt.

Lundi 26 juillet. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. L'angine diphtérique et son traitement ; — 16 h. : M. Babonneix. Les réactions méningées chez l'enfant.

Mardi 27 juillet. — 10 h. 30 : M. Paraf. Tuberculose aiguë; — 16 h. : M. Babonneix. La poliomyélite aiguë.

Mercredi 28 juillet. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. Les laryngites aiguës et le croup; — 16 h. : M. Pichon. Le rhumatisme infantile et ses complications cardiaques.

Jeudi 29 juillet. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. Les syndromes endocriniens en dehors de la thyroïde ; — 16 h. : M. Babonneix. Les encéphalopathies chroniques chez l'enfant.

Vendredi 30 juillet. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. Le diabète infantile; — 16 h. : M. Pichon. La scarlatine et ses formes malignes.

Samedi 31 juillet. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. Le foie chez l'enfant; — 16 h. : M. Pichon : La dilatation des bronches.

Lundi 1er août. — 10 h. 30 : M. Tixier. L'hérédo-syphilis et son traitement; — 16 h. : M. Paraf. Tuberculose péritonéale.

Mardi 3 août. — 10 h. 30 : M. Duhem. Radiographie du poumon et du médiastin; — 16 h. : M. Mathieu. Encéphalite épidémique.

Mercredi 4 août. — 10 h. 30 : M. Tixier. Les rayons ultraviolets et leur indication thérapeutique; — 16 h. : M. Paraf. Tuberculose du médiastin.

Jeudi 5 août. — 10 h. 30 : M. Duhem. Radiographie du cœur et des plèvres; — 16 h. : M. Janet. Les néphrites de l'enfance.

Vendredi 6 août. — 10 h. 30 : M. Tixier. Les anémies et l'hémophilie; — 16 h. : M. Janet. Les syndromes thyroïdiens.

Samedi 7 août. — 10 h. 30 : M. Duhem. Physiothérapie en médecine infantile; — 16 h. : M. Janet. Les chorées.

Lundi 9 août. — 10 h. 30 : M. Tixier. La méningite tuberculeuse ; — 16 h. : M. Max Lévy. Les stomatites.

Mardi 10 août. — 10 h. 30 : M. Bidot. Coprologie clinique; — 16 h. : M. Max Lévy. Dyspepsies gastro-intestinales et syndrome colique.

Mercredi 11 août. — 10 h. 30 : M. Bidot. Urologie clinique; — 16 h. : M. Max Lévy. Appendicite et péritonites aiguës chez l'enfant.

Jeudi 12 août. — 10 h. 30 : M. Boulanger-Pilet. Fièvre typhoïde et paratyphoïde; — 16 h. : M. Mathieu. Epilepsie et ses nouvelles médications.

Vendredi 13 août. — 10 h. 30 : M. Lebel. Diagnostic et traitement des pleurésies; — 16 h. : M. Boulanger-Pilet. Les pneumonies et les pneumococcies de l'enfant.

Samedi 14 août. — 10 h. 30 : M. Boulanger-Pilet. La méningite cérébro-spinale ; — 16 h. : M. Lebel. La coqueluche.

On est admis au cours sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 francs. Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Un certificat sera délivré à la fin des cours aux personnes régulièrement inscrites au secrétariat de la Faculté.

HÔPITAL MARITIME DE BERCK-PLAGE. — TREIZE LEÇONS SUR LES TUBERCULOSES OSTÉO-ARTICULAIRES ET GANGLIONNAIRES ET QUELQUES ÉLÉMENTS D'ORTHOPÉDIE PRATIQUE, du 19 au 31 juillet 1926, par le docteur E. Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, avec la collaboration de MM. les docteurs Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'hôpital maritime, des docteurs Mozer, Parin, chefs de laboratoire de l'hôpital maritime, et du docteur Lance, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades, et du docteur Ducroquet.

Ces cours auront lieu l'après-midi, à 2 heures, à l'hôpital maritime. Les matinées seront consacrées à des démonstrations pratiques : examens cliniques, opérations, ponctions, confections d'appareils plâtrés et d'appareils amovibles, démonstrations de laboratoire, etc.

Droit d'inscription : 250 francs. Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ces droits.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, hôpital maritime Berck-Plage (Pas-de-Calais).

PRATIQUE MÉDICALE

LE SUCRE EN THÉRAPEUTIQUE DIGESTIVE (1).

L'ingestion de sucre cristallisé, pur ou en solution concentrée, soulage les douleurs ainsi que les vomissements des hyperchlorhydriques et des ulcéreux. Lorsque l'amélioration manque de netteté, il faut soupçonner une insuffisance de sécrétion en mucus et suppléer à celle-ci par l'adjonction de pansements gastriques gélatinés.

Le sucre accroît la leucopédèse et régularise le taux de la chlorhydrie.

Le sucre s'oppose aux accidents digestifs de toxicité et d'anaphylaxie, vis-à-vis des médicaments et des protéines alimentaires.

Une seule contre-indication : le diabète.

(1) M. LOEPER et G. MARCHAL. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juin 1926, p. 387.

REVUE GÉNÉRALE

LES ANATOXINES[1]

Par Chr. ZŒLLER,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

L'anatoxine dysentérique. — La toxine dysentérique se prête elle aussi à la préparation d'une anatoxine : l'anatoxine dysentérique. Annoncée par M. Ramon dans un article de *Paris médical*, elle a été présentée à l'Académie des sciences par Dumas, Ramon et S. Bilal; ces mêmes auteurs ont publié *in extenso* dans les *Annales de l'Institut Pasteur* les résultats de leurs recherches. Lesbre et Verdeau ont également étudié l'anatoxine dysentérique.

Dumas, Ramon et S. Bilal utilisent une toxine dysentérique provenant d'une culture de quinze jours de bacille de Shiga en bouillon peptoné; la culture est filtrée et le filtrat obtenu est toxique pour le lapin. Une injection intraveineuse de 1 centimètre cube d'une dilution à 1 p. 25 ou à 1 p. 40 tue en trois à cinq jours un lapin de 2 kilogs.

L'atténuation progressive de la toxine est obtenue par addition de formol dans la proportion de 6 p. 1000; la durée du séjour à l'étuve à 37 degrés est d'un mois. Passé ce délai l'anatoxine est prête.

L'anatoxine dysentérique est un produit *stable :* elle se conserve pendant un an en tube scellé et à l'abri de la lumière. En revanche elle résiste moins bien au chauffage que l'anatoxine diphtérique : après un chauffage de trois quarts d'heure à 65 degrés sa valeur antigène sans être détruite est diminuée.

L'anatoxine dysentérique *flocule* en présence d'un sérum antidysentérique. Lorsqu'on fait des mélanges en proportions variables de toxine et de sérum spécifique, le mélange qui flocule le *premier* est celui dans lequel la neutralisation est exacte; injecté au lapin ce mélange ne donne pas de signes d'intoxication dysentérique.

Injectée au lapin à la dose de 10 centimètres cubes en injection intraveineuse, l'anatoxine dysentérique ne provoque qu'une réaction passagère anodine.

Deux injections sous-cutanées d'anatoxine faites à huit jours d'intervalle (1/2 centimètre cube et 1 centimètre cube) confèrent au lapin une immunité solide qui le protègent soit contre l'injection de plusieurs doses mortelles de toxine, soit contre plusieurs doses mortelles d'une culture en bouillon de bacille de Shiga.

Lesbre a constaté que l'ingestion d'anatoxine dysentérique détermine l'immunité spécifique. Les lapins vaccinés per os (10 centimètres cubes à cinq jours d'intervalle à trois reprises) résistent à plusieurs doses mortelles d'une culture virulente ingérée ou inoculée. Glatow a obtenu des résultats analogues. D'après Dumas, Ramon et Bilal, l'immunité antitoxique déterminée par l'injection d'anatoxine est moins accentuée que celle que détermine les injections sous-cutanées.

La valeur antigène de l'anatoxine dysentérique se traduit aussi par l'apparition dans le sérum des chevaux injectés d'une antitoxine spécifique. Les chevaux supportent l'injection d'anatoxine à la dose de 10, 50, 100 et jusqu'à 500 centimètres cubes; ils présentent après injection de fortes doses une réaction fébrile passagère et un œdème local toujours minime. Ces réactions sont beaucoup moins vives que les réactions toxiniques présentées par un cheval auquel on injecte de la *toxine* dysentérique.

Avec Manoussakis nous avons étudié la préparation d'une anatoxine dysentérique. La toxine dysentérique était obtenue par culture du bacille de Shiga en bouillon peptoné et filtration après huit jours; nouvel ensemencement de bacilles de Shiga dans le filtrat puis culture de dix jours. La toxine obtenue après une seconde filtration était formolée à 5 p. 1000 et mise à l'étuve pendant un mois. L'anatoxine ainsi préparée conférait l'immunité aux lapins après deux injections faites à un mois d'intervalle (2 centimètres cubes). L'injection d'une culture de bacilles de Shiga virulent ne provoquait pas de symptômes morbides mais une réaction locale assez marquée; une mère vaccinée par l'anatoxine, ayant mis bas ses petits ont été trouvés immunisés quarante jours après leur naissance; fait curieux, ils ne présentaient même pas la réaction locale qu'avait accusée leur mère à l'injection d'épreuve.

L'étude de l'anatoxine chez l'homme a été fait par Dumas, Ramon et Bilal. Ils ont constaté l'innocuité de l'anatoxine à la dose de 1/2 centimètre cube à 1 centimètre cube. La petite réaction provoquée par l'anatoxine dysentérique chez l'homme est purement locale; on ne constate pas de réaction thermique ni de malaise. Deux à quatre jours après l'injection on voit apparaître chez certains sujets une légère infiltration douloureuse qui s'atténue rapidement.

L'efficacité de l'anatoxine dysentérique se manifeste par l'apparition d'une antitoxine spécifique dans le sérum des sujets vaccinés : 2/10 de centimètre cube de sérum neutralise une, deux et jusqu'à quatre doses mortelles de toxine chez le lapin.

L'anatoxine dysentérique n'a pas été employée en milieu épidémique et l'on ne sait pas encore dans quelles mesures une vaccination par l'anatoxine est capable de mettre une collectivité à l'abri de la dysentérie.

L'anatoxine gangréneuse. — Weinberg et Prévot ont appliqué aux toxines des germes de la gangrène gazeuse le principe de l'atténuation par le formol et par la chaleur. Ils ont ainsi préparé des anatoxines et en formolant des cultures de germes anaérobies des anacultures (1).

Les toxines du B. perfringens et du vibrion septique sont formolés à 2 à 3 p. 1000; après quarante-huit heures d'étuve elles ont déjà perdu leur toxicité. Les toxines du B. histolyticus et œdematiens deviennent atoxiques après huit jours d'étuve.

La préparation des anacultures est un peu plus délicate; car on ne peut se contenter de formoler la culture entière à sa sortie de l'étuve. Si la dose de formol ajoutée est faible, elle laisse survivre les spores disséminées dans la culture; si elle est plus forte elle stérilise bien la culture mais elle altère la valeur antigène de la toxine. Les cultures sont centrifugées; les toxines ainsi séparées sont traitées par les doses de formol habituelles; les microbes repris par l'eau physiologique subissent un formolage plus intensif.

Une anaculture gangréneuse représente donc en réalité une anatoxine gangréneuse à laquelle on ajoute une certaine quantité de corps microbiens stérilisés par le formol.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 49, p. 789.

(1) Ramon a donné le nom d'anatoxine totale aux cultures microbiennes formolées.

Chez le cobaye l'injection d'anatoxine gangréneuse ou d'anaculture à la dose de 10 à 20 centimètres cubes ne doit provoquer aucun signe d'infection ou d'intoxication. On ne constate en fait de réaction qu'une tuméfaction légère et passagère au point d'injection.

Les cobayes vaccinés par deux injections d'anatoxine résistent à l'injection d'une culture du microbe correspondant (une à deux doses mortelles de culture virulente). Les injections d'anaculture donnent des résultats meilleurs que celles d'anatoxine, surtout en ce qui concerne le vibrion septique.

Les mélanges d'anatoxine injectés au cobaye n'arrivent pas à déterminer chez lui une immunité polyvalente à l'égard de germes différents. Weinberg et Barotte ont proposé le mélange d'une anatoxine (B. œdematiens) et de microbes formolés (B. perfringens et vibrion septique).

Chez le cheval les anatoxines gangréneuses constituent d'excellents antigènes. On observe parfois après l'injection d'anatoxine une réaction locale passagère. La production d'antitoxine est au moins égale à celle qui s'obtenait par l'injection des toxines correspondantes.

La réaction de floculation d'une anatoxine gangréneuse avec le sérum correspondant n'a pas été jusqu'ici solidement établie ni précisée; elle est loin d'être aussi nette que la floculation de l'anatoxine diphtérique ou de l'anatoxine tétanique.

Les injections de mélanges d'anatoxines ou d'anacultures donnent des résultats inconstants. Certains chevaux, inoculés avec un mélange, donne un sérum polyvalent. Chez d'autres le sérum obtenu ne se montre efficace qu'à l'égard de l'un des antigènes du mélange. Les chevaux injectés avec des mélanges d'antigène maigrissent davantage que ceux qui ne reçoivent qu'un seul antigène.

Nous remarquerons en ce qui concerne la vaccination antigangréneuse que les résultats obtenus dans le domaine expérimental sont moins nets que ceux que réalise une vaccination antidiphtérique ou antitétanique. Dans la toxi-infection gangréneuse la part du microbe et de sa virulence paraît plus grande qu'elle ne l'est dans la diphtérie ou le tétanos. De là sans doute la nécessité d'ajouter quelques éléments microbiens à l'anatoxine gangréneuse pour parfaire son efficacité.

Autres anatoxines. — D'autres toxines se montrent également capables de subir la transformation en anatoxines,

Weinberg et Goy ont étudié une anatoxine botulinique.

Les toxines végétales, telles que l'abrine, animales comme le venin de cobra sont susceptibles de donner naissance à des antigènes non toxiques.

Nous avons étudié l'action du formol sur la toxine streptococcique de Dick et montré les conditions de son atténuation progressive (1). Cette atténuation n'est pas possible si l'on utilise une toxine streptococcique obtenue en milieu albumineux parce que ces substances entravent l'action du formol sur la toxine. L'atténuation s'obtient si la toxine a été obtenue en bouillon peptoné ordinaire, ou encore si l'on utilise une toxine débarrassée des substances protéiques par la purification.

(1) Chr. Zœller. Sur la possibilité de préparer une anatoxine diphtérique, *Soc. de biol.*, 31 janv. 1925.

Brokman, Hirtsfeld, Mayzner et Przemycki (1) ont employé pour l'immunisation de trente-quatre sujets une toxine traitée par la méthode de Ramon; ils ont obtenu l'immunité (c'est-à-dire l'apparition d'une réaction de Dick négative) chez vingt-quatre sujets, sans que les injections aient déterminé des phénomènes généraux.

Sparrow (2) a employé une « anatoxine » scarlatineuse à laquelle sont ajoutés les streptocoques tués par le formol.

D'après Park la toxicité de la toxine streptococcique de Dick n'est pas telle pour l'homme que son atténuation doive présenter de grands avantages; cependant elle peut être recherchée s'il est démontré qu'elle permet une immunisation plus rapide ou avec des doses moindres.

Le terme d'anatoxine streptococcique ne doit s'accepter que dans la mesure où la valeur antigène de la toxine formolée est conservée, et à partir du moment où la réaction de floculation s'avérera possible avec un sérum correspondant.

Enfin par analogie MM. Jausion et Diot ont étudié l'action du formol sur un lysat de gonocoques et constaté que le produit gonococcique ainsi traité est dépourvu d'efficacité dans le traitement de la gonococcie.

***

Les anatoxines, moyens de recherche biologique. — L'intérêt des anatoxines n'est pas seulement de donner chez l'animal d'excellents sérums thérapeutiques ou de constituer pour l'homme des vaccins efficaces. Au point de vue biologique les anatoxines constituent des réactifs précieux pour l'exploration chez l'animal comme chez l'homme de la fonction antitoxique, de l'immunité antitoxique: chez l'homme l'emploi des anatoxines diphtérique et tétanique nous a permis en particulier d'étudier la notion de réactivité antitoxique naturelle et acquise. Nous avons donné le nom de *réactivité spécifique* à l'aptitude que présente un sujet à réagir par la production d'antitoxine à un stimulus défini (3). Nous distinguons la réactivité *naturelle* et la réactivité *acquise*.

Pour définir la réactivité naturelle rappelons ce qui se passe lorsqu'on introduit la vaccination par l'anatoxine diphtérique dans un groupement d'enfants de trois à cinq ans; nous supposons que ce sont là des sujets réceptifs et neufs qui n'ont jamais subi de contacts microbiens occultes avec le bacille de Loëffler. Ces enfants, soumis à des injections progressives d'anatoxine, vont mettre des temps différents à s'immuniser; ils n'ont pas tous la même aptitude à produire de l'antitoxine diphtérique ils ont des réactivités naturelles différentes.

Les sujets à réactivité naturelle intense fabriquent rapidement de l'anatoxine diphtérique; une injection d'anatoxine suffit à les immuniser. Les sujets à réactivité moyenne les plus nombreux n'atteignent l'état réfractaire qu'après une stimulation répétée. Enfin les sujets à réactivité faible perdent difficilement leur réceptivité; ce sont les hyperréceptifs

(1) Brokman, Hirtsfeld, Mayzner et Przemycki. Recherches sur la pathogénie de la scarlatine, *Soc. polon. de biol*, 8 juillet 1925.
(2) Sparrow. Recherches sur la scarlatine. Immunisation active, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1926, n° 14.
(3) Chr. Zœller. *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 27 mars 1925; — *Soc. de biol.*, 25 juillet 1925; — La réactivité spécifique naturelle ou acquise, *Presse méd.*, 15 juillet 1925.

ceux qui sont exposés aux diphtéries récidivantes.

Lorsqu'on utilise chez l'homme l'anatoxine tétanique on rencontre également des réactivités naturelles différentes. Comme nous l'avons observé avec M. Ramon, dans un groupe de dix sujets par exemple vaccinés dans les mêmes conditions par l'anatoxine tétanique il en est quelquefois un ou deux qui se distinguent des autres par la forte proportion d'antitoxine qu'ils sont capables de produire. Les différences individuelles paraissent cependant moins marquées vis-à-vis de l'immunité antitétanique que vis-à-vis de l'immunité antidiphtérique.

La réactivité *acquise* qui s'oppose dans une certaine mesure à la réactivité naturelle s'installe chez un sujet après une préparation spécifique qui peut reconnaître des origines diverses. Dans le cas de l'immunité antidiphtérique, par exemple, la réactivité acquise peut être la conséquence d'un contact microbien occulte passé inaperçu; ce sujet diffère du sujet neuf : il a désormais une anatoxi-réaction positive, qui témoigne de son hypersensibilité aux protéines diphtériques. Du fait de sa réactivité acquise il se vaccine plus rapidement que le sujet neuf par l'anatoxine spécifique. Il est plus apte que le sujet neuf à fabriquer rapidement et intensément de l'anatoxine spécifique. Ceci est vrai pour les sujets à Schick-positif devenus allergiques. A plus forte raison est-ce vrai pour les sujets à Schick-négatif; chez eux l'injection d'anatoxine provoque rapidement un accroissement important de l'antitoxine humorale.

On conçoit que la vaccination par l'anatoxine doive donner des résultats différents selon qu'on l'introduit dans un milieu de sujets *neufs* ou dans un groupement de sujets *allergiques*, déjà préparés par l'infection occulte; l'immunité sera plus lente à s'établir dans le premier cas que dans le second. De même et pour les mêmes raisons, comme nous avons eu occasion de le montrer, les vaccinations par l'anatoxine donnent des résultats plus rapides employée au déclin d'une poussée épidémique qu'utilisée dès le début de l'épidémie.

Cette préparation silencieuse que réalise l'infection minima peut aussi être la conséquence d'une primo-vaccination. En effet le résultat d'une première injection d'anatoxine est double : elle provoque l'apparition d'antitoxine spécifique, elle installe la réactivité acquise; aussi la seconde injection dite *efficiente* est de beaucoup plus efficace que la première qui fut seulement *préparante*.

Le sujet vacciné par l'anatoxine acquiert une immunité qui se traduit non seulement par la persistance de l'anatoxine dans son sérum sanguin, mais encore par la stabilité de cette propriété fondamentale et dynamique, qu'est la réactivité acquise. Certes la réactivité acquise n'est qu'une amplification de la réactivité naturelle mais une amplification si remarquable qu'elle constitue véritablement une propriété nouvelle. Et ceci apparaît plus nettement encore dans l'étude chez l'homme de l'anatoxine tétanique.

Dans le cas de l'infection tétanique, il ne semble pas qu'il y ait lieu de faire intervenir l'infection occulte comme en matière de diphtérie. La réactivité acquise ne peut s'installer qu'à la faveur d'une primo-vaccination. Nous avons vu qu'après une préparation par deux injections faites à quinze jours d'intervalle la réactivité se développe progressivement, elle traverse une période de « maturation ». Un mois après la seconde injection, si l'on stimule cette réactivité on voit l'immunité s'accroître subitement (en huit jours) dans la proportion de 1 à 2 000. Au cours de nos recherches avec M. Ramon nous avons désigné cet accroissement rapide sous le nom de « bond antitoxique ».

L'étude simultanée ou successive de deux immunités antitoxiques, diphtérique et tétanique par exemple chez l'homme nous a permis de constater que la production d'une antitoxine est bien un phénomène *spécifique*. C'est ainsi que des sujets à Schick-négatif chez qui l'on a titré l'antitoxine diphtérique et à qui on injecte de l'antitoxine tétanique ne subissent de ce fait aucune variation dans le taux de leur immunité antidiphtérique.

***

Parmi les autres notions générales qu'a révélées l'emploi des anatoxines nous signalerons l'importance des réactions locales dans le développement de l'immunité antitoxique. Les chevaux producteurs de sérum qui présentent un abcès au point d'inoculation de l'antigène donnent un proportion d'antitoxine nettement supérieure à la moyenne. Aussi Ramon a-t-il cherché à produire à l'occasion de l'injection de l'anatoxine une réaction favorable qui ne soit accompagnée ni d'abcédation ni de suppuration. Il y arriva en additionnant l'anatoxine de poudre de tapioca stérilisé. L'anatoxine-tapioca injectée au cheval provoque l'œdème au point d'injection. La production d'antitoxine est doublée par l'antitoxine diphtérique, décuplée pour l'antitoxine tétanique du fait de cette simple technique.

Nous avons cherché, en collaboration avec Ramon, à obtenir chez l'homme des effets analogues et nous avons essayé dans ce but plusieurs techniques. Les unes se sont montrées inefficaces : telle l'addition de fécule ou de lait à l'anatoxine diphtérique ou tétanique. D'autres nous ont montré quelque intérêt : telle l'addition à l'anatoxine de quelques centimètres cubes de sang du sujet; mais ce procédé n'est guère pratique. En revanche, nous avons obtenu de bons résultats de l'adjonction à l'anatitoxine d'un vaccin microbien du type T. A. B.

A ces mélanges d'anatoxine et d'un vaccin microbien nous avons donné le nom de « vaccins associés ». L'immunité antitétanique produite par l'injection d'un vaccin associé est supérieure à celle que peut déterminer l'anatoxine employée pure. Cette constatation n'a pas qu'un intérêt théorique; elle permet pratiquement de rechercher l'immunité à la fois contre les infections typhoïdes et contre le tétanos par deux seules injections de vaccin associé.

***

L'anatoxine diphtérique nous a servi dans l'étude de ce que nous avons appelé « l'anatoxi-réaction ». A vrai dire cette réaction n'appartient que par accident à la question des anatoxines. Ce qu'elle utilise ce n'est pas la valeur antigène de l'anatoxine diphtérique; le principe qui entre en jeu c'est la trace de protéines diphtériques qui persiste dans une anatoxine : cette trace minime provient de la lyse des bacilles diphtériques qui se produit toujours au cours de la fabrication de la toxine. C'est ainsi que 2 dixièmes de centimètres cubes d'anatoxine diphtérique diluée introduits dans le derme de certains sujets provoquent en vingt-quatre heures une réaction plus ou moins accentuée (anatoxi-réaction posi-

tive) qui témoigne précisément d'une hypersensibilité aux protéines diphtériques. A quoi est due cette hypersensibilité spécifique ? A un premier contact antérieur, occulte ou apparent avec le bacille de Loëffler. L'étude parallèle de la réaction de Schick et de l'anatoxi-réaction nous a permis de définir des stades successifs au cours de l'immunité antidiphtérique spontanée ; ils sont résumés dans le tableau suivant :

STADES SUCCESSIFS de l'immunisation	RÉACTION de Schick	ANATOXI-RÉACTION
Sujet neuf	++	o
Sujet réceptif allergique	+	++
Sujet allergique immunisé	o	+
Sujet immunisé non allergique	o	o

Nous avons donné le nom d'état d'allergie diphtérique à cet état mixte d'hypersensibilité protéinique et d'immunité antidiphtérique progressive. Les sujets allergiques se vaccinent plus rapidement que les sujets neufs ; atteints de diphtérie, ils font en général des formes cliniques légères et rapidement curables.

*
* *

Nous citerons pour terminer un fait intéressant mis en évidence par M. Ramon au cours de la vaccination des chevaux par l'anatoxine : la rapidité d'apparition des antitoxines après l'injection de l'anatoxine spécifique. Il était généralement admis que l'apparition des anticorps était un phénomène assez tardif qui nécessitait une période d'attente de quelques jours. L'usage des antigènes toxiques à employer à petites doses au début de l'immunisation rendait difficiles les recherches dans cette voie. Au contraire il est possible d'injecter à hautes doses une anatoxine à pouvoir antigène élevé. La précision et la simplicité de la méthode de floculation facilite d'autre part le titrage des antitoxines.

Ainsi Ramon put constater l'apparition des antitoxines trois jours et même quarante-huit heures après une première injection d'anatoxine et ceci dans la proportion de plusieurs unités antitoxiques.

C'est là encore un fait nouveau que l'emploi des anatoxines a permis de mettre en évidence. Nous le donnons comme un nouvel exemple de l'utilité remarquable des anatoxines dans l'étude approfondie de l'immunité antitoxique (1).

NOTES DE PRATIQUE

LITHIASE RÉNALE

Alimentation surtout végétarienne (laitages, légumes, fruits), peu de viande (jamais le soir) ; interdiction du vin pur, alcool, bière.

Quinze jours par mois : bicarbonate de soude, 2 à 3 g. pro die dans un verre d'eau, matin et soir.

Les autres 15 jours : Théosalvose lithinée, 1 cachet de 0g50 matin et soir (elle favorise la dissolution de l'acide urique en diminuant la concentration des urines).

(1) L'apparition d'antitoxine spécifique dans le sérum d'un sujet vacciné par l'anatoxine n'est sans doute pas la seule modification humorale consécutive à ces injections. Decamps a constaté qu'après l'injection d'anatoxine dipthérique le sérum d'un sujet devient capable de fixer l'alexine en présenée d'anatoxine diphtérique. En collaboration avec MM. Ramon et Decamps, nous avons étudié l'apparition et le développement de propriétés analogues dans le sérum de sujets traités par l'anatoxine tétanique.

CANCER RECTAL

EXÉRÈSE PAR VOIE TRANSANALE, EN DEUX TEMPS

Par A. TIERNY (d'Arras),
Ancien interne (lauréat) des hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Jean.

Cette méthode emploie la voie transanale après résection du cancer du rectum par la voie sacrée, en deux temps, avec la production d'un prolapsus rectal artificiel et temporaire [Mandl (1)].

Dernièrement, nombre de chirurgiens allemands ont admis que la cure radicale du cancer du rectum ne peut être obtenue que par la méthode abdomino-sacrée (Kirschsner, Schneider, Guleke, Haberer, Finsterer).

La clinique d'Hochenegg reste fidèle à la voie sacrée, car d'après des recherches effectuées par Mandl, en 1922, sur une statistique de 461 opérations par voie sacrée, on a observé un résultat durable dans 30 à 37 p. 100 des cas après trois ans, dans 25,3 à 26,2 p. 100 des cas après cinq ans. Actuellement, il faut reconnaître que le résultat éloigné, après le sacrifice du sphincter, et après l'application d'un anus sacré, est le meilleur.

Après la résection du rectum et abaissement de l'intestin, il est souvent difficile d'éviter la réunion de la suture anocolique car la circulation intestinale est altérée. Il en résulte que le sphincter ne fonctionne pas toujours.

Cette conclusion semble trop pessimiste. D'après la statistique de Hochenegg, dans 19,3 p. 100 des cas, la suture ano-rectale tient bien et laisse la continence. Au cours de l'évolution ultérieure cependant, des petites fistules persistent, mais se ferment spontanément ou nécessitent une opération complémentaire sans gravité, de sorte que le résultat peut encore s'améliorer dans la moitié des cas. Ainsi la moitié des malades sont continents et 20 p. 100 légèrement continents.

A la clinique de Breslau, on obtient, par la suture circulaire 25 p. 100 de résultats favorables immédiats. Ces patients sont partis avec une fonction sphinctérienne normale. Les sujets relativement continents au moment de leur départ, sont relevés dans la proportion de 37,5 p. 100. Les bons résultats furent ultérieurement améliorés pour arriver au chiffre de 65,5 p. 100.

Des résultats encore meilleurs furent obtenus par la méthode transanale de Hochenegg qui donne 60 p. 100 de cas continents et, par des retouches, peut arriver à donner 64,5 p. 100 de cas continents. 18,6 p. 100 seulement des cas restèrent incontinents et 16,6 p. 100 des cas eurent une continence relative.

A la clinique Kuttner (Eichloff), par le procédé de la voie transanale de Hochenegg, on obtint dans 37,3 à 47 p. 100 un résultat fonctionnel favorable 46 p. 100 des cas étaient relativement continents. La clinique de Payr (Pribam) insiste particulièrement sur les bons résultats obtenus par le procédé de la voie transanale de Hochenegg. En dehors du fait qu'avec ce procédé on a une mortalité plus faible, avec cette méthode on obtient également les meilleurs résultats éloignés. 59,5 p. 100 des cas sont

(1) MANDL F. Zur anwendungsbreite des primaren und sekundaren Durchzugverfahrens nach Resektion des Mastnarmkrebses und sakralem Wege (Gleichzeitiger Hinweis und die Moglichkeit einer Kunstlichen Prolaberung und deren Ausnutzung). *Arch. f. klin. Chir.*, 25 juillet 1925.

complètement continents, 36, 8 p. 100 des cas relativements continents. Cette méthode est d'ailleurs celle qui assure le mieux la vitalité de l'intestin abaissé.

Kroll rapporte 19 cas de résection, qui ont été opérés en partie par la voie sacrée (6 fois), en partie par le procédé abdomino-sacrée (13 fois). Sur ces 19 cas, on fit trois fois la suture circulaire dans la plaie, 16 fois on a tenté la méthode par la voie transanale. Kroll, à ce sujet, déclare qu'il ne peut formuler une opinion ferme et précise parce que les fistules sont très fréquentes, par suite du sphacèle du bout colique, ce qui entraîne souvent la mort.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 JUIN 1926)

M. le Président annonce la mort de M. le professeur Teissier (de Lyon) et, en fort bons termes, rappelle la belle carrière scientifique de ce regretté maître.

Remarques à propos de l'épidémie de variole de 1925-1926. Mesures de protection utiles à prendre. — M. L. Camus fait, à ce sujet, une importante communication.

La dernière épidémie de variole, dit-il, peu importante mais cependant très meurtrière, se chiffre par une perte de plusieurs millions si l'on tient compte de la mortalité et de tous les frais occasionnés par les malades et par les mesures de protection. La durée et l'importance de l'épidémie ont été plus grandes dans le midi de la France qu'à Paris. On a enregistré dans la Haute-Garonne 160 cas et 45 morts, dans l'Hérault 52 cas et 19 morts, à Paris et dans la Seine 24 cas et 5 morts. La différence dans la marche et la prolongation de l'infection peut tenir à la manière dont a été réalisé l'isolement des malades, la désinfection des objets et des locaux contaminés, la vaccination des individus et des collectivités qui ont été en rapport avec les malades, mais elle paraît être surtout attribuable à certains retards dans l'emploi de ces moyens de défense qui sont d'autant plus efficaces que la déclaration des cas constatés est elle-même plus précoce. Il importe que la déclaration, clef de voûte de tout l'édifice de défense contre l'épidémie, ait lieu au plus tôt; mieux vaut n'obtenir que des déclarations de suspicion précoces dont quelques-unes seront inexactes que de recevoir exclusivement des déclarations exactes, mais dont un grand nombre arrivera tardivement. Dans tous les endroits contaminés les premières victimes et les transporteurs de germes ont été des étrangers.

Déjà la défense contre la contagion due au transport des marchandises étrangères infectées est mieux assurée depuis que les mesures préconisées par l'Académie sont appliquées. Il faut maintenant compléter notre protection contre les introducteurs de germes et exiger avant l'embarquement pour la France la vaccination de tous les étrangers et de tous les voyageurs, à l'exception des touristes et des hivernants.

Au cours de cette épidémie de variole, comme au cours des précédentes épidémies, il a été constaté dans différents endroits que le personnel des hospices et des hôpitaux a été à la fois victime et agent de transmission de l'infection. Il importe que des revaccinations fréquentes et exactement contrôlées soient imposées sans exception au personnel de ces établissements.

La protection contre l'introduction des germes varioliques étant mieux assurée, il restera pour écarter toute menace d'une nouvelle épidémie à réaliser une meilleure immunisation de la population en obtenant, d'une part des assujettis plus de régularité aux séances de vaccination obligatoire, et d'autre part des non-assujettis de recourir plus fréquemment à la revaccination facultative. Les dernières observations confirment que trois ans après une vaccination on ne peut compter avec certitude sur la protection de l'immunité vaccinale.

M. Camus demande à l'Académie le renvoi à l'examen de la Commission de vaccine des différentes mesures qu'il préconise et dont l'application lui paraît urgente.

Considérations sur la dernière épidémie de variole. — M. Tanon fait un compte rendu de l'épidémie de variole qui a régné pendant six mois à Paris et dans la banlieue. Cela n'a pas été, dit-il, une épidémie véritable et elle a été rapidement enrayée par les mesures de prophylaxie mises en usage. Ayant relevé tous les cas de variole observés à Paris et dans les départements de Seine et de Seine-et-Oise, ayant recherché les différents foyers et étant remonté à l'origine de l'épidémie, M. Tanon a pu constater que le premier cas de variole a été observé chez une bretonne débarquée à Marseille et n'ayant pas été revaccinée. Elle a succombé à la maladie.

Les premiers cas ont été observés à l'hôpital Claude Bernard, au Val-de-Grâce. Le premier foyer s'est développé le 11 décembre 1925 à Saint-Denis, à Courneuve, à Colombes, dans un cas où l'élément contagion manquait, il s'agissait d'un enfant qui apprit que sa mère était atteinte de rougeole; on se transporta chez elle et l'on constata que cette rougeole n'était autre qu'une variole confluente.

M. Tanon passe en revue les six foyers dans lesquels s'est développée l'épidémie. A l'hôpital Rothschild plusieurs cas dont un de variole hémorragique mortel.

M. Tanon décrit les différents foyers. Il rapporte le cas d'un vagabond qui, couchant sous le pont de Soisson s'était enveloppé dans une couverture trouvée dans un hôtel voisin, et qui fut pris de la variole. Après enquête, on sut que cette couverture appartenait au patron de cet hôtel qui venait d'avoir la variole. Ces faits et beaucoup d'autres montrent la nécessité de recourir le plus tôt possible aux mesures préventives, revaccinations des étrangers s'embarquant pour la France, désinfection des objets ayant été en contact avec des varioleux, isolement des malades, revaccinations du personnel hospitalier. etc.

Vaccinations. — M. Guyot fait une communication relative aux nombreuses vaccinations qui ont été pratiquées au cours de cette dernière épidémie.

M. Netter rappelle la communication qu'il a faite à l'Académie l'an dernier à pareille époque et dans laquelle il insistait par la nécessité de prendre des mesures de prophylaxie. Il entre dans des considérations générales sur l'évolution des diverses épidémies de variole, comparant les statistiques françaises avec les statistiques suisses et les statistiques anglaises. Il regrette l'absence de l'obligation vaccinale, les inconvénients que peut avoir cette obligation n'étant rien à côté des grands avantages qu'elle procurerait,

En terminant, M. Netter insiste sur un point dont, avec lui, nous avons tous été frappés lors de cette dernière épidémie, nous voulons parler de l'extrême virulence du vaccin employé.

M. Vaillard à ce point de vue a été frappé de la différence des pustules vaccinales selon la provenance du vaccin.

M. Camus reviendra sur cette question dans laquelle il y a des à-côtés qui semblent augmenter la virulence du vaccin.

(Renvoi de ces communications à la Commission de vaccine.)

Du renversement de la séquence oreillette-ventricule. — M. Géraudel continue ses recherches sur le rythme normal et pathologique du cœur. Il apporte une observatiom anatomo-clinique où le trouble du rythme consistait en une interversion de l'ordre de succession des contractions des chambres cardiaques. Il en a étudié la pathogénie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 JUIN 1926)

Traitement insulinique du xanthome diabétique. — MM. A. Chauffard et P. Brodin rapportent la suite de l'observation d'un malade atteint d'un xanthome diabétique traité et guéri par l'insuline. Comme dans le traitement du diabète, cette guérison n'a été que momentanée. Peu à peu le taux des graisses du sang s'est élevé et les lésions cutanées ont reparu lorsque la lipémie a atteint 40 à 50 grammes. Pour les empêcher de reparaître, il est nécessaire de faire de temps à autre

des cures d'insuline qui entraînent un abaissement de la lipémie.

Deux cas de méningite syphilitique secondaire puriforme. — MM. P. Lechelle, et J. Weill et P. Delthil rapportent deux observations de méningite puriforme chez des syphilitiques secondaires. Ils insistent sur l'aspect subaigu du syndrome méningé contrastant avec l'intensité des altérations du liquide céphalo-rachidien. Ils mettent en garde contre les confusions qui peuvent se produire avec la méningite tuberculeuse ou la méningite cérébro-spinale.

Sur les perforations pulmonaires au cours du pneumothorax. — M. Léon Bernard, Coste et J. Valtis soulignent la fréquence des perforations pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel. Cette complication s'observe non seulement dans le pneumothorax bilatéral où son pourcentage semble relativement élevé, mais dans le pneumothorax unilatéral où ses symptômes sont généralement discrets. La manœuvre de Bard-Dumarest, pathognomonique lorsqu'elle est positive, n'a dans le cas contraire qu'une valeur très incertaine. Le pronostic de cette complication est bien moins grave que dans le pneumothorax bilatéral.

Rhumatisme chronique déformant et adénie. — M. Thiroloix présente une malade atteinte de rhumatisme chronique déformant et de nombreuses adénopathies dont une masse médiastinale volumineuse. Il ne s'agit pas de lympho-granulomatose. Le traitement iodé intensif a amélioré l'adénie en même temps qne le rhumatisme.

Urticaire solaire. — MM. Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier, Justin-Besançon et Saidman présentent une femme de quarante-quatre ans qui a depuis deux années de l'urticaire dès qu'elle s'expose aux rayons solaires.

Les premières manifestations ortiées, se reproduisent toutes les fois que cette femme se trouve en plein soleil; la sensibilité est même devenue telle qu'il suffit maintenant d'une lumière diffuse un peu vive, tamisée par les nuages, ou de la simple réverbération du soleil sur un mur, pour que l'urticaire se manifeste.

De nombreuses recherches ont été faites par les auteurs. Voici les principales :

Des examens de sang, pratiqués avant et après l'apparition de l'urticaire, ne décèlent aucune modification de la formule sanguine.

L'application sur la peau de divers courants électriques (galvanique, faradique) n'amène aucune réaction, de même les rayons X.

Les rayons ultra-violets et les rayons infra-rouges agissent sur la peau de la malade comme sur celle d'un sujet normal. Mais avec l'arc voltaïque on reproduit la même lésion qu'avec les rayons solaires.

Des essais multiples ont été faits pour essayer de protéger cette malade, sans résultat.

Angine de poitrine et sympathectomie. Persistance des douleurs d'insuffisance cardiaque consécutives. — MM. Sicard et Litchtwitz ont fait opérer par Robineau un malade atteint d'angine de poitrine du type classique par effort.

Une sympathectomie gauche cervicale ne donne aucun résultat. La sympathectomie cervicale droite n'eut pas des effets plus heureux.

L'intervention fit disparaître les douleurs brachiales, mais elle aggrava considérablement les douleurs sternales. De plus, elle fut suivie : d'une insuffisance cardiaque sévère et de douleurs persistantes de l'épaule droite.

La chirurgie de l'angine de poitrine procédera sans doute par les mêmes étapes que la chirurgie des crises gastriques du tabes où les interventions les plus variées sur le système cérébro-spinal ou sur le système végétatif donnent des guérisons, mais on sait que celles-ci sont inconstantes et transitoires.

M. Donzelot apporte deux cas de sympathectomie pour angine de poitrine. Dans les deux cas, après une sédation des crises quelques mois après l'intervention, les phénomènes douloureux sont réapparus avec la même fréquence et la même intensité.

M. Vaquez. Aux observations de Donzelot, l'auteur en ajoute deux personnelles qui ont été pratiquées l'une et l'autre par Jonnesco, avec Tuffier et de Martel. Dans la première les crises ont reparu quelque temps après avec la même intensité et le malade a fini par succomber. Dans la deuxième il s'agissait d'un homme atteint de graves lésions aortiques qui mourut la semaine suivante d'œdème pulmonaire. Ces observations ne paraissent pas très encourageantes et on est loin de la statistique rapportée dans la thèse de Fontaine où une guérison complète ou relative aurait été obtenue dans près de 60 p. 100 des cas. Faut-il donc abandonner les espoirs que la tentative de Jonnesco avait fait naître? Non, mais il faudra encore beaucoup de temps pour que nous soyons définitivement fixés sur l'avenir réservé à cette opération.

Luxation double de l'épaule par arthropathie tabétique. M. Crouzon, Mlle Braun et M. Vogt. Il s'agit d'une malade atteinte d'un tabes dont les signes cardinaux sont réduits au minimum quoique encore évolutifs. Elle présente des arthropathies multiples. Parmi celles-ci, celles des épaules se présentent sous la forme d'une double luxation de l'épaule : luxation antéro-interne typique, plus accentuée à gauche, luxation qui est due à l'usure de la tête humérale qui se montre atrophiée, usée, entourée d'ostéophytes à la radiographie. A droite, la tête étant relativement intacte, la luxation est due à des lésions de la cavité glénoïde.

Un cas de névrite sérique. — MM. O. Crouzon et P. de Lafontaine présentent un malade atteint de névrite des membres supérieurs consécutive à une injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Dans l'ensemble, cette observation présente deux points un peu particuliers : d'une part, la bilatéralité des troubles qui n'est pas fréquente; d'autre part, la ténacité des troubles sensitifs : douleurs spontanées, douleurs à la pression des masses musculaires et petite zone d'anesthésie dans la région deltoïdienne.

Tétanos guéri par la sérothérapie antitétanique, intrarachidienne associée à la chloroformisation. — MM. H. Dufour, Widiez et R. Castéran rapportent l'observation d'un malade atteint d'un tétanos bénin, apparu dix jours après une plaie de la main, tétanos rapidement jugulé par deux injections intrarachidiennes de sérum antitétanique purifié.

Au moment de la deuxième injection, le malade fut soumis à la chloroformisation. L'amélioration se fit sentir dès le soir.

Tabes tardif congénital chez un hérédo-syphilitique présentant de nombreuses malformations (agénésie pénienne). — MM. H. Dufour, Widiez et R. Castéran. Un malade âgé actuellement de quarante-trois ans présente les signes suivants appartenant à la série tabétique : amaurose par atrophie papillaire bilatérale ayant débuté à l'âge de trente ans; abolition des réflexes rotuliens et achilléens; légère ataxie des membres inférieurs; autrefois douleurs fulgurantes.

Tout plaide en faveur d'un tabes tardif congénital évoluant chez un hérédo-syphilitique. Les réactions humorales sont éteintes. Il s'agit d'un fait exceptionnel à un double titre : 1° début très retardé d'un tabes sous la dépendance de l'hérédo-syphilis; 2° absence des réactions du liquide céphalo-rachidien rencontrée habituellement chez les tabétiques.

De l'insuffisance veinulaire. Ses rapports avec les tuberculides cutanées. — MM. G. Delater et R. Hugel. Les varices tronculaires ne sont pas seules la manifestation ultime de la dystonie du muscle veineux. L'insuffisance veineuse progressive peut « s'extérioriser » autre part que sur les veines collectrices, par exemple sur les vaisseaux de petit calibre qui prennent l'aspect de varicules en pinceaux sous-épidermiques, et même sur les veinules des anses capillaires.

La stase sanguine causée par l'insuffisance veinulaire entraîne des modifications de la peau qui, considérées dans l'ensemble des troubles vaso-moteurs, méritent d'être distinguées de celles provoquées par la congestion artériolaire. La première est passive, elle disparaît quand on élève au-dessus de l'horizontale l'extrémité du membre; la congestion artériolaire est active, rouge, dans la manœuvre d'élévation du membre.

Cliniquement, il convient d'établir un parallèle entre les formes paroxystiques (acrocyanoses des endocriniens) et les formes permanentes que l'on confond souvent avec l'érythème induré de Bazin.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 18 JUIN 1926)

Diagnostic des tumeurs du rein par l'urétéro-pyélographie. — M. LE FUR signale que, dans les cas de cancers cavitaires du rein, ou de cancers centraux à développement intrapyélique, ou de tumeurs ou de volumineux kystes du pôle inférieur du rein avec extension vers le bassinet et l'uretère, l'urétéro-pyélographie, notamment avec le lipiodol, permet souvent de confirmer un diagnostic clinique hésitant; et même dans les cas assez nombreux où la clinique se trouve en défaut par suite de l'absence de tout signe clinique, elle permet de poser parfois le diagnostic avec certitude.

Appendicite en situation anormale de l'appendice. — M. THÉVENARD rapporte un cas d'appendicite aiguë grave où, par suite d'adhérences de l'appendice à la vessie, la symptomatologie fut celle d'une affection des voies urinaires. Le diagnostic exact fut cependant posé, et l'intervention faite assez précocement pour sauver le malade.

A propos de l'appendicite sous-hépatique. — M. DUPUY DE FRENELLE étudie trois variétés sous lesquelles peut se présenter l'appendicite sous-hépatique :

1° Absence de côlon ascendant; le cæcum est plaqué transversalement sous le foie; l'appendice contourne le versant supérieur du cæcum et fait corps avec un bloc d'adhérences qui englobent le foie, la vésicule biliaire et le duodénum. La dissection donne lieu à un suintement sanguin abondant. Dans ces cas, l'incision transversale haute facilite l'opération.

2° Le cæcum est sous le foie; l'appendice est au-dessous du cæcum qui le sépare du foie. L'incision de Jalaguier haute permet aisément l'appendicectomie.

3° Dans une troisième variété, fréquente chez l'enfant, le cæcum est haut situé; le côlon ascendant est court; l'appendice remonte derrière le cæcum et le court côlon ascendant. Sa pointe est séparée du foie par l'intestin et le mésocôlon transverse. L'incision de Jalaguier haute permet encore aisément l'opération.

Dans tous les cas d'appendicite chronique ou subaiguë, il y a intérêt à vérifier par la radiographie si le siège de l'angle iléo-cæcal correspond au siège de la douleur présumée appendiculaire. Cette radiographie permet d'opérer avec précision lorsque le cæcum occupe une situation anormale.

Procédés nouveaux de chirurgie plastique. — M. DUFOURMENTEL rapporte un travail des plus intéressants de M. Esser (d'Amsterdam). Celui-ci expose trois méthodes qui lui sont personnelles : 1. la rotation de la joue; 2. le moulage épidermique; 3. et, en particulier, la méthode des lambeaux artériels.

Cette méthode consiste à déplacer un lambeau de peau sans lui conserver aucun pédicule cutané, et en ne lui gardant comme pédicule que son artère nourricière destinée à assurer sa nutrition.

Les lambeaux ainsi mobilisés peuvent être très grands.

En résumé, le pédicule est toujours vasculo-nerveux et entouré d'une mince couverture de tissu cellulaire élastique. Ce pédicule est définitif; il n'y a jamais à le sectionner ultérieurement. Il donne une circulation et une innervation parfaites du lambeau transplanté et assure éventuellement sa croissance.

C'est dans les cas considérés jadis comme inopérables que ces lambeaux montrent leur plus grande qualité lorsque, par exemple, il faut, en même temps, couvrir et guérir une plaie atone, sans vitalité et chirurgicalement infectée.

Ils ont leur indication principale au niveau du visage.

Pour détacher le pédicule artériel, on incise la peau exactement au niveau de l'artère, en taillant obliquement à droite et à gauche d'elle pour détacher ainsi une sorte de coin sous-cutané, centré par l'artère et qui emportera aussi, dans son épaisseur, veines, lymphatiques et filets nerveux.

Evolution et terminaison éloignée de deux cas de tuberculose rénale bilatérale, après néphrectomie. — M. LAVENANT communique les observations de ces deux cas. Les malades néphrectomisés virent disparaître, dans le rein restant, la pyurie et les bacilles de Koch qui ne reparurent plus. L'un mourut au bout de seize ans, l'autre de douze ans, de néphrite chronique urémigène à marche lente et progressive. S'appuyant sur des examens histologiques modernes, l'auteur pense que cette néphrite chronique scléreuse est une continuation de l'évolution de la tuberculose rénale, qu'il y a eu cicatrisation des lésions ulcéreuses, mais que la sclérose a continué à évoluer. Il ne peut donc s'agir de mot de guérison absolue de la tuberculose rénale, mais de l'évolution d'une forme de tuberculose décrite par Lecène, la forme lente et sclérosante de la tuberculose rénale.

La chirurgie plastique aux Etats-Unis. — M. DUFOURMENTEL apporte les résultats de sa récente mission aux Etats-Unis. Les chirurgiens spécialistes sont là-bas beaucoup plus nombreux qu'en France, sans qu'on puisse dire que leurs méthodes y soient en avance.

Dans les spécialités mêmes, un morcellement existe déjà, montrant la tendance générale qu'ont les Américains à se spécialiser étroitement; certains vont même jusqu'à ne pratiquer qu'une seule opération.

On peut voir, en Amérique, un assez grand nombre d'excellents chirurgiens plastiques, capables d'exécuter les plus récentes et les plus hardies opérations de greffes. On y voit aussi un nombre bien plus grand encore de chirurgiens adonnés à la petite plastique et dont une fraction importante est représentée par les « beauty doctors ».

Drainage chirurgical des voies biliaires. — M. Victor PAUCHET résume ainsi cette question :

1° Cholécystite aiguë. Ne jamais faire de cholécystectomie en cas de cholécystite avec fièvre. Ouvrir, vider les calculs et laisser ouvert. Faire la cholécystectomie un mois, deux mois plus tard.

2° Angiocholite. Drainage temporaire; fermer la vésicule quand il n'y a plus de fièvre.

3° Calculs du cholédoque. Quand il y a des phénomènes fébriles, et que le cystique est perméable, drainer simplement par la vésicule; puis, quelques semaines plus tard, quand le sujet est blanc, faire la taille du cholédoque.

Comment drainer le cholédoque? De quatre façons :

a. Drainage naturel, quand l'opérateur a ouvert l'ampoule de Vater, soit en l'excisant pour tumeur, soit en la sectionnant pour calcul. Il faut bien faire l'hémostase de cette ampoule et laisser ouvert. Le cholédoque est large, béant, le drainage se fait très bien. Se garder d'ouvrir le cholédoque, sinon les aliments remontent par le cholédoque et s'éliminent au dehors, d'où cachexie famélique.

b. Drainage de Kehr, dans les cas où il y a infection.

c. Drainage de Pierre Duval : tube à demeure qui s'élimine.

d. Drainage de Ceballos : tube qui sort par une fistule duodénale.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

FAIT DU MÉDECIN. FAIT DE L'HOMME

La tendance des tribunaux est vers l'élargissement de la responsabilité du médecin, dès qu'un accident se produit. Il y a cependant des règles, tirées de la nature même des choses, qui ne sauraient être outrepassées, spécialement en matière d'accident opératoire.

Nous signalons à l'attention de nos lecteurs le cas de responsabilité que nous allons étudier.

Le 26 février 1923, en soignant la dent de sagesse gauche de la mâchoire inférieure de la dame X..., le docteur Z... utilisait un tire-nerfs, instrument métallique. Ce tire-nerfs, échappé des doigts du docteur, fut dégluti par la malade; en présence de cette circonstance, le docteur prescrivit de l'ipéca, mais le tire-nerfs ne fut pas rejeté dans les vomissements. Le lendemain, la malade voit à Lariboisière un médecin qui, ne pouvant retirer le tire-nerfs, l'envoie à la radiographie, où un autre médecin localisa le tire-nerfs dans le bas-fond gastrique; quelques jours plus tard, le même docteur constata que le tire-nerfs était dans la seconde portion du duodénum.

Un autre examen pratiqué, quelques jours après, montra le tire-nerfs à la même place. La malade fit de la température

au-dessus de 38 degrés, le pouls était entre 90 et 100; elle fut opérée d'urgence. Après la laparotomie médiane, on constata un peu de liquide dans le péritoine; le duodénum fut décollé; mais le tire-nerfs ne put être senti par la palpation. Le duodénum fut alors ouvert; il découla du sang et des traînées laiteuses indiquant la présence de pus. Le doigt introduit dans le duodénum trouva le tire-nerfs fiché dans le pancréas; le tire-nerf fut enlevé et le duodénum suturé; la paroi abdominale fut refermée. On crut à un moment à une suppuration; mais tout rentra progressivement dans l'ordre.

La malade resta près de deux mois à la maison de santé où elle avait été soignée et rentra chez elle où elle dut rester environ un mois; au mois de juillet 1923, elle fut envoyée à la campagne pour achever sa convalescence.

A la suite de ces circonstances de fait, Mme X... assigna le docteur Z... en paiement de 16.308 fr. 40, pour débours divers et en 70.000 francs à titre de dommages-intérêts en réparation du préjudice causé.

Le Tribunal civil de la Seine, saisi de l'affaire, prononça condamnation contre le médecin, le 26 avril 1926, en déclarant que le docteur Z... avait commis une négligence et une imprudence constitutive de faute de nature à engager sa responsabilité. La condamnation se monta à 40.000 francs à titre de dommages-intérêts.

Les experts qui avaient été nommés par un jugement d'avant dire droit précédent, et qui comprenait un radiologiste de l'hôpital Saint-Louis et un chirurgien stomatologiste des hôpitaux, avaient conclu à la non-responsabilité du docteur Z...; après avoir répondu à plusieurs questions posées par le Tribunal, ils avaient à répondre à une dernière question ainsi posée : « Dire et rechercher s'il y a faute professionnelle dont la dame X... puisse se prévaloir à l'encontre, tant du docteur Z... que des autres médecins successifs, rechercher dans quelle mesure chacun d'eux peut être tenu comme responsable du préjudice subi par la dame X..., à qui il incombe, dans le cas de l'affirmative, dans quelles limites pour chacun d'eux. »

La responsabilité de tous les médecins qui ont donné leurs soins après le docteur Z... a été écartée. En ce qui concerne ce dernier, le rapport des experts s'exprime ainsi : « Le docteur Z... ne conteste nullement la matérialité des faits et reconnaît avoir laissé tomber un tire-nerfs dans la cavité buccale. Mais les experts sont d'avis qu'on ne peut l'accuser de faute professionnelle. On ne peut, en effet, incriminer ni la technique, ni l'instrumentation du docteur Z... qui sont décrites dans les auteurs classiques. C'est ce que nous avons vérifié, d'une part, dans le *Manuel du chirurgien dentiste* du docteur Fateau, ouvrage très répandu parmi les chirurgiens dentistes, et, d'autre part, dans le *Traité de stomatologie* du docteur Magire, livre plus important destiné surtout aux docteurs en médecine stomatologistes. A vrai dire, le docteur Magire met en garde contre la chute possible de ces tire-nerfs dans le pharynx, mais il n'en tire pas prétexte pour en proscrire l'emploi. *Nous considérons donc que la chute de l'instrument dans l'arrière-bouche constitue un accident opératoire*, accident qui s'est produit d'autant plus facilement que la dent en traitement était la dernière molaire inférieure et que les manœuvres opératoires étaient de ce fait plus malaisées. Il est juste au surplus de faire remarquer que s'il s'était agi d'une dent antérieure, l'accident eût été vraisemblablement anodin, le tire-nerfs serait tombé à la partie antérieure de la cavité buccale d'où il eût été facilement enlevé. Au contraire, *la*

chute sur la base de la langue a provoqué un mouvement de déglutition réflexe qui a projeté le tire-nerfs dans le pharynx et l'œsophage, et de là dans l'estomac. Il y a donc là un ensemble de circonstances malheureuses qui sont intervenues dans le mécanisme des accidents et dont il serait injuste de faire peser la responsabilité sur le docteur Z.... »

Les experts concluaient donc dans le sens de l'*accident opératoire* dont le docteur Z... ne pouvait être responsable.

Par quels motifs le Tribunal a-t-il abouti à une condamnation?

Il reconnaît dans son jugement qu'aucune faute professionnelle n'existe à la charge du docteur Z.... Mais il recherche l'existence d'une faute de droit commun, dans le sens des articles 1.382 et 1.383 du Code civil, à l'encontre du docteur. Autrement dit, le Tribunal, dans son analyse, sépare le fait du praticien et le fait de l'homme. Une démarcation nette de cette nature est, en soi, déjà assez difficile à justifier; car si un médecin est plus ou moins habile, le degré d'habileté est bien le fait de l'homme. Il y a lieu d'ajouter que, du moment qu'on reconnaît que le médecin n'a commis aucune faute professionnelle, il devient bien difficile de justifier une négligence ou une imprudence constitutives de la faute à laquelle se refèrent les articles 1.382 et 1.383 du Code civil.

Le Tribunal dit : « Attendu qu'il lui *apparaît* qu'il a commis une faute en ne surveillant pas ses actes qu'il accomplissait peut-être avec cette manière d'être que donne certaine accoutumance en ne se rendant pas suffisamment compte qu'il n'était peut-être pas ce jour-là dans la pleine maîtrise de lui-même, en possession suffisante de tous ses moyens, ce qui incombe à tout homme d'examiner quel qu'il soit et quel que soit l'acte qu'il doit accomplir, à plus juste titre quand il se trouve en face d'un acte soit délicat, soit d'une exécution plus ou moins facile ou difficile, ou demandant, soit une attention plus soutenue ou plus de souplesse dans l'exécution, et d'un client sur lequel il n'a aucune donnée, aucun renseignement. »

Partant de ces considérations et les appliquant à l'espèce qui lui était soumise, le jugement affirme « qu'il est établi et nullement dénié d'ailleurs que s'il a laissé échapper de ses doigts le tire-nerfs, c'est que le médecin était dans de mauvaises conditions et n'a pas pris, soit les dispositions, soit les précautions dictées par une prudence éveillée et soucieuse des conséquences, ayant à atteindre une dent placée dans un endroit d'un accès sinon difficile, du moins peu aisé. »

C'est là où le jugement est critiquable, aussi bien dans ses considérations générales que dans leur application à l'espèce, à les supposer vraies. Le Tribunal aurait dû expliquer ce qu'il entendait par un médecin « qui n'est pas dans la pleine maîtrise de lui-même, en possession de tous ses moyens », phrase vague. Nous ne voyons guère dans cette situation qu'un médecin en état d'ébriété ou un médecin frappé de démence ou un médecin malade. Le Tribunal a-t-il constaté un de ces faits? Non; il dit qu'il est établi que le docteur Z... était dans de mauvaises conditions pour opérer; il aurait fallu l'établir, surtout qu'il semble que le médecin a toujours dénié en fait avoir été dans de mauvaises conditions, lesquelles n'étaient d'ailleurs pas relevées par le rapport.

Mais, ce qui paraît bien montrer le manque de base juridique de la thèse du Tribunal, c'est le rapprochement d'un fait qu'il y a lieu de faire immédiatement avec l'accident qui s'est produit : le tire-nerfs échappé des doigts du docteur fut *dégluti* par la malade. Est-ce là une mauvaise condition qui lui est imputable? Peut-il être responsable de cet acte réflexe, indépendant de sa volonté? Le praticien ne peut pas être responsable des réactions plus ou moins vives qui dépendent du malade lui-même et qu'il ne peut éviter.

Quel est le fait du praticien, au cas actuel? C'est celui d'avoir laissé échapper le tire-nerfs.

Quel est le fait de la malade? C'est celui de l'avoir dégluti par réflexe; l'homme de l'art n'est pas maître de cet acte. Cela est si vrai que si le tire-nerfs était tombé sur une surface inerte, aucun accident ne se serait produit.

Il n'y a pas, au sens juridique, relation de cause à effet entre le simple fait d'avoir laissé échapper le tire-nerfs et les conséquences qui en ont été la cause; car il y a un acte intermédiaire, l'acte de déglutition, qui n'est pas le fait de l'homme de l'art. Il y a lieu d'ajouter que le tribunal paraît considérer qu'il y a en l'espèce présomption de faute à la charge du médecin, car il n'indique aucun fait précis repréhensible; la faute, telle qu'elle doit exister pour permettre l'application des articles visés par le jugement, doit résulter des faits précis et démontrés. Or cela n'existe pas en l'espèce.

L'*accident opératoire*, c'est-à-dire dû à l'opération, n'est pas douteux.

La question de responsabilité du médecin est, assurément, chose délicate. Mais toute opération contient un risque en soi, auquel s'expose le client. En tout cas, dans l'espèce examinée et jugée par le Tribunal de la Seine, s'il y avait une responsabilité à la charge du médecin, elle ne pouvait qu'être légère; car la seule chose qu'on puisse lui reprocher c'est d'avoir laissé échapper de ses mains le tire-nerfs. Là s'arrête le fait de l'homme puisque c'est celui-là qu'a recherché le Tribunal; la responsabilité du médecin ne pourrait trouver sa source que dans ce fait; elle ne peut découler en même temps d'un acte dont il n'était pas maître : le fait de la déglutition.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 28 JUIN AU 3 JUILLET 1926)

THESES

Lundi 28 juin. — Jury : MM. Teissier, président; M. Labbé, Sergent, Binet et Le Lorier. — M. PAILLE. Rougeole et pneumonie. — M. LHOPITALLIER. Essais d'aminoacidémie provoquée par adaptation de la technique de Folin. — M. MARTIN (H.). Accidents consécutifs à l'injection de chocolat. — M. FROSTIN (Ch.). Traitement de la tuberculose pulmonaire des femmes enceintes. — M. VAYRON DE LA MOUREYRE. La distension des cul-de-sac de la plèvre. — M. HAUTEFEUILLE. Etude de la granulie froide. — M. LIMBOUR (P.). L'avenir des pleurétiques. — M. MOUSSEAU (L.). La maladie de Hodgkin-Sternberg. — Mme JÉRAMEC (G.). Les cuti-réactions dans l'asthme.

Jury : MM. Hartmann, président; Legueu, Sébileau et Gosset. — Mlle POMMAY. Etude de la prothèse sur le maxillaire inférieur. — M. BERTHON. La prostatectomie périnéale. — M. GOULARD. Les kystes de la prostate. — M. LEMIÈRE. Traitement des luxations du coude. — M. LEMARCHAND. Etude sur les grossesses tubaires successives. — M. CAO-SI-TAN. Valeur de l'évidement mastoïdien total. — M. LIMAL. Trois observations de fistules congénitales du cou. — M. THÉVENIN (J.). Etude radiologique des mastoïdites aiguës.

Jury : MM. Ménétrier, président; Balthazard, Duvoir et Lévy-Solal. — M. ALESSANDRI. Etude sur le néo-malthusianisme et l'avortement criminel. — Mlle PISSOT (G.). Etude des intoxications par le véronal. — Mlle BAUDRY. Etude sur l'ictère familial. — M. CARTIER (B.). La médecine d'Hippocrate et celle d'aujourd'hui. — M. DAVID (R.). L'hygiène religieuse dans les livres sacrés. — Mlle PÉCHENARD. Les tumeurs chez les oiseaux. — M. VIRIOT. Considérations sur l'abcès de fixation. — M. DESMIER (E.). Laënnec, arthritique et tuberculeux.

Mardi 29 juin. — Jury : MM. Widal, président; Carnot, Brindeau et Cunéo. — Mlle NICOLLE. Etude sur les crèches hospitalières. — M. GIROUD. Le rhume des foins. — M. GROGNOT. Traitement de l'anaphylaxie digestive. — M. CACAVAS (N.). Variétés particulières de la biloculation gastrique. — M. MAMOUL (L.). Etude du cancer sous-cardiaque. — M. PRÉAUT (R.). Traitement des rhumatismes blennorragiques. — M. VIAL. Traitement chirurgical de l'ozène. — M. PERETTI DELLA ROCCA. Traitement du cancer de l'utérus.

Jeudi 1er juillet. — Jury : MM. Marfan, président; Jeanselme, Nobécourt et Terrien. — M. MACON (M.). Etude de la syncope des enfants. — Mlle SIMON. Purpura rhumatoïde. — M. RISGALLA. Existe-t-il des cholécystites amibiennes? — M. TURNIER. A propos des épithéliomes des glandes cutanées. — M. FORTAT. De l'hypophalangie. — M. GRIMAUD (J.). Variations familiales associées.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2* : 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 25 juin. — MM. Richard, 27 ; Lorain, 24 ; Soupault, 26.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Composition écrite.* — Séance du 25 juin. — Question donnée : « Noyaux oculo-moteurs, anatomie et physiologie. »

MM. Cousin, 27 ; Lagrange, Prélat et Hartmann, 29.

Epreuve clinique. — Séance du 26 juin. — MM. Cousin et Hartmann, 18.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Pruvost, Tinel, Brodin, Donzelot, Madier, Portes, de Gaudart d'Allaines, Gouverneur, qui acceptent ; Bollack, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gignoux, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le Conseil de la Faculté vient de procéder à l'élection du Doyen.

M. Roger a été élu avec 51 voix, M. J.-L. Faure a obtenu 3 voix, M. Balthazard 2 voix, M. Teissier 1 voix. Bulletins blancs 2.

M. Balthazard a été nommé assesseur par 45 voix contre 6 à M. J.-L. Faure.

— MONTPELLIER. — M. le docteur Robert Joullié est délégué dans les fonctions d'aide de clinique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — Un concours s'ouvrira le 2 février 1927, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

FACULTÉS ÉTRANGÈRES. — BRUXELLES. — M. le docteur Heyninx vient d'être nommé agrégé de la Faculté de médecine de Bruxelles.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Lagrange (de Bordeaux).

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Godeau (de Mantes-sur-Seine) et Cabannes (de Montpellier).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 24 juin public un arrêté fixant les conditions d'admission à l'examen d'Etat d'infirmiers, d'infirmières, de masseurs, etc., et notations des différentes catégories d'examen d'Etat.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — (Réserve.) Les médecins auxiliaires ci-après désignés sont nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM. les médecins auxiliaires Bourgarel, Ben Sadoun, Jean, Defouloy et Charles.

AUX SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — A la suite de l'appel adressé par le docteur Amabert, président du Comité d'organisation du sanatorium des étudiants à tous les syndicats médicaux de France, huit d'entre eux ont immédiatement adressé leur obole au trésorier de l'Œuvre.

Ce sont :

Syndicat de Mulhouse	1.000 fr.
Syndicat de Metz-Ville	500
Syndicat de Sélestat Sainte-Marie	500
Syndicat de Châtel-Guyon	500
Association syndicale des médecins de la banlieue Est et Sud de Paris	500
Fédération des syndicats médicaux de Saône-et-Loire (Siège : Charolles)	500
Syndicat de Rémilly	100
Syndicat de la Charente	100

Si l'on note que sept autres syndicats avaient souscrit antérieurement, le nombre des donateurs, ayant répondu favorablement et immédiatement à l'appel du Comité que nous nous sommes fait un plaisir d'insérer, se monte donc déjà à quinze.

Et la liste est loin d'être close, puisque les autres groupements attendent, pour envoyer leur souscription, que leurs assemblées en aient voté le montant. Rappelons que toute obole, même la plus modeste, est reçue avec reconnaissance par le trésorier, M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble (C. C. P. Lyon, 188-37), que tout envoi de 500 fr. donne à son auteur le titre de membre donateur et de 5.000 fr. celui de membre bienfaiteur.

Le docteur Crouzat, secrétaire général de l'Œuvre, 1, rue Pierre-Curie, tient à la disposition des confrères une brochure dans laquelle sont expliqués la création et le fonctionnement du futur sanatorium des étudiants et étudiantes.

D'autre part, le docteur Amabert, médecin des hôpitaux de Grenoble, 6, rue Félix-Pourat, fera visiter le chantier des travaux entrepris sur le plateau des Petites-Roches aux membres du corps médical qui lui en exprimeront le désir.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES UROLOGISTES FRANÇAIS. — Le Syndicat général des urologistes français vient de voter à sa dernière assemblée générale son nouveau tarif des diverses consultations et opérations d'urologie. MM. les urologistes, les médecins et chirurgiens que cette question intéresse sont priés d'en faire la demande au secrétaire général, docteur Gallois, 26, rue de Clichy, Paris (IXe) qui se fera un plaisir de le leur envoyer gracieusement.

C. ODDO

C'est avec une très profonde tristesse que nous avons appris la mort de notre éminent collaborateur et bien cher ami le docteur Constantin Oddo, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille, correspondant de l'Académie de médecine, président de la Réunion biologique de Marseille, chevalier de la Légion d'honneur.

Ces titres, et mieux encore, l'émotion que sa mort a soulevée à Marseille montrent quelle place importante occupait Oddo dans le monde scientifique et dans sa cité, place qu'il avait conquise par toute une vie de travail, de droiture et d'honneur.

Oddo était né à Marseille en 1860 ; il appartenait à une famille médicale où le dévouement était de tradition. Dès le début de ses études il en donna la preuve, pendant l'épidémie de choléra de 1885 où sa conduite fut admirable. Médecin des hôpitaux, professeur de pathologie interne puis de clinique médicale, Oddo a été un des meilleurs éducateurs de cette belle école de Marseille, si laborieuse et brillante. Tout en se consacrant à l'enseignement et à une clientèle absorbante, Oddo a écrit de nombreux ouvrages parmi lesquels nous citerons les *Maladies non systématisées de la moelle et des os*; les *Accidents du travail*; la *Médecine d'urgence*. Notre regretté confrère était un de nos collaborateurs les plus assidus. C'est dans la *Gazette* qu'il a publié sa belle série de travaux sur les *sympathèses*. Il y a quelques semaines il nous adressait un dernier article dont il venait de corriger les épreuves quand la mort l'a frappé. Nous le publierons dans quelques jours comme un pieux hommage rendu à sa mémoire.

Que Mme Oddo et son fils le docteur Jean Oddo veuillent bien trouver ici l'expression de notre très douloureuse sympathie.

F. L. S.

Paul OUVRY

Le 10 juin dernier, succombait, dans sa soixantième année, Paul Ouvry (de Lisieux). Il avait été malade cinquante-deux jours. Ni la tendresse des siens, ni les ardentes prières de toutes les âmes, ni le dévouement de ses confrères Adeline et Colombe qui, chaque nuit, venaient se relayer à son chevet, n'ont pu changer l'arrêt du destin. Il fallait bien que la mort prît sa revanche sur celui qui, depuis près de trente ans, lui avait arraché tant d'existences! Il l'a vue venir avec la sérénité du sage et avec la confiance du croyant.

Né à Luneray (Seine-Inférieure), le 1er septembre 1865, il avait fait à Paris ses études médicales. Externe de Brouardel et de Lannelongue, puis interne de Gérart-Marchant, Ferré, Jalaguier, Routier et Faisans, il s'était, de bonne heure, senti porté vers la chirurgie. Le 24 février 1897, il passait sa thèse intitulée *Etude sur la môle hydatiforme*. C'est en la relisant qu'on apprécie à sa juste valeur le *multa renascentur* du poète. Des théories « modernes », aucune qui ne se trouve dans cette monographie, depuis l'assimilation de certaines môles à des tumeurs malignes, avec toutes les conséquences que comporte cette conception, jusqu'à l'affirmation de son origine fœtale, et à l'énumération des moyens de défense de l'organisme, représenté surtout par la caduque, avec la couche fibrineuse qui la double!

Son internat fini, Ouvry eût pu, comme tant d'autres, rester à Paris, et y tenter la chance des concours. Il préféra regagner la forêt normande et s'installer à Lisieux. Il y apporta, à une époque où la décentralisation n'était pas ce qu'elle est devenue depuis, les techniques nouvelles. Entre deux visites, il commença à y opérer avec un tel succès que, bientôt, il pouvait se consacrer tout entier à la chirurgie. Dès lors, sa réputation n'a fait que grandir. Il y a longtemps qu'elle avait dépassé l'enceinte de la petite cité Lexovienne. On l'a bien vu à ses obsèques, que suivait, recueillie, une foule que des témoins oculaires ont évaluée à plus de 10.000 personnes...

Cette réputation, il la devait à son talent de clinicien, à sa dextérité, à son extrême conscience, à l'attention qu'il portait aux soins post-opératoires, et plus encore peut-être, à ses qualités de cœur. Bienveillant à tous, accueillant aux jeunes collègues que les hasards de la vie militaire amenaient caserne Delaunay, et que l'aimable Mme Ouvry recevait chez elle avec tant de bonne grâce et d'affabilité, il était plus que désintéressé : il ne songeait qu'à soulager l'infortune, payant de ses deniers après avoir payé de sa personne. Que de bonnes actions n'eût-on pas connues de lui, s'il ne s'en était pas soigneusement caché, trop lettré pour ne pas penser, avec de Vigny, que le bien a aussi sa rougeur! Que d'heures n'a-t-il point passé auprès de nos blessés, au cours de la grande guerre, penché sur leur détresse, aussi attentif à leur misère morale qu'à leurs souffrances physiques! Comment oublier ce noble cœur, qui a tenu à prouver que le médecin peut partout faire le bien et partout, exercer son apostolat?

L. BABONNEIX.

LES KYSTES OSSEUX

(KYSTES HYDATIQUES EXCEPTÉS)

Par P. MOULONGUET,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Il faut souvent, en chirurgie s'expliquer d'abord sur les termes, car sous les mots qui se transmettent, immuables, de génération en génération, le sens évolue, se modifiant avec le progrès de nos connaissances. Ainsi en est-il pour le terme de « kyste osseux». Pour les anciens, pour Dupuytren, il signifiait toute cavité pathologique existant dans un os. Paget parlait même de kystes purulents : nous disons maintenant « abcès ». Pour nous, grâce aux progrès de la clinique et de l'histologie, grâce aux rayons X, il y a trois espèces distincts de kystes osseux :

Les kystes parasitaires, que nous n'étudierons pas ici;
Les kystes vrais,
Les kystes faux.

1° **Kystes vrais.** — Les kystes vrais n'existent, au niveau du squelette, qu'en 2 endroits : au crâne et aux maxillaires. Au niveau du crâne ce sont des kystes dermoïdes extrêmement rares. Les *kystes des maxillaires*, au contraire, ont une réelle importance pratique, et d'autre part leur étude est intéressante à ébaucher pour mieux comprendre la nature des faux kystes.

Ces kystes vrais des maxillaires sont des kystes néoplasiques, le fait a été établi par Albarran grâce auquel a été abandonnée la théorie de Gosselin sur l'origine inflammatoire de ces productions. En fait, les kystes des maxillaires se développent aux dépens des débris épithéliaux paradentaires de Malassez. Suivant leur dimension et leur aspect macroscopique, on distingue les kystes radiculo-dentaires de très petit volume, les grands kystes, simples ou dentifères, et la maladie kystique des mâchoires ou épithélioma kystique adamantin.

Toutes ces formations néoplasiques sont bénignes, mais, et c'est là le point sur lequel il faut insister, leur paroi propre épithéliale est une paroi fertile et ces kystes vrais des maxillaires ne peuvent guérir que par ablation complète ou destruction de cette paroi propre. Nous allons voir qu'il en est tout différemment des faux kystes osseux.

2° **Faux kystes osseux.** — *a.* Parmi les faux kystes osseux, il faut distinguer d'abord, pour les rejeter, des apparences kystiques au sein de formations pathologiques très diverses : l'actinomycose osseuse, certains sarcomes osseux ramollis, certains enchonchomes en état de fonte kystique. Il est bien évident que dans ces cas le kyste n'est qu'un détail anatomique sans intérêt. Ces lésions diverses ont chacune leurs caractéristiques cliniques, radiologiques et anatomiques; par là elles se distinguent des kystes osseux que nous allons étudier.

b. Il existe une affection systématique du système osseux avec formation de kystes multiples : c'est la *maladie de Recklinghausen osseuse*, décrite par cet auteur en 1891 sous le nom « d'ostéite fibreuse déformante avec formations kystiques et tumeurs multiples ». C'est là une entité pathologique très intéressante, mais, il faut le reconnaître, extrêmement rare. Elle a fait dernièrement l'objet de la thèse de Chauveau qui en rapporte 6 cas récents et qui, avec son maître Sicard, propose de dénommer l'affection *ostéite fibro-géodique* ; le mot de « géode » convient en effet parfaitement au mode de formation de ces kystes osseux.

La maladie de Recklinghausen se rencontre surtout chez des adultes; néanmoins Ducroquet en a rapporté un cas chez un enfant de 4 ans. Au point de vue clinique, elle se manifeste par des douleurs au niveau des os atteints; par des déformations progressives de ces os et par des fractures spontanées à répétition. Dans un cas de Langenskiold, une jeune fille se fait sept fractures consécutives de l'âge de huit ans à l'âge de vingt-trois ans. La radiographie permet le diagnostic facile de la maladie de Recklinghausen. L'évolution de cette affection est progressive et incurable. Froelich a rapporté un cas où cette évolution avait été très lente, mais le plus souvent elle est mortelle au bout de quelques années, surtout lorsque l'ostéomalacie est très accentuée. Jusqu'à présent, il n'y a pas de thérapeutique efficace contre cette affection.

Les lésions qui ont été très bien étudiées, et très complètement, grâce à quelques autopsies, montrent au niveau des os des tumeurs brunes parsemées de kystes, une ostéoporose générale du squelette et, au point de vue histologique, les lésions d'ostéite fibreuse que nous allons étudier plus loin. Un point important à retenir, c'est la fréquence d'adénomes parathyroïdiens chez les sujets atteints de la maladie de Recklinghausen osseuse.

c. Kystes osseux essentiels juxta-épiphysaires de l'adolescence. — Ces kystes sont les plus intéressants à étudier, parce que c'est à leur propos surtout que des progrès ont été réalisés dans ces dernières années, au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique. Mikulicz, en 1904, a été le premier à décrire clairement ces kystes solitaires sous le nom « d'ostéo-dystrophia juvenilis cystica ». Lenormant et Lecène, en 1912, publièrent un mémoire très important au sujet de ces kystes osseux solitaires et on peut dire que c'est de ce mémoire que datent les beaux progrès qui ont été faits dans leur étude.

Ce sont habituellement des enfants de sept à quinze ans qui sont atteints de kystes osseux solitaires. Curtilliet, Delbet en ont rapporté des cas chez des enfants beaucoup plus jeunes. Le plus souvent il s'agit d'écoliers bien portants, ne présentant pas de stigmates de rachitisme, et chez lesquels l'affection se démasque par l'un des caractères suivants : Tantôt ce sont des douleurs rhumatoïdes s'accompagnant d'une impotence manifeste au niveau du membre douloureux. Tantôt c'est une fracture spontanée survenant, par exemple, au cours d'une ascension à la corde lisse (Lapointe), ou bien même à l'occasion d'un examen médical. Cette fracture peut être remarquable par son indolence et par la médiocrité des signes observés, l'ecchymose et l'œdème étant très peu étendus et la mobilité anormale pouvant être très réduite, s'accompagnant d'un bruit de frottement doux, différent des gros craquements d'une fracture ordinaire ; mais dans certains cas, la fracture est douloureuse et présente tous les signes classiques. Enfin dans certaines observations, c'est quelques semaines après la fracture pathologique que l'enfant est observé pour la première fois et c'est parce que cette fracture se consolide mal, s'accom-

pagnant d'un gonflement osseux ; ce sont ces cas que nous retrouverons sous le nom de « cal soufflé».

A l'examen l'os atteint présente une tuméfaction fusiforme au voisinage de l'une de ses extrémités. La palpation de cette tuméfaction est souvent indolore ; dans certains cas, mais exceptionnels, on a pu déceler une crépitation parcheminée en un point. Ce qui est très important à noter dans cet examen, ce sont les signes négatifs indiquant l'absence de toute inflammation, l'absence de circulation veineuse collatérale, l'aspect normal des téguments, l'absence d'adhérences des parties molles à l'os, l'absence d'atrophie musculaire, et surtout deux signes négatifs sur lesquels nous insistons : l'absence d'adénopathie et l'intégrité de l'articulation voisine du kyste osseux.

Ces kystes siègent en effet dans une région juxta-épiphysaire, et le plus souvent au niveau de l'épiphyse fertile, c'est-à-dire loin du coude et près du genou, suivant la formule classique. Le segment le plus souvent atteint est l'extrémité supérieure de l'humérus. Exceptionnellement les petits os, tels que les métatarsiens, peuvent être atteints de kystes osseux et le crâne également.

L'étude radiologique est capitale dans la clinique de cette affection. C'est Carl Beck qui paraît y avoir insisté le premier et il faut signaler, depuis, une bonne étude de Parola. Le kyste siège d'une façon presque constante au niveau de la métaphyse, très rarement au niveau de la diaphyse; exceptionnellement il envahit l'épiphyse. La forme la plus typique est celle du kyste ovalaire inscrit dans le contour normal de l'os, et possédant une paroi relativement épaisse. Mais par augmentation de volume de ce kyste, on peut le voir occuper toute l'épaisseur de l'os et ne conserver qu'une paroi très mince. Enfin, en se développant davantage, il repousse ces parois frêles très régulièrement et justifie à merveille par son image radiographique la comparaison avec la soufflure du verre. Le contenu du kyste osseux étant très clair aux rayons il apparaîtra comme une lacune homogène; rarement quelques cloisons de refend à l'intérieur du kyste zèbrent sa tâche claire.

Ces signes que l'on peut tirer de l'examen radiographique sont assez importants pour qu'on y insiste beaucoup. On notera qu'il n'y a, au contact du kyste osseux, aucune réaction périostique et que les limites de l'os sont très nettes, ne comportant aucune ombre estompée. On notera de même que la corticale osseuse nulle part n'est effondrée; qu'à l'intérieur de l'os le kyste lui-même est parfaitement limité, vers l'épiphyse en deçà du cartilage d'accroissement, vers la diaphyse par un profil en cupule extrêmement net. En règle, le kyste osseux solitaire est uniloculaire.

A l'opération, le kyste osseux est rempli d'un liquide séreux ou séro-hémorragique, plus rarement d'une sorte de gelée de groseille ; ce n'est qu'après la fracture pathologique qu'on le trouve vide. Sa paroi est partout dense et d'un contact osseux; du côté de la diaphyse et du canal médullaire notamment on trouve le kyste nettement limité, c'est un signe sur lequel insiste Ombrédanne. La curette promenée à l'intérieur de la cavité ramènera donc fort peu de chose. L'examen cytologique du liquide a montré sa richesse en lymphocytes (Sabrazès). L'ensemencement de ce liquide a toujours démontré sa stérilité.

Il est très important, au cours de l'opération d'un kyste osseux, de prélever une partie de sa paroi en vue d'une biopsie et d'un diagnostic histologique. Cet examen montrera que le kyste osseux solitaire de l'adolescence ne possède pas de revêtement propre. C'est donc un faux kyste, une géode. L'os au voisinage du kyste présente des altérations dites d'ostéite fibreuse, c'est-à-dire, essentiellement, que le tissu médullaire est remplacé par un tissu conjonctif fibreux. L'os lui-même est en voie de destruction, soit par le processus de l'ostéoclasie (processus macrophagique), soit par celui de l'ostéolyse (processus métaplasique). En règle il existe des raptus hémorragiques dans la paroi du kyste osseux. Enfin, nombreux sont les myéloplaxes. Le fait important de cette histologie c'est l'architecture parfaitement typique de tous les éléments, l'absence de toute monstruosité cellulaire, et c'est ce caractère général qui est le plus important au point de vue du diagnostic, comme Lecène y a longuement et fréquemment insisté. Il faut signaler dans quelques cas l'existence d'une quantité minime de cellules cartilagineuses, processus de chondrification pour Sabrazès. Il est certain que ces cellules cartilagineuses peuvent exister dans des kystes osseux essentiels, leur présence cependant doit inciter à un examen histologique des plus minutieux et faire se méfier d'une néoplasie dont le pronostic serait tout différent.

Le diagnostic des kystes osseux solitaires est surtout, il faut bien en convenir, un diagnostic radiologique. Mais si la radiographie a apporté à cette question des lumières incontestables, elle risque aussi d'entraîner des confusions, puisque les rayons X montrent une image de clarté égale, qu'il s'agisse d'un véritable kyste ou de néoformations molles intra-osseuses. C'est pourquoi il faut insister un peu sur le diagnostic radiologique des kystes osseux de l'adolescence. Il a une importance pratique de premier ordre.

Les *ostéosarcomes* se révèlent habituellement par des signes cliniques différents de ceux des kystes osseux. Ils envahissent notamment les parties molles et troublent la circulation du membre d'une façon que les kystes osseux ne font jamais. A la radiographie, l'ostéosarcome est diffus. Ses limites irrégulières contrastent avec les limites parfaitement nettes du kyste osseux. Au voisinage de l'ostéosarcome il y a une réaction périostique, et enfin la tumeur maligne effondre très vite la corticale : ces signes sont habituellement suffisants pour la reconnaître avec certitude. C'est surtout chez l'adulte qu'il faudra se méfier de l'existence d'une tumeur maligne, car chez l'adulte le kyste osseux essentiel est d'une extrême rareté.

D'autres diagnostics sont plus difficiles et, à la vérité, il faut ranger ici des affections encore insuffisamment connues, qui constituent une sorte de groupe d'attente et que l'avenir nous permettra sans doute de classer de façon différente. Tout d'abord il existe au niveau des os des formations kystiques dues *à l'infection* : l'ostéite albumineuse, certaines ostéites gommeuses pourraient être confondues avec les kystes osseux. Virgillo a signalé la présence de staphylocoque dans une formation osseuse kystique. Ceccarelli celle d'un bacille paratyphique. Fiolle a trouvé le gonocoque dans une ostéite kystique du tarse. Il est donc possible que l'infection soit à l'origine de certaines formations très proches du kyste osseux essentiel, mais c'est un sujet qui n'est pas encore suffisamment connu. Au point de vue radiographique, il faut signaler seule-

ment qu'au voisinage de ces kystes infectieux, l'os réagit et donne un cercle plus foncé.

La tuberculose pourrait donner, elle aussi, des aspects voisins de ceux du kyste osseux essentiel; mais c'est surtout la syphilis qui a été retrouvée par de nombreux auteurs chez des enfants qui présentaient des formations polykystiques juxta-articulaires. Les études de Mouchet, le cas de Sorrel, celui de Tillier et le travail de Skillern sont à consulter sur cette question. Dans toutes ces observations, le fait notable est l'atteinte de l'articulation voisine de l'ostéite kystique syphilitique; c'est là un caractère différentiel capital avec le kyste osseux essentiel.

Parmi les tumeurs osseuses bénignes, l'*enchondrome* peut donner une image radiologique très voisine de celle du kyste osseux. L'*ostéite fibreuse* se manifeste par une ostéoporose avec médullisation et formation, dans certains cas, de véritables lacunes sur l'image radiologique. Ce sont là des faits assez rares, insuffisamment connus sans doute et qui, d'après quelques observations, pourraient marquer le début de l'évolution d'une maladie de Recklinghausen. On doit donc, au point de vue pronostique, les considérer comme un peu suspects et ils ne méritent pas le pronostic absolument bénin que nous verrons être celui des kystes osseux essentiels.

Chez l'adulte comme chez l'enfant, il existe des *tumeurs osseuses à myéloplaxes* qui donnent les mêmes signes cliniques que les kystes osseux, mais dont l'aspect radiologique est un peu différent, car il s'agit dans la tumeur à myéloplaxes d'une image polykystique soufflant l'os en bulles de savon. A la coupe d'une tumeur à myéloplaxes, il n'est pas rare de trouver des formations kystiques. Eugène Nélaton l'avait déjà signalé, Tavernier y a insisté récemment. Il semble que les tumeurs à myéloplaxes aient la même bénignité d'évolution que les kystes osseux. Il importe néanmoins de les reconnaître, car l'opération d'une tumeur à myéloplaxes, toujours extrêmement vasculaire, et moins bien limitée que le kyste osseux, est sans nul doute plus difficile.

En résumé la radiologie, comme l'histologie, incitent à une synthèse de plusieurs lésions osseuses sans doute voisines : le kyste osseux essentiel, la maladie de Recklinghausen, l'ostéite fibreuse, la tumeur à myéloplaxes; mais la clinique permet de séparer ces affections et nous croyons qu'il faut s'en tenir pour le moment aux distinctions que permet la clinique. Peut être l'avenir permettra-t-il un nouveau classement de ces affections.

Il faut dire un mot de la pathogénie du kyste osseux essentiel. L'étude que l'on peut en faire dans l'excellente thèse de Mlle Testoud montre que les recherches sur la pathogénie de cette affection n'ont permis, ni d'arriver à une solution complète, ni d'en tirer des déductions pratiques. Depuis Virchow qui considérait les kystes osseux comme le résultat de la fonte d'un enchondrome, jusqu'au moment où, abandonnant les recherches pathogéniques, les chirurgiens se sont mêlés plutôt de guérir les kystes osseux que d'en connaître la nature, les progrès ont été de bien peu d'importance. L'ostéite fibreuse, réaction banale du tissu osseux, est la lésion élémentaire du kyste osseux. Mais c'est également la lésion de la maladie de Recklinghausen et de bien d'autres affections du système squelettique. Il ne semble pas que ce soit par son étude que l'on arrivera à bien comprendre ces affections.

Le traumatisme est souvent retrouvé dans les antécédents du kyste osseux de l'adolescence. La thèse de Trucy (1905) sur les cals soufflés, l'étude de Mutel avaient fixé ce point depuis longtemps. Mauclaire parlait d'ostéite vacuolaire métatraumatique, mais contre lui Broca soutenait que le traumatisme n'est pas absolument constant et si, dans deux cas récents, Fabrice montre le rôle du traumatisme pour créer des kystes osseux, il doit reconnaître que par l'expérimentation, ni lui, ni aucun chercheur ne sont arrivés à reproduire des kystes osseux.

L'infection était tenue pour la cause des kystes osseux par Guyon et Godefroy; Mlle Testoud décrit une lésion de vascularite qu'elle tend à rapporter à l'infection, et Roederer pense que l'hérédo-syphilis serait à l'origine de beaucoup de cas.

D'autres auteurs préfèrent parler de dystrophie de l'ostéogenèse et rappellent les lésions des parathyroïdes trouvées dans la maladie de Recklinghausen. A vrai dire, aucun cas n'a été rapporté de lésion des parathyroïdes dans les kystes osseux solitaires.

Le fait notable c'est qu'aucune de ces théories pathogéniques n'apporte sa preuve par la reproduction expérimentale du kyste osseux et par conséquent on peut pour le moment les négliger toutes. Quant à l'unicité à admettre entre le kyste osseux et la maladie de Recklinghausen, il paraît sage de s'en tenir au point de vue d'A. Broca, disant qu'il lui était impossible d'assimiler la maladie de Recklinghausen, incurable et fatale, avec le kyste osseux de l'adolescence, affection bénigne et dont le pronostic est excellent.

En effet au point de vue de ce pronostic, on peut affirmer que le kyste osseux essentiel n'est jamais une affection maligne. Mais son évolution spontanée est extrêmement longue. A. Broca disait n'avoir jamais vu d'oblitération spontanée d'un kyste osseux. Launay a suivi un kyste du péroné pendant sept ans sans le voir se modifier. Depuis, Mouchet a montré qu'après une fracture pathologique on pouvait assister à la guérison naturelle des kystes osseux et Le Gac, dans son excellente thèse, dit que si le traumatisme est souvent révélateur de la lésion, il en est également curateur. Mais la guérison des kystes après fracture est souvent très lente et parfois même incomplète, puisque des fractures itératives peuvent se produire au niveau du même kyste et jusqu'à cinq fois (Broca).

Le traitement chirurgical a beaucoup amélioré le pronostic fontionnel des kystes osseux et permet d'obtenir une guérison parfaite et rapide. Il faut dire d'abord que les progrès réalisés dans le diagnostic de ces kystes permettent d'abandonner complètement les traitements mutilants qui étaient employés autrefois et certainement par une erreur coupable : les amputations d'une part, les grandes résections diaphysaires des os longs de l'autre, dont cependant quelques cas ont encore été rapportés récemment. Ces fautes ne seront plus commises maintenant que l'affection est mieux connue. La résection ne doit conserver d'indication que pour les kystes des petits os qui peuvent être enlevés sans inconvénient, tels que ceux des extrémités des membres.

La ponction est évidemment un traitement insuffisant; ce qu'il faut, c'est réaliser une ouverture chirurgicale du kyste. Cette opération sera menée de la façon suivante : Le kyste largement ouvert, vidé de son contenu, sera exploré et un fragment de sa paroi sera prélevé pour un examen histologique afin que le diagnostic soit absolument assuré. Par différents moyens que nous allons énumérer on a

cherché à obtenir le comblement rapide de la perte de substance osseuse. Les plombages, les greffes adipeuses ou musculaires ont pu donner des succès, mais ils sont abandonnés maintenant. Broca se fiait au caillot renfermé dans la cavité du kyste pour amorcer une ostéogénèse réparatrice, mais cette ostéogénèse dans le sang n'est pas toujours très active. Mouchet et Le Gac l'ont montré dans quelques observations.

Un gros progrès a été réalisé par l'emploi des greffes de Delagénière. C'est Rouvillois le premier, croyons-nous, en 1922, qui bourra un kyste osseux avec ces greffes ostéopériostiques. Depuis lors la méthode a été souvent employée. Elle est facile, que les greffes soient prélevées sur l'os même qui est atteint ou qu'elles soient prélevées à distance sur un os sain. La plaie sera réunie sans drainage avec une reconstitution des différents plans et notamment du périoste. A la suite de cette opération la radiographie permet de constater la réparation extrêmement rapide, vraiment étonnante dans certains cas, de l'os atteint. Cette réparation est assez parfaite pour qu'au bout de quelques mois, il n'y ait plus trace du kyste osseux et les cas qui ont été suivis depuis quelques années montrent que l'affection n'a aucune tendance à la récidive.

Le traitement médical par le lactate de chaux préconisé par Blair Bell est peut être un adjuvant utile au traitement chirurgical; la radiothérapie également: mais c'est le traitement chirurgical, tel que nous venons de l'exposer, qui reste fondamental, et qui, au point de vue fonctionnel, a transformé le pronostic des kystes osseux de l'adolescence.

Cette question a donc fait depuis quelques années de gros progrès pratiques, et cela est dû, pour une grande part, à l'œuvre claire et pleine de bon sens des chirurgiens français.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 JUIN 1926)

Fièvre récurrente transmise à la fois par ornithodores et par poux. — MM. Charles NICOLLE et Charles ANDERSON.

Sur le pouvoir antirachitique de la lumière de Wood. — MM. G. MOURIQUAND, M. BERNHEIM et Mlle THÉOBALT.

Le yocco, nouvelle drogue simple à caféine. — MM. Em. PERROT et Al. ROUHIER. Le yocco est une plante de Colombie dont l'écorce contient de la caféine et est utilisée sous forme de macération comme excitant euphorique par les indigènes d'une partie de la Colombie. Les auteurs pensent que cette drogue doit prendre place à côté du café, du thé, du maté, du guarana et de la kola.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 JUIN 1926)

De l'importance qu'il y a à surveiller le fonctionnement intestinal après résection. — M. ROUX-BERGER analyse une observation de MM. Hertz et Vassitch (de l'hôpital Rothschild). Il s'agit d'une hernie inguinale volumineuse, étranglée avec péritonite ayant nécessité une résection de un mètre cinquante d'intestin et une anastomose iléo-cæcale. Après cette opération le malade sortit guéri avec de la diarrhée. Sept mois après il revint très amaigri avec une diarrhée fétide. A la radioscopie le passage de la bouillie de la bouche à l'anus ne dure que deux heures. Un traitement à l'opium l'améliore un peu, puis il finit par succomber. A l'autopsie on ne trouva aucune lésion organique. La mort, dans ce cas, d'après l'auteur ne pourrait s'expliquer que par la brièveté de l'intestin. La longueur de l'intestin est d'ailleurs très variable. Il faut donc, après une résection intestinale, surveiller attentivement l'intestin restant. M. Hertz a particulièrement étudié ces variations sur 13 cas. La longueur du grêle varie de 3 à 9 mètres. Après les résections intestinales étendues il faut donner aux malades de l'hydrate de carbone et de l'opium.

Cytostéatonécrose. — M. LECÈNE apporte deux observations recueillies à l'hôpital Saint-Louis : Une femme de quarante-quatre ans présentait au niveau du sein un nodule dur sous-cutané avec la peau d'orange. Ablation, examen macroscopique et histologique absolument négatif au point de vue de tumeur maligne. Il s'agit de cytotostéanévrose; dans l'autre cas il s'agit d'une femme de soixante ans qui présente un nodule dur sous-cutané au niveau du flanc droit. Pas d'étiologie traumatique. Les lésions étaient plus avancées que dans le premier cas.

M. Louis BAZY a observé un cas semblable au premier de M. Lecène. Nodule sous-cutané au sein. Ablation, l'examen histologique confirme le diagnostic de cytostéamycose.

Volvulus de la vésicule biliaire. — M. MATHIEU analyse une observation de M. Daraignez (de Dax). Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans qui entre à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë. En raison d'un passé gastrique et craignant une perforation d'ulcère, on fait une laparatomie médiane. On trouve une vésicule noirâtre sphacélée. On branche une incision transversale sur l'incision verticale et on constate une torsion de la vésicule. Cholécystectomie, guérison. C'est là, ajoute M. Mathieu, le seul traitement.

Enorme hernie inguinale. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur une observation de M. Lecercle (de Damas). Hernie extrêmement volumineuse, irréductible. Opération : la hernie contenait tout le grêle, le cæcum et une partie du transverse, réduction difficile, guérison.

Plaies de la face. — M. ROUVILLOIS fait un second rapport sur 84 cas de plaies de la face observés par MM. Spick, Vital de Person et Villière (de Casablanca). Dans 81 cas, plaies par balles; dans 3 cas, plaies par éclats d'obus ou grenades. Grandes variétés de blessures allant des plus simples aux plus étendues. Sutures primitives, applications précoces d'appareils prothétiques. Bons résultats, sauf 4 cas de pseudarthroses.

Autoplastie à lambeaux tubulés. — M. MOURE fait connaître la technique de cette méthode autoplastique à laquelle il a recours depuis longtemps. Il faut opérer en plusieurs temps, espacer les diverses interventions, ne pas couper trop tôt le pédicule, rester toujours très aseptique. C'est le cuir chevelu, soigneusement épilé, par la face profonde, qui donne les meilleurs lambeaux.

M. Moure apporte un cas opéré par M. Worms selon cette méthode, réfection des deux paupières, de la face et de la commissure labiale.

M. L. BAZY a obtenu de bons résultats de cette méthode pour la réfection de la peau du doigt et des oreilles.

M. PICOT insiste sur la nécessité de procéder à ces opérations autoplastiques avec une très grande lenteur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1926)

MM. G. DELAMARE et ACHITOUV étudient les **indices de courbure et les coefficients d'homogénéité des spirochètes bronchiques.** On trouve, parmi ces spirochètes, des éléments à spires plus ou moins lâches, morphologiquement analogues à celles de *S. buccalis* et de *S. eurygyrata*, ainsi que des éléments filamenteux ou à peine ondulés identiques à ceux de

S. Vincenti. Les spires hautes et serrées ne constituent donc pas une caractéristique fondamentale des spirochètes bronchiques et l'on ne saurait faire abstraction des formes détendues qui pèsent, à juste titre, d'un si grand poids dans l'assimilation à *S. Vincenti*.

Action thérapeutique du tellure dans la syphilis expérimentale. — MM. Levaditi et Nicolau, en collaboration avec M. Galloway et Mlle Manin, ont continué leurs recherches sur l'action thérapeutique exercée par le tellure dans la syphilis expérimentale du lapin et la spirochétose spontanée de cette espèce animale. Ils ont utilisé le tellure-élément en suspension glucosée et certains dérivés telluriques solubles (tellurite de sodium) ou insolubles (oxyde de tellure, biiodure de tellure, dérivé iodo-quinique). La tellure-élément et les composés telluriques insolubles exercent une action curative profonde et durable, l'élimination du tellure étant lente et fort prolongée. L'organisme se trouve ainsi sous l'influence du médicament pendant des semaines et des mois. Par suite de leur grande toxicité, les dérivés solubles ne peuvent être administrés à des doses thérapeutiques radicalement efficaces et non nuisibles. Aussi, les récidives sont-elles assez fréquentes chez les animaux traités avec ces composés, ce qui n'est pas le cas lorsqu'on administre le tellure-élément, ou les préparations insolubles, lesquelles sont de beaucoup moins toxiques, si on se rapporte à leur teneur en tellure-élément. Le mécanisme d'action du tellure semble être le même que celui qui préside à l'action curative du bismuth.

M. Girard. Est-ce le tellure-élément qui agit?

M. Levaditi. Non, mais le tellure combiné à certaines protéines, sous forme d'un composé qu'on peut retrouver, entre autres, dans les cellules nobles du rein.

Sur la cuti-réaction tuberculinique au cours de la rougeole et de la rubéole. — MM. Robert Debré et K. Papp. La faculté que possède un sujet tuberculisé de réagir à la tuberculine est suspendue comme on le sait pendant la rougeole; elle réapparaît en général avant la fin de la semaine qui suit le début de l'éruption. Mais cette phase d' « anergie » peut durer plus longtemps et se prolonger pendant plusieurs semaines, voire exceptionnellement pendant plusieurs mois (quatre mois dans deux cas de Robert Debré et Semelaigne). Cette éventualité peut être la cause d'erreurs de diagnostic.

Exceptionnellement, dans des rougeoles bénignes, les cuti-réactions peuvent rester positives, et, inversement, dans des rubéoles sévères, les cuti-réactions devenir négatives. On ne peut donc se servir du phénomène de l'anergie morbilleuse vis-à-vis de l'introduction de tuberculine dans le derme comme d'un moyen de diagnostic entre la rougeole et la rubéole précisément dans le cas où ce diagnostic est le plus difficile.

L'intensité et la gravité de la rougeole jouent un rôle beaucoup plus important sur l'allergie tuberculinique décelée par la réaction de Pirquet que l'existence ou l'absence du caractère évolutif de la tuberculose.

La répétition quotidienne des épreuves de Pirquet, pratiquée comme nous l'avons indiquée, augmente provisoirement la faculté de réagir à la tuberculine.

Teneur en matières protéiques et en sels du sérum des chevaux fréquemment saignés. — M. Brocq-Rousseu. De la première à la dernière saignée, les matières protéiques diminuent de 30 p. 100, tandis que les sels augmentent. Il y aurait lieu de poursuivre et d'étendre ces recherches.

Présentation d'ouvrage. — M. Pasteur-Vallery-Radot présente à la Société *les Etudes sur les maladies des vers à soie*, de Pasteur; cette édition nouvelle reproduit le texte de 1860 et comprend, en outre, nombre de documents inédits.

La réserve alcaline au cours de la grossesse. — MM. Marcel Labbé et Mouzaffer Chevki. Il y a dans la grossesse normale une diminution inconstante et légère de la réserve alcaline, sans cétose; dans la grossesse compliquée de crises de vomissements incoercibles, on observe une acidose sérieuse avec cétose que nous avons cru pouvoir attribuer à une insuffisance hépatique, en raison des troubles concomitants que nous avons constatés.

(Séance du 12 juin 1926)

Essais de tellurothérapie dans la syphilis humaine. — MM. L. Fournier et G. Levaditi ont traité par le tellure quatorze malades atteints de syphilis primaire ou secondaire et de spécificité à localisation nerveuse. Les essais ont été faits avec le telluro-élément, le biiodure de tellure et un dérivé iodo-quinique insoluble. Chez cinq malades atteints de chancre syphilitique, trois à quatre injections telluriques ont déterminé la cicatrisation rapide du syphilome, la disparition des tréponèmes en deux à cinq jours, un effacement progressif de l'adénopathie. Dans cinq cas de syphilis secondaire, avec roséole, papules, plaques muqueuses, céphalée, les effets curatifs ont été des plus manifestes. La floculation, chez un spécifique atteint de syphilides ulcéro-croûteuses du type rupia, est tombée de 82 à 3, en cinquante et un jours; le Bordet-Wassermann est devenu complètement négatif le quarantième jour. Les auteurs ont constaté un cas de récidive, par suite d'un traitement insuffisant, et un autre cas de telluro-résistance. Trois syphilitiques ont été soumis au traitement mixte par le tellure associé au bismuth; chez tous les résultats furent excellents, au point de vue de la disparition du tréponème, de la cicatrisation des lésions, ainsi que des réactions sanguines. Les inconvénients sont : une odeur alliacée de l'haleine et une coloration bleuâtre des téguments assez marquée, chez deux malades ayant reçu d'emblée des doses relativement élevées de tellure-élément; cette coloration tendait à la longue à disparaître. Aucun autre inconvénient, pas de modification de l'état général, nul trouble urinaire, absence d'altérations de la muqueuse gingivale. Le tellure s'élimine progressivement par l'urine; il est absent dans les squames cutanées et les cheveux.

M. Hérissey demande les doses employées.

M. Prenant voudrait savoir quelles techniques ont été utilisées pour mettre en évidence le tellure dans les tissus.

M. Levaditi répond en quelques mots, devant traiter la question dans une prochaine note.

Obtention rapide de méthémoglobine pure et stable. — M. Balthazard et Mlle Condréa. En additionnant le sang défibriné de son volume de glycérine neutre et en ajoutant au mélange 1 centimètre cube d'acide acétique glacial pour 100, l'oxyhémoglobine est totalement transformée en méthémoglobine au bout de trois à quatre heures de séjour à l'étuve. La solution obtenue, conservée à la température ordinaire, se conserve indéfiniment. Les auteurs ont étudié la loi qui régit l'importance et la rapidité de la formation de la méthémoglobine suivant la teneur en acide du mélange sang-glycérine et suivant sa capacité respiratoire.

M. Brocq-Rousseu a étudié le **rendement en sérum à la suite de saignées successives**. Sur douze animaux, dix ont, à la seconde saignée, un rendement supérieur à celui qu'avait fourni la première saignée. Le rendement maximum peut être reculé jusqu'à la cinquième saignée, chiffre qu'il ne dépasse pas généralement.

M. L. Camus. Les chiffres varient beaucoup avec l'importance de la première saignée. La question du plasma n'intervient-elle pas?

M. Grigault. Il serait intéressant de doser l'albumine pour savoir s'il n'y a pas dilution du sérum.

Sur les streptocoques protéolytiques. — M. Gorini en distingue deux variétés : les acido-protéolytiques et les acidifiants faibles. A la première appartiennent les streptocoques saprophytes, à la seconde les streptocoques pathogènes.

Modifications de l'état colloïdal du plasma par certains colorants fluorescents. — MM. Pierre Girard et Edouard Peyre étudient les modifications de l'état colloïdal du plasma que provoque l'injection, dans la circulation sanguine, d'éosinate ou d'érythrosinate de césium. Les solutions de ces sels — préparées à partir du césium métallique — sont neutres et très peu ionisées. Elles provoquent une grande dispersion granulaire et un accroissement important de la viscosité du plasma. Les auteurs donnent une interprétation physico-chi-

mique détaillée de ces deux modifications. La remarquable propriété des grosses molécules fluorescentes de grouper autour d'elles de nombreux dipoles d'eau, et l'intense adsorption par les micelles plasmatiques de ces grosses molécules et des molécules d'eau qui composent leur périphérie ont pour conséquence l'enrobement et l'isolement de ces micelles qui se trouvent ainsi protégées contre les occasions de rencontre et d'agrégation au gré de l'agitation brownienne.

Ainsi se réalise un état de stabilisation des colloïdes plasmatiques.

Conséquences physiologiques de la modification de l'état colloïdal du plasma par certains colorants fluorescents. Protection vis-à-vis du choc direct (non anaphylactique) et vis-à-vis du choc anaphylactique. — MM. Pierre GIRARD et Edouard PEYRE. Les modifications de l'état colloïdal du plasma (enrobement et protection des micelles colloïdales par de grosses molécules colorées groupant autour d'elles de nombreuses molécules d'eau) que provoque l'injection intraveineuse d'éosinate ou d'érythrosinate de césium comportent de remarquables conférences physiologiques. Dans cette note les auteurs envisagent celles qui sont relatives à la protection vis-à-vis du choc :

1. *Protection vis-à-vis du choc direct (non anaphylactique).* — L'injection intraveineuse d'arsénobenzol ou de tartrobismuthate de soude provoque chez le lapin et le cobaye un choc mortel en quelques secondes. L'injection intraveineuse préalable de l'un ou l'autre colorant fluorescent supprime toutes les apparences du choc (en particulier le sang se coagule normalement).

2. *Protection vis-à-vis du choc anaphylactique.* — Les expériences des auteurs ont porté sur des cobayes et sur des chiens préparés avec du sérum de cheval. L'effet de protection des colorants fluorescents vis-à-vis du choc anaphylactique est le même que celui qu'ils enregistrèrent vis-à-vis du choc direct. L'enrobement et l'isolement des micelles plasmatiques protègent celles-ci contre la modification physique (de nature encore indéterminée) provoquée par le médicament choquant chez l'animal neuf, ou par le sérum de cheval chez l'animal préparé. Ainsi se trouve posée sur le terrain de la chimie physique colloïdale la question du mécanisme du choc.

L'azoturie et l'azotémie basales chez l'homme adulte normal ont été mesurées. — MM. LE NOIR, Charles RICHET fils et SARLE. Ces mesures ont montré que l'azoturie basale, c'est-à-dire l'élimination d'urée par jour et par mètre carré de surface lors d'un régime très hypoazoté est aux environs de 2g58. Ce chiffre est une moyenne, car chez l'homme comme chez l'animal il y a des variations individuelles considérables. L'azoturie basale est la même chez les sujets actifs et chez ceux qui sont à demi alités. Elle est à peine plus forte chez les hommes que chez les femmes, chez les adultes jeunes que chez ceux qui ont dépassé quarante-cinq ans. Elle paraît mesurer l'usure cellulaire.

L'azotémie basale est égale ou inférieure à 0g20, elle est en moyenne de 0g14.

(SÉANCE DU 19 JUIN 1926)

La polyglobulie asphyxique. — MM. Léon BINET et R. WILLIAMSON, reprenant l'étude des relations qui unissent la fonction respiratoire et les variations numériques des hématies, insistent sur la polyglobulie asphyxique. Pour ces auteurs, l'asphyxie mécanique, aiguë, déclanche une hyperglobulie constatée dans le sang des grosses artères; cette polyglobulie est considérable et en cinq minutes le taux des globules rouges par millimètre cube s'enrichit d'un million, voire d'un million et demi; elle est progressive; enfin, elle présente une certaine durée, puisque le retour à la normale de la fonction respiratoire n'amène pas d'emblée la chute de cette polyglobulie qui persiste plus d'une heure.

Note sur les relations entre le phénomène de Neisser et Doering (sérum antihétérolysant) et les septicémies streptococciques. — MM. PASTEUR-VALLERY-RADOT et Jean STÉHELIN ont observé au cours d'une endocardite à streptocoques que le sérum de la malade empêchait l'action hémolytique des globules d'espèce étrangère et empêchait l'action d'un système hémolytique antimouton (phénomène de Neisser et Doering).

Ils ont recherché quelles pouvaient être les relations entre l'infection streptococcique et l'apparition d'une antihémolysine dans le sérum. Sur dix cas de streptococcémie, dont cinq endocardites à streptocoques et cinq septicémies chirurgicales ou puerpérales à streptocoques, ils n'ont jamais trouvé de sérum antihétérolysant; cependant deux fois ils ont constaté l'absence d'hétérolysine. Expérimentalement, ils n'ont pu obtenir d'antihétérolysine chez six lapins injectés avec des streptocoques de virulences diverses; un seul lapin sur six a présenté à deux reprises une diminution de son pouvoir hétérolytique. On peut cependant se demander si ce n'est pas à l'hémolysine streptococcique active *in vivo* qu'est dû le pouvoir antihétérolysant observé dans le sérum de la malade. Ce pouvoir a pu s'acquérir par suite de la longue évolution de l'affection.

Etude comparée de la balance acide-base du sang de la mère et de l'enfant extrait par opération césarienne. — MM. LEVY-SOLAL, WEISMANN-NETTER et Jean DALSACE. Dans le but d'éviter les erreurs dues, soit au travail de la femme en couches, soit aux compressions et aux tiraillements du cordon pouvant amener un état asphyxique du nouveau-né, les auteurs ont recueilli simultanément au cours d'opérations césariennes, du sang de la mère et du sang du nouveau-né. Ils ont trouvé que si le pH est sensiblement égal dans les deux sangs, la réserve alcaline du nouveau-né est très supérieure à celle de la mère. Ceci entraîne l'hypothèse d'une barrière placentaire ou plutôt d'un mécanisme régulateur spécial au fœtus lui permettant de créer son équilibre propre.

Conséquences physiologiques de la modification de l'état colloïdal du plasma par certains colorants fluorescents. Sensibilisation anaphylactique empêchée. — MM. Pierre GIRARD et Edouard PEYRE décrivent dans cette note une nouvelle conséquence physiologique de la modification des milieux colloïdaux par certains colorants fluorescents (éosinate et érythrosinate de césium). L'enrobement et l'isolement des colloïdes du plasma par les grosses molécules colorées et les dipôles d'eau qui entourent ces molécules ne protègent pas seulement les animaux en expérience vis-à-vis du choc anaphylactique.

Si corrélativement les grains colloïdaux du sérum « préparant » injecté à l'animal sont également enrobés et isolés, la sensibilisation anaphylactique est empêchée ou considérablement diminuée.

L'enrobement des seuls colloïdes du plasma de l'animal ou des seuls grains colloïdaux du sérum « préparant » ne suffit pas pour empêcher l'anaphylaxie. Il faut la « protection » simultanée des deux systèmes colloïdaux pour assurer cet empêchement. Les auteurs sont conduits à envisager un mécanisme colloïdal de cette sensibilisation anaphylactique analogue au mécanisme colloïdal du choc. Ils font l'hypothèse d'une interaction physico-chimique entre un certain nombre de grains plasmatiques et les grains de la très petite quantité de sérum nécessaire pour sensibiliser l'animal. Ce serait l'amorce d'une modification dans l'état colloïdal du plasma qui se propagerait progressivement. La brusque modification seconde de l'état des colloïdes plasmatiques que provoque l'injection déchaînante de sérum, ferait alors de ce plasma lui-même la plus brutale des toxines.

Remarques sur la nutrition d'un chien totalement dépancréaté traité par l'insuline depuis trente mois. — M. E. HÉDON. Un état satisfaisant de nutrition est maintenu depuis deux ans et demi chez un chien totalement dépancréaté par un traitement à l'insuline maîtrisant le diabète, combiné à un régime alimentaire de nature à améliorer les troubles digestifs (voir *Presse méd.*, 1924, n° 19, et 1925, nos 19 et 49). Par son aspect corporel et son allure générale, l'animal ne diffère pas en apparence d'un chien normal. Cependant la compensation des fonctions pancréatiques n'est pas parfaite et laisse place à des symptômes qui montrent que l'état physiologique n'est réalisé qu'approximativement. L'élaboration digestive et la résorption des aliments sont toujours défectueuses et ne se rapprochent de la normale que lorsqu'on introduit dans la ration une certaine quantité de chyme prélevé à un chien normal porteur d'une fistule duodénale.

En dehors de tous les soins, l'animal ne cesse pas d'avoir un appétit exagéré, et il paraît souffrir continuellement de la faim. Dans ces derniers mois la boulimie s'est accrue et doublée d'une parorexie remarquable (ingestion de substances non nutritives ou répugnantes pour chiens normaux); ces symptômes s'observent chez les chiens dépancréatés non traités, amaigris et cachectiques, mais il est singulier de les voir poussés au même degré chez un animal d'apparence normale et en excellente forme. Ils se rapportent probablement à certaines carences alimentaires imparfaitement compensées. Des troubles spéciaux comme une maladie cutanée avec prurit intense et chute des poils, une ophtalmie rappelant le xérosis ont pu être aisément écartés, la première par administration de cystine et de soufre, la seconde par divers suppléments alimentaires, notamment des os. Mais la boulimie persiste jusqu'à présent malgré l'alimentation la plus copieuse et la plus variée.

Pouvoir zymosthénique des eaux minérales sur l'uréase. — MM. Loeper, Mougeot et Aubertot, faisant agir l'uréase du pois de soja sur une quantité constante d'urée (0g50 dans 30 centimètres cubes d'eau), constatent que les eaux bicarbonatées calciques activent très sensiblement la transformation en carbonate d'ammoniaque. La radioactivité n'est pas en cause, pas plus que le pH. C'est une question d'électrolytes et « d'auxoferments ». L'ion calcium semble jouer le rôle le plus activant; l'ion sulfurique est antagoniste. Aussi les eaux sulfatées sodico-magnésiennes sont-elles paralysantes et les sulfatées calciques indifférentes. Cette action de certaines eaux sur l'uréase doit être rapprochée de l'action zymosthénique des amylases déjà signalée par ces auteurs. Elle jette un jour nouveau sur le rôle des eaux minérales dans l'organisme humain.

MM. Akil Moukhtar et Sedad étudient **l'influence du chlorure de baryum et de quelques autres sels sur l'action des anesthésiques locaux.**

Election. — M. Fabre est nommé membre titulaire.

REVUE DES THÈSES

Essai sur la chirurgie des tumeurs péripharyngées (1), par N. Canéga.

Les tumeurs péripharyngées sont celles qui, au cours de leur développement, refoulent les parois de la gouttière pharyngée.

Ce sont des tumeurs rares, puisque les cas publiés sont, à l'heure actuelle, au nombre de 47, auxquels s'ajoutent 2 nouveaux cas, recueillis par Canéga dans le service de M. le professeur Sébileau.

Cliniquement, ces tumeurs se révèlent, soit par une saillie pharyngée entraînant des troubles mécaniques, soit par une tumeur cervicale.

Anatomiquement, elles siègent dans un des espaces péri-viscéraux, et, le plus souvent, malignes ou bénignes, elles sont encapsulées, donc énucléables.

Du point de vue de leur traitement, 21 des cas furent seuls l'objet d'une tentative d'exérèse par les voies naturelles; 11 fois ces tentatives furent suivies d'infection, 3 se terminèrent par la mort, 7 fois l'exérèse fut incomplète.

Dix-neuf cas furent opérés par voie externe, un seul fut suivi d'infection, la tumeur ayant préalablement usé la paroi du pharynx. Quelles qu'aient été les adhérences, l'exérèse de la tumeur fut toujours complète et relativement aisée; la guérison fut totale.

Canéga donne donc sans hésiter la préférence à la voie périphérique.

Des 3 observations rapportées, 2 sont particulièrement intéressantes puisqu'elles ont trait à des malades vus antérieurement par des chirurgiens compétents qui avaient conclu à l'abstention. Les deux cas ont été opérés par M. le professeur Sébileau. L'opération fut simple dans sa réalisation, bénigne et définitivement curatrice dans ses conséquences.

Canéga relate la technique suivie.

Incision curviforme de la pointe de la mastoïde (ou en arrière) à la pointe du menton. Relèvement du lambeau cutané et du sterno-mastoïdien sectionné en travers. La tumeur apparaît, on en recherche la capsule, le clivage, en s'aidant de la dissection au tampon. Pas d'hémorragie. Fermeture sans drainage.

Canéga envisage le cas de tumeur haute péricuvaire; ses planches montrent que l'abord en est possible et le jour suffisant, même large, si l'on s'aide au besoin d'une résection, d'un gougeage de l'angle de la mâchoire.

Ce travail documenté éclaire une chirurgie devant laquelle on aurait peut-être hésité. La technique, tentante par sa simplicité, encourageante par ses résultats, constitue une œuvre utile et consciencieuse. Elle fixe, en tout cas, un chapitre de la thérapeutique chirurgicale jusqu'ici délaissé, obscur et plein de réticences.

P. TRUFFERT.

(1) *Th. de Paris*, 1925; Arnette.

Syndromes neuro-anémiques (1), par M. Pierre Mathieu.

La coïncidence entre l'anémie et des troubles d'ordre neurologique a été observée depuis longtemps, mais il s'agit là de faits relativement peu connus en France. L'auteur montre que cette association, même en France, est loin d'être exceptionnelle, mais souvent confondue avec d'autres affections.

Ce travail, le plus important en langue française concernant cette question, repose sur un grand nombre d'observations cliniques et anatomiques recueillies à la Salpêtrière ou dans d'autres hospices et hôpitaux parisiens.

L'auteur s'est attaché à fixer de la façon la plus complète et la plus précise la symptomatologie des troubles neurologiquec rencontrés au cours des anémies. A côté des accidents médullaires, l'atteinte des nerfs périphériques est fréquente; il existe, de même, des troubles mentaux.

A propos des cas observés, l'auteur aborde la question, parfois si délicate, de l'origine médullaire ou périphérique des symptômes observés dans les affections plus ou moins diffuses du système nerveux.

L'importante partie anatomique de cet ouvrage apporte une contribution des plus intéressantes à l'étude des lésions systématiques ou diminuées de la moelle et à la question de leur topographie.

Elle permet à l'auteur, en venant compléter son étude clinique, de poser et de traiter le problème des affections médullaires rencontrées non seulement au cours d'anémies de types divers, mais encore de cachexies, d'infections, de maladies telles que la pellagre ou le lathyrisme, et en particulier au cours d'affections du tube digestif.

L. G.

Les infections et la septicémine (2), par le docteur Guillermo Araos Fraser.

La thérapeutique des grandes infections revient périodiquement dans les travaux et dans les thèses des Facultés de médecine de France et de l'étranger. Elle se perfectionne chaque jour. Dans un très intéressant travail, le docteur Guillermo Araos Fraser y apporte une importante contribution.

Dans un premier chapitre, il passe en revue l'évolution des théories diverses imaginées pour expliquer les septicémies, depuis la génération spontanée (Todavia) jusqu'aux mémorables travaux de Pasteur et de ses élèves qui en fixèrent définitivement la pathogénie.

Leur cause première est le microbe, dont il étudie les principales variétés, les éléments qui favorisent leur développement, les portes d'entrée par lesquelles ils pénètrent dans l'économie et les moyens de défense de l'organisme.

La localisation se fait le plus souvent au lieu de moindre résistance donnant lieu à des réactions biologiques longuement étudiées par Guillermo Araos Fraser.

Le traitement des septicémies consistera à éviter les foyers métastatiques, à augmenter les défenses organiques, et à

(1) *Th. de Paris*, 1925, Doin édit.
(2) *Th. de la Faculté de médecine de Bogota* (*Colombie*), 1925.

lutter contre les microbes eux-mêmes à l'aide des antiseptiques. L'iode et la formine sont d'excellents antisehtiques, la plupart du temps bien tolérés et efficaces. L'alliance de ces deux antiseptiques produira un agent anti-infectieux de tout premier ordre. Il a été réalisé par la Septicémine (di-formine-iodo-benzométhylée) dont l'auteur fait une remarquable étude. Elle contient 33 p. 800 d'iode et 45 p. 100 de formine. Guillermo Araos Fraser insiste sur l'innocuité absolue de cette médication qui ne donne lieu à aucun choc, à aucun accident. Elle a une action bactéricide de premier ordre, neutralise les toxines et est un puissant animateur des défenses organiques.

Il rapporte une douzaine de cas d'infections aiguës qui furent guéries par le traitement à la Septicémine.

Le mode utilisé est l'injection intraveineuse dans la veine saphène interne au niveau de la malléole.

Résultats. — L'auteur a guéri par la Septicémine les infections les plus aiguës et les plus diverses : fièvres typhoïdes, cholécystites, infections urinaires, érysipèles, malaria. Dans tous les cas, il a obtenu une sédation rapide de l'infection et une guérison.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 1er juillet. — Jury : MM. Marfan, président; Jeanselme, Nobécourt et Terrien. — M. Le Lièvre de la Morinière. La rougeole à l'hôpital de l'Institut Pasteur (1900-1924). — M. Joffroy. Recherches sur le fonctionnement respiratoire des anémidiens. — M. Rouchaud. Etude des blépharoplasties. — M. Lévy (L.). Etude des spasmes artériels rétiniens. — M. Tixidre. Le larmoiement d'origine nasale.

Jury : MM. Gilbert, président; Jeannin, Sicard et Vaudescal. — M. Mougeot (P.). La protection du corps médical des hôpitaux contre les risques professionnels. — M. Pigis. Techniques de la transfusion du sang pur. — M. Tchatzkine. Le syndrome de début de l'appendicite. — M. Betances. Influence de l'air marin sur la tuberculose pulmonaire. — M. Czackin-Tchazhine. L'adonidine intraveineuse. — M. Cabanis. Etude sur la sédimentation sanguine. — M. Lecoq. Etude du méga-œsophage chez l'enfant. — M. Charlon. Etude des métrorragies dans l'infection puerpérale. — M. Poulin. Déflexion des membres inférieurs d'un nouveau-né. — M. Bodin (J.). La sibylle. — M. Zamia (J.). Troubles nerveux dans l'helminthiase de l'adulte.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Claude, Guillain et Metzger. — M. Hubner (G.). Etude sur le traitement des fibromes utérins. — M. Desjardins (E.). Etude des troubles cardio-vasculaires dans les anévrismes. — Mlle Boyer. Cas de gestation après radiothérapie gynécologique. — M. Segond (R.). De l'innervation des organes génitaux de la femme. — M. Soutra. Du décubitus acutus consécutif aux traumatismes pelviens. — M. Baruk. Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales. — Mlle Bonnis. Développement de l'intelligence chez les arriérés. — M. Menuau. Etude de la glycosurie alimentaire. — M. Thévenard. Les dystonies d'attitude. — M. Simon (Serge). Huile de foie de morue et rachitisme.

Vendredi 2 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, président; Ombrédanne, Strohl et Lemierre. — M. Prach (L.). Etude sur la pratique obstétricale actuelle. — Mlle Pétrovitch. Les variations du pied suivant l'âge. — M. Lemoine (J.). La diathermie en oto-rhino-laryngologie. — M. Chomereau-Lamotte. Etude sur les cirrhoses alcooliques du foie. — M. Lersch (P.). Etude sur la tuberculose pulmonaire. — M. Perret (A.). A propos de trois observations d'accidents nerveux d'origine pleurale.

Samedi 3 juillet. — Jury : MM. Carnot, président; Duval, Roussy et Rathery. — M. Jacquet (E.). L'anémie splénique infantile. — M. Desnos (H.). La thérapeutique hydrominérale

en gynécologie. — M. LEROUX (E.). Ressources climatiques et thermales : La Guadeloupe. — Mme FEREY (J.). Etude sur les entorses du genou. — M. MUGNIER. La striatite syphilitique chez le veillard. — M. GRENIER (G.). Etude de l'oxalovachie. — M. CASSE (M.). Traitement des épithéliomes cutanés. — M. BRICO (A.). Les variations du sucre du plasma dans le cancer. — M. JEETOO ABDOOL GAFFOOR. Etude sur le rhumatisme vertébral chronique.

Jnry : MM. Bezançon, président; Lejars, Villaret et Lenormant. — M. LEJARD. Etude sur la tuberculose pulmonaire chronique. — M. LENFANT (L.). Les idées actuelles sur la radiologie. — M. PISSAVY. Les pleurésies séro-fibrineuses du pneumothorax artificiel. — M. BRODY (Ch.). Traitement de la péritonite tuberculeuse. — M. PICARD (N.). Mal de Pott et traumatisme. — M. FENAL (B.). Etude sur les cirrhoses du foie. — M. PÉROT (R.). Considérations sur la polymyosite aiguë.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE FACIALE [1]

2° **Cyclalgie faciale.** — Comme la névralgie faciale essentielle, elle ne semble pas reconnaître de causes tangibles.

Elle est le plus souvent unilatérale, localisée aux territoires sus ou sous-orbitaire, et caractérisée par des douleurs qui apparaissent et disparaissent à heure fixe (Sicard).

3° **Névralgies faciales symptomatiques.** — Elles affectent le plus souvent le type de la petite névralgie faciale.

Dans ce cadre rentre :

1° LES NÉVRALGIES DE CAUSES LOCALES. — D'intensité, de ténacité et de durée très variables, elles surviennent au cours d'affections très diverses, sinusites, stomatites, cancer de la langue, conjonctivites, iritis, irido-choroïdites, furoncle de l'oreille, otites moyennes, caries dentaires, éruption de la dent de sagesse. Signalons encore la névralgie des édentés.

2° NÉVRALGIES DE CAUSES GÉNÉRALES. — Dans ce groupe rentrent :

1. *Les névralgies tuberculeuses.* — Sont assez fréquentes dans la tuberculose pulmonaire. Elles alternent fréquemment avec d'autres névralgies (sciatique, névralgie intercostale).

2. *Les névralgies syphilitiques.* — Se présentent sous quatre grandes formes :

a. *Névralgie de la période secondaire.* — Atteint surtout le sus-orbitaire, coexiste avec la céphalée de cette période, est mobile avec recrudescence vespérale, relativement facile à guérir.

b. *Névralgies de la période tertiaire.* — Elles sont tenaces, lentes à guérir, s'accompagnent de *lymphocytose rachidienne* et souvent d'atteintes d'autres pièces craniennes.

c. *Névralgies associées au tabes.* — Frappent de préférence l'ophtalmique ou le maxillaire supérieur, s'accompagnent fréquemment de troubles trophiques et prennent le type de la grande névralgie faciale.

d. *Névralgies réflexes.* — Elles ont pour point de départ des ulcérations buccales ou linguales syphilitiques.

Elles sont mobiles, peu tenaces et cessent avec la guérison de la lésion d'origine.

Névralgies paludéennes. — Fréquentes pour les classiques. Elles sont exceptionnelles pour Sicard. Elles se localisent le plus souvent au frontal, sont tenaces, mais influencées par la quinine.

Névralgies diabétiques. — Plus rares que les autres névralgies. Elles sont souvent bilatérales. L'examen des urines permet de les rattacher à leur véritable cause.

Névralgie zostérienne. — Se rencontre dans le zona ophtalmique, en général avant l'éruption. Elle peut, surtout chez les gens âgés, constituer une des algies postzostériennes des plus douloureuses et des plus tenaces.

DIAGNOSTIC

Comprend plusieurs étapes :

1° **Diagnostic différentiel.** — *S'agit-il bien d'une névralgie faciale?*

En général, ce problème est aisé à résoudre, certaines affections telles que :

L'odontalgie simple,
L'empyème du sinus maxillaire,
La sinusite frontale,
L'arthrite temporo-maxillaire,

sont faciles à éliminer.

Le diagnostic pourra être plus difficile avec les affections qui suivent.

a. **Migraine.** — L'affection débute dans le jeune âge, les accès sont assez souvent périodiques et réguliers, et s'accompagnent de *malaise général, nausée, photophobie*, qu'on ne retrouve pas dans la névralgie faciale.

b. **Sympatalgie faciale.** — Se reconnaîtra : aux caractères des douleurs, qui sont diffuses, affectant le type de sensations désagréables les plus variées; aux troubles vaso-moteurs accentués, à l'absence de douleurs à la pression et de troubles moteurs spasmodiques.

c. **Hystérie.** — Peut donner des manifestations analogues à la névralgie faciale.

L'examen complet du malade et d'autres manifestations de la névrose permettront de rattacher les phénomènes observés à leur véritable cause.

2° **Diagnostic étiologique.** — C'est le temps le plus délicat du diagnostic.

Dans tous les cas, avant de conclure à la névralgie faciale essentielle, il sera indispensable de :

a. Examiner les dents, le nez ;
b. Pratiquer l'examen complet du malade et des urines;
c. De faire la réaction de Bordet-Wassermann et d'examiner le liquide céphalo-rachidien.

TRAITEMENT

1° **Des névralgies symptomatiques.** — Atténuer les douleurs par l'usage des *calmants ordinaires* (aspirine, pyramidon), par l'emploi des *opiacés* recommandés par Trousseau (extrait thébaïque).

S'attaquer à la cause en soignant l'état local (dents, nez, œil, oreille, etc.) ou l'état général (syphilis, diabète, etc.).

2° **De la névralgie faciale essentielle et de la cyclalgie faciale.** — La névralgie faciale essentielle résiste le plus souvent aux différents traitements médicamenteux même à l'*aconit* (granules d'*aconitine* au 1/10 de milligramme).

Dans ces cas on aura recours à l'*alcoolisation locale* (méthode de Sicard).

Si ce traitement fait faillite, si les crises paroxystiques rendent la vie du malade intolérable et si l'état général du sujet le permet il faudra avoir recours à la *neurotomie rétrogassérienne*.

La cyclalgie faciale serait justiciable pour Sicard d'un traitement spécial (injections locales d'huile iodée).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 50, p. 718.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 : 65 fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 juin. — MM. Wilmoth, 15; Fey, 16; Braine, 17.

Séance du 30 juin. — MM. Soupault, 12; Petit-Dutaillis, 17; Michon, 13.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 juin. — MM. Lagrange et Frelot, 19.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Pruvost, Tinel, Brodin, Donzelot, Madier, Portes, de Gaudart d'Allaines, Gouverneur, Bollack.

GUERRE. — (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. Dor, Pla, Mendy et Taste.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Causeret, Baumelou, Fadeuilhe, Folly, Combe, Gueytat et Delbru.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Rossi, Roudouly, Wulliam, Duband, Maire, Cheneby, Delpy, Peltier, Sarrazin, Pellissier, Rouquier, Lafforgue et Chenelot.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Canis, Sarroste, Crozes, Renard, Ginestet, Placidi, Bernard, Morel, Maleviele, Lemaistre, Bergeret, Frejaton, Nicolle, Pesme, Bordes-Pages, Garric, Michaud, Guillermo, Sayer, Malaterre, Tuaillon et Mignot.

— SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — (Armée active.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. de Goyon, Gaillard et Mouzels.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Deneufbourg, Bideau, Hudellet, Morin, Allary, Moreau, Renaud, Bauvallet, Tardieu, Moutet, Certain et Sicé.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. de Marqueissac, de Monti-Rossi, Rannov, Guénolé, Laney, Boisseau, Guillaume, Malvy, Meydieu, Farinaud, Bidot, Bajolet, Raynal et Haslé.

— M. le médecin-major Vrignaud est désigné pour accomplir un stage de deux ans à l'Ecole supérieure de guerre.

MM. les médecins-majors Bouvier, François, Lacommère et Lebernardie sont désignés pour accomplir des stages de spécialisation dans différentes facultés.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR JONNESCO. — L'Association des étudiants roumains en France et les médecins roumains de Paris organisent le dimanche 4 juillet 1926 à 5 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris une cérémonie consacrée à la mémoire du professeur Jonnesco, de Bucarest.

Cette commémoration aura lieu sous le haut patronage de S. E. le ministre de Roumanie en France, et de M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris.

M. le professeur J.-L. Faure prononcera l'éloge de Thomas Jonnesco. M. le professeur Sergent prendra également la parole.

FONDATION LAVAL. — Les arrérages de cette fondation sont attribués par l'Académie de médecine comme récompense à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Les étudiants de la Faculté qui voudraient poser leur candidature à ce prix pour 1926 sont priés de se faire connaître au secrétariat de la Faculté avant le 10 juillet.

LA NOUVELLE CONVENTION SANITAIRE INTERNATIONALE. — La quatrième Conférence sanitaire internationale a décidé la création d'un bureau sanitaire d'information épidémiologique panafricain.

Estimant très nécessaire la création d'un centre de renseignements pour le continent africain sujet, sur les côtes, à des infections pestilentiellus (fièvre jaune, peste), et dans l'intérieur à des maladies de caractère extensif (fièvres récurrentes,

méningite cérébro-spinale, variole, maladie du sommeil, etc.), le comité d'hygiène de la Société des nations a résolu de procéder à l'étude des moyens à mettre en œuvre pour faire fonctionner un tel organisme. Il a décidé qu'un essai préliminaire devrait être fait à Alger et, à l'unanimité, il a chargé le docteur Lucien Raynaud, inspecteur général des services d'hygiène d'Algérie et membre du comité de la Société des nations, de l'organisation projetée.

Le docteur Raynaud soumettra, à la prochaine assemblée de la Société des nations, à Genève, les résultats de cette entreprise qui est appelée à rendre de grands services à l'ensemble du continent africain en même temps qu'à affirmer l'influence bienfaisante de la France dans la défense mondiale contre les épidémies.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gabriel Roux (de Brignoles), correspondant national de la Société nationale de chirurgie, descendant de la grande famille médicale qui a compté Noël et Joseph Roux (de Brignoles); Brunon (de Bordeaux), Roulliès (d'Agen); Maurice Nogue, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales, sous-directeur de l'École de médecine de l'Afrique occidentale française; Mme de Pokitonow, née de Wulffert, docteur en médecine.

Le Professeur Joseph TEISSIER

ÉLOGE PRONONCÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE PAR M. LE PRÉSIDENT PAUL BAR

Notre confrère, M. Arloing, nous a fait part, dans un court télégramme, de la mort de son maître, le professeur Joseph Teissier (de Lyon). Il n'est aucun de nous qui n'ait été ému en entendant cette triste nouvelle.

C'est que Joseph Teissier n'était pas seulement un de nos plus anciens associés, il nous apparaissait encore comme un des plus éminents représentants de cette Ecole lyonnaise qui fait si grand honneur à la médecine française.

Comme tant de ses collègues immédiats, il avait le don de traduire ses idées dans une forme brillante, pleine de charme et le scrupule toujours obéi de ne laisser gouverner sa pensée que par les faits; il avait l'esprit ouvert vers les découvertes de laboratoire pour tout ce qu'elles pouvaient donner à son besoin de synthèse et son guide restait l'observation clinique. Comme les hommes d'élite, il avait un sentiment aigu de ce que son labeur apportait d'utile à l'œuvre commune et le souci d'estimer à leur valeur les travaux de ses pairs. N'est-ce pas là ce qui marque plus particulièrement l'œuvre de notre confrère et lui donne un singulier attrait?

Toute sa carrière s'est poursuivie à Lyon. Il franchit rapidement les étapes qui conduisent au professorat. Après avoir occupé brillamment, pendant vingt-trois ans (1884-1907), la chaire théorique de pathologie interne, il prit, en 1907, la direction de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Il y trouvait les traditions laissées par son père, Benedict Teissier : traditions de charité, de règle dans nos hôpitaux, mais qui, dans une ville où les puissants par la fortune tiennent pour leur plus grand honneur celui d'être administrateurs des hospices, restaient particulièrement vivaces, traditions de soumission au labeur accepté, de conscience.

C'est là que, pendant quinze ans, Joseph Teissier put donner sa pleine mesure et qu'il apparut comme un grand clinicien, un éminent enseigneur, un véritable formateur de médecins.

Il n'est aucun des problèmes soulevés par le rapide développement de nos connaissances médicales qui n'ait attiré son attention et à la solution desquels il n'ait apporté quelque utile suggestion : signification des différentes albuminuries, signification des anomalies fonctionnelles du cœur révélées par l'étude des tracés et l'analyse des résultats de l'auscultation, valeur séméiologique des tensions locales, interprétation causale des rhumatismes chroniques, tentatives d'opothérapie rénale, dissociation de la grippe et des fausses grippes, etc., telles furent les bases de l'enseignement clinique qui groupa autour de notre confrère des générations d'élèves enthousiastes.

Joseph Teissier estimait qu'un professeur ne doit pas rester confiné dans sa chaire, qu'il doit voir au delà, chercher le progrès où il se trouve et aider partout à son développement. Servi par une activité débordante, il voyageait beaucoup, suivait les congrès et y faisait des rapports toujours écoutés. Je sais, pour l'avoir rencontré à plusieurs reprises à l'étranger, à Rome, à Copenhague, par exemple, combien il savait discipliner son ardeur, et par son tact, sa haute culture, sa souriante bonhomie, transformer en amitiés les sympathies que lui valait son œuvre médicale.

Ces sympathies, ces amitiés s'affirmèrent quand ses disciples entreprirent, en 1910, de marquer par un livre jubilaire la vingt-cinquième année de son enseignement : 74 médecins français ou étrangers répondirent à leur appel.

La mort de notre confrère a été un deuil pour la cité qu'il a servie, pour la Faculté qu'il a honorée, pour ses disciples, pour le corps médical lyonnais. Je voudrais que mes paroles apportent à tous, et, en particulier, à sa famille, le témoignage des sentiments de notre Compagnie. Elle sent qu'elle a perdu en Joseph Teissier un confrère qui, porteur d'un nom justement honoré, l'a fièrement porté et a noblement rempli sa vie.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — VIVARAIS ET VELAY. — *Services automobiles P.-L.-M.* — Les services automobiles que la Compagnie P.-L.-M. organise dans le Vivarais et le Velay fonctionneront cette année dans les conditions suivantes :

Vals-les-Bains à Montélimar ou vice versa : chaque jour, du 1er juillet au 16 septembre. Prix du billet simple : 22 fr. Correspondance à Montélimar avec les trains de et pour Paris, Lyon, Marseille, Nîmes, Montpellier et Cette.

Vals-les-Bains au lac d'Issarlès, les mardi, jeudi et dimanche du 15 juin au 15 septembre, tous les jours, sauf le vendredi, du 1er au 31 août. Aller par Mézilhac et le Gerbier des Joncs; retour par l'auberge de Peyrebeilhe et Thueyts; les jeudi et dimanche par Saint-Cirgue-en-Montagne et Montpezat. Prix du circuit : 45 fr.

Le Puy-Lac d'Issarlès, les mardi, jeudi et dimanche, du 1er juillet au 15 septembre; aller par Laussonne et le Gerbier des Joncs, retour par l'auberge de Peyrebeilhe et Costaros. Prix du circuit : 50 fr.

La correspondance des deux derniers services au lac d'Issarlès permettra aux voyageurs de se rendre de Vals au Puy ou inversement. Prix du billet simple, 55 fr; aller et retour, 80 fr.

Billets directs avec enregistrement direct des bagages, de Paris, Lyon-Perrache, Marseille-Saint-Charles, Nice, Nîmes, Montpellier, Cette, Grenoble (place Victor-Hugo), Chambéry (gare et maison du tourisme), Avignon, Arles, Aix, Toulon à Vals-les-Bains ou vice versa.

XIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, 27-28-29 mai 1926.)

DOSAGE DE L'ALCOOL DANS LE SANG ET DIAGNOSTIC DE L'IVRESSE

M. Vieilledent (de Lille), rapporteur.

La démonstration de l'état d'ivresse plus ou moins intense d'un sujet est d'une importance toute particulière pour le médecin-légiste.

Actuellement, grâce à des méthodes précises, l'expert peut déterminer exactement l'état d'imprégnation alcoolique au moment de la mort. De la constatation d'un tel état, le juge peut tirer des conclusions relatives au degré de responsabilité tant civile que pénale, etc.

En matière d'expertise, une précaution préalable s'impose : celle de n'utiliser que des méthodes spécifiques d'une précision aussi grande que possible.

Bien qu'on sache depuis longtemps caractériser et doser l'alcool, on ne possédait pas une méthode applicable aux petites quantités. Nicloux (1896) en trouva une dont il dota la physiologie et que Balthazard reprit pour l'appliquer aux nécessités de l'expertise médico-légale. Cette méthode, maintenant classique, est basée sur le changement de coloration que subit le bichromate de potasse (jaune) lorsqu'il se transforme par réduction (due à l'alcool dans le cas présent) en sesquioxyde de chrome (vert bleu). Il suffit de distiller un volume connu de sang en milieu picrique et de caractériser et doser l'alcool dans le distillat en se servant d'une solution de bichromate de potasse à 19 grammes par litre.

Deux autres méthodes sont mentionnées : l'une basée sur la réduction du permanganate de potasse, l'autre par le bichromate de potasse (comme dans celle indiquée par Nicloux). Toutes deux semblent plus longues à effectuer, sans aucun avantage compensateur en ce qui concerne la précision.

En opérant ainsi, on peut être sûr, d'après Balthazard et Lambert, de retrouver ainsi tout l'alcool présent dans l'organisme au moment de la mort, et cela jusqu'à la phase de putréfaction gazeuse du cadavre exclue.

L'empoisonnement aigu par l'alcool provoque la mort lorsqu'il se trouve dans la proportion de 4 à 6 p. 100 dans le sang, et davantage. La mort accidentelle trouve souvent son explication dans l'ivresse, encore « qu'on la retrouverait peut-être avec une égale fréquence chez l'auteur de l'accident ». Entre 2 et 4 p. 100, il s'agit simplement d'un état ébrieux, mais on peut affirmer l'ivresse manifeste à partir de 4 p. 1000. Naturellement, en tenant compte du temps écoulé entre l'accident et la mort, puisque l'alcoolémie diminue trois à quatre heures après l'absorption d'alcool pour disparaître complètement après vingt-quatre heures. Il faut également savoir qu'il n'y a pas d'ivresse lorsque la quantité d'alcool trouvée est comprise entre 1 à 2 p. 1000. D'autre part, chez l'individu non entraîné, les proportions comprises entre 2 et 3 p. 1000 constituent déjà un état anormal.

DISCUSSION

M. Heger-Gilbert (de Bruxelles) estime qu'il serait désirable de voir les autorités judiciaires faire pratiquer systématiquement les autopsies dans les cas d'accidents de la voie publique et, s'il y a des raisons de croire à la possibilité d'une intoxication alcoolique, de demander que l'alcool soit dosé dans les viscères.

M. Kohn-Abrest (de Paris) reconnaît l'excellence de la méthode de Nicloux, mais dit que pour répondre à la rigueur que doit comporter toute analyse toxicologique, il faut chercher à isoler l'alcool en nature. La chose est généralement possible lorsqu'on a affaire à des viscères d'individus morts peu de temps après avoir absorbé de l'alcool.

En ce qui concerne la putréfaction, on reste désarmé lorsqu'il s'agit de doser l'alcool, mais on est averti de l'erreur par la coloration de virage qui n'est plus vert bleu, vert jaune, mais peut être brune.

Il a souvent constaté que l'alcool disparaît tout au moins aussi vite chez l'alcoolique que chez le sujet normal, ivre d'occasion.

M. Duvoir (de Paris) fait remarquer, après le rapporteur, que M. Simonin a très heureusement étudié l'influence que peut avoir sur l'état d'ivresse un certain nombre de facteurs tels que l'éthylisme chronique ou encore la dilution sous laquelle l'alcool a été ingéré. La connaissance de ces facteurs est importante pour l'expert qui peut être interrogé sur leur valeur.

M. Vervaeck (de Bruxelles) pense que le facteur individuel doit être pris en considération dans les conclusions du dosage de l'alcool. Ce facteur individuel se traduit par des variations d'ordre physiologique et pathologique dans le taux et la rapidité d'élimination de l'alcool ainsi que dans le degré de sensibilité du système nerveux à son action toxique.

COMMUNICATIONS

L'examen médical des chauffeurs en état d'ivresse. — M. Pog (de Copenhague) indique que la loi danoise interdit formellement à quiconque étant en état d'ivresse de conduire des automobiles; toute infraction entraîne le retrait définitif du permis de conduire indépendamment de l'amende et de la prison. La rigueur de la loi danoise réside dans ce fait qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait accident, incident ou même menace d'un danger évident pour la sécurité publique pour entrer en jeu, le fait seul de l'ivresse suffit.

Il s'ensuit que des règles précises ont été édictées et, après avoir envisagé la possibilité de recourir en partie à des examens chimiques, en partie à des épreuves psycho-physiques — épreuves d'application pratique difficile, — on adopta l'examen clinique maintenant seul en usage et dont la conduite fut très minutieusement précisée.

Cet examen est actuellement pratiqué par les médecins de l'Institut médico-légal en ce qui concerne la capitale et par ceux des services régionaux d'hygiène dans le reste du pays, mais on envisage la possibilité de recourir à n'importe quel médecin.

L'inculpé est examiné immédiatement après son arrivée au poste de police et toujours en présence d'un témoin.

L'examen médical, joint aux sévères dispositions de la loi, constitue sans aucun doute un facteur préventif de grande importance, et, pris dans son ensemble, il contribue notablement à assurer la sécurité de la circulation pédestre autant qu'automobile.

Des limites juridiques du diagnostic biochimique de l'alcoolisme aigu. — MM. Simonin (de Strasbourg) et Provent (de Mortain) ont envisagé la pratique de la recherche de l'alcool en dehors de l'autopsie, c'est-à-dire sur le sujet vivant. Dans nombre de cas, il est d'un intérêt capital pour la justice d'être renseignée sur l'état d'ivresse d'un individu vivant : inculpé, victime ou témoin. Mais en pratique, il y a des difficultés. Les investigations portent soit sur l'urine, soit sur le sang. L'expérience montre que les sujets ne consentent pas volontiers à livrer leurs urines ou à se laisser faire une prise de sang. L'expert est-il autorisé, devant le refus formel aussi bien que dans l'intérêt de la manifestation de la vérité, à procéder par force soit à un cathétérisme, soit à une prise de sang? Incontestablement non.

Malgré l'obstacle ainsi apporté par le refus des sujets de se laisser expertiser, une réforme dans ce sens ne serait guère désirable, parce que bien dangereuse au moins dans certains cas.

Auto-accusation délirante et impulsion homicide chez un alcoolique subaigu. — MM. Rogues de Fursac et Demay (de Paris) pensent que les actes de violence observés habituellement chez les alcooliques et qui sont la conséquence du délire hallucinatoire (visions terrifiantes, menaces) ne sont pas les seules causes déterminantes des réactions agressives de l'alcoolisme subaigu. En effet, ils ont observé chez un sujet deux manifestations, à quelques semaines d'intervalle, assez

Association de la Presse médicale française.

inhabituelles : l'une a consisté en une auto-dénonciation pour un crime dont le sujet n'était pas l'auteur, l'autre était une tentative réelle de meurtre.

Il s'agit d'un ouvrier plâtrier de quarante-sept ans dans les antécédents duquel on ne trouve que du paludisme léger datant de la guerre. C'est un « vineux » immodéré dont les réactions toxiques vont de l'exubérance à la grossièreté, mais sans jamais atteindre la violence.

A l'occasion de la découverte d'un crime, il déclare spontanément à son patron qu'il en a été témoin, puis aux autorités judiciaires en dit être l'auteur, sans toutefois en garder un souvenir précis.

Un non-lieu intervint, il sortit de prison, ne pouvant être gardé à l'asile.

Libre, il ne tarda pas à reprendre ses habitudes de buveur, ce qui détermina l'apparition avec recrudescence des phénomènes psychiques et des manifestations polynévritiques. Un certain jour il fit un délire onirique et brusquement s'élança sur un parent chez qui il se trouvait et le blessa d'un coup de couteau. A l'interrogatoire, il se souvient de tout et ajoute que « c'était plus fort que lui ».

Si l'auto-dénonciation est bien connue chez de tels malades, de même que la réaction agressive, il est apparu aux auteurs que le mécanisme de cette dernière était différent ici. C'est une réaction impulsive et consciente qui peut être apparentée à l'impulsion épileptique consciente, dont les caractères psychologiques sont les mêmes : lucidité, souvenir précis, absence de mobiles. On sait au surplus combien sont fréquentes les crises épileptiformes dans l'alcoolisme.

Cette observation met aussi en évidence une lacune de la loi si rigide de 1838 : on ne peut pas défendre contre eux-mêmes de tels malades puisque leur internement n'est pas possible, ni d'ailleurs toujours nécessaire. Il importerait que ce genre d'intoxiqués puissent être traités dans un service ouvert.

LE TÉMOIGNAGE DES PSYCHOPATHES

M. ROGUES DE FURSAC (de Paris), rapporteur.

Le problème du témoignage des psychopathes a été considéré par l'auteur au double point de vue : de la *fidélité* de la déclaration et de la quantité des faits déclarés, c'est le *savoir* du témoin.

Le coefficient de *fidélité* a été établi par le rapport du nombre de déclarations exactes à la somme des déclarations exactes et des déclarations fausses. Celui du *savoir* a été déterminé par le rapport du nombre de déclarations exactes au total des déclarations : exactes, fausses et dubitatives.

En comparant ces coefficients obtenus par l'auteur par l'interrogatoire des psychopathes divers à ceux que des auteurs, comme Mlle Borst, Lipmann et Stern, ont obtenus chez des sujets considérés dans leurs pays respectifs comme normaux, une première conclusion se dégagerait, à savoir que, d'une façon générale, le témoignage des psychopathes serait inférieur en fidélité et en savoir à celui des êtres sains d'esprit. Toutefois, en détaillant les résultats des expériences, on constaterait à cet égard des variétés des coefficients selon telle ou telle affection mentale particulière. On trouve alors — il est vrai, en des proportions variables — des sujets psychopathiques chez lesquels le coefficient de fidélité est : soit égal, soit parfois supérieur au coefficient le plus faible fourni par des individus considérés comme mentalement normaux. Aussi, en présence de pareilles données expérimentales, on ne devrait jamais rejeter à priori le témoignage d'un psychopathe, quelle que soit la catégorie morbide à laquelle il appartienne.

D'après l'auteur, on pourrait classer dans l'ordre suivant la fidélité du témoignage dans les divers états psychopathiques : en tête se trouverait la mélancolie, puis en seconde ligne la psychose interprétative chronique, et suivraient, comme fidélité de plus en plus décroissante : la psychose hallucinatoire chronique, la manie, le traumatisme cérébral, la schizophrénie, l'arriération mentale, l'épilepsie, la paralysie générale, la démence sénile, l'artériosclérose cérébrale. Une seule réserve s'impose en ce qui concerne la supériorité de la mélancolie dans la fidélité du témoignage : il faut qu'elle soit exempte de tout affaiblissement, de toute désagrégation psychique, qu'elle soit, en un mot, de la mélancolie pure. Dans ce cas seulement, le coefficient de fidélité serait en moyenne de 86, c'est-à-dire supérieur de trois points à la moyenne observée chez les normaux. Les coefficients de fidélité des autres états psychopathiques énumérés plus haut sont respectivement de 80, 73, 67, 63, 62, 56, 54.

Pour les coefficients du savoir, l'auteur a enregistré des chiffres décroissants analogues : 73 pour la mélancolie pure, 64, 56, 54, 44, 33, pour les autres états mentaux pathologiques.

En comparant les deux séries de coefficients, on constate que l'étendue du savoir dans le témoignage des psychopathes est notablement plus faible que le degré de fidélité, et cela beaucoup plus à cause de l'insuffisance numérique des renseignements qu'ils fournissent que dans le nombre des erreurs qu'ils commettent.

La valeur du témoignage d'un sujet normal varie considérablement selon l'élément sur lequel il porte : la situation respective des objets ou des personnes, la couleur des cheveux ou des vêtements, les actes, les paroles, le temps, la durée, etc. La même variété se constate naturellement dans les divers états psychopathiques. D'après les recherches de l'auteur, ce témoignage est généralement bon pour les relations spatiales, alors qu'il est plus ou moins insuffisant pour le signalement, les couleurs, les paroles, la localisation dans le temps et la durée. Le témoignage le plus mauvais chez les psychopathes est celui qui est relatif aux dates; les résultats obtenus à cet égard par l'auteur au cours de ses expériences ont été, dit-il « déplorables » et cela dans toutes les catégories de malades.

Les expériences sur la suggestibilité des psychopathes ont abouti au classement suivant : les plus suggestibles seraient les arriérés psychiques et ensuite, par ordre décroissant : les épileptiques, les paralytiques généraux, les déments séniles, les artérioscléreux cérébraux, les schizophréniques. La suggestibilité minima a été constatée par l'auteur chez les maniaques.

Mais, tout en tenant compte de ces diverses données générales et des coefficients moyens concernant le témoignage des psychopathes, l'auteur conclut, en définitive, que la valeur du témoignage d'un malade mental est toujours question d'espèce et ne peut être fixée que par un examen individuel du degré de fidélité et de savoir de sa déposition en justice. Donc, dans chaque cas particulier une expertise de crédibilité s'impose.

DISCUSSION

M. Henri CLAUDE (de Paris) dit que les épreuves proposées par le rapporteur sont des plus intéressantes et tendent à donner au témoignage une valeur assez scientifique. On ne peut se dissimuler toutefois qu'elles ne tiennent pas assez compte du temps écoulé depuis l'observation des faits. Dans la pratique, c'est souvent après un temps plus long que huit ou neuf jours que l'interrogatoire du témoin a lieu. De plus, les expériences relatées dans le rapport sont faites « à froid » en quelque sorte. Or, bien souvent le témoin a été appelé a observer un fait par surprise, dans un court laps de temps, dans une atmosphère parfois chargée d'éléments dramatiques, de sorte qu'un appoint émotif vient troubler les conditions d'observation. Il y a enfin une catégorie de sujets que le rapporteur n'a pas mis à l'épreuve : ce sont les psychopathes légers en liberté, débiles psychiques, déséquilibrés, intoxiqués. Ce sont surtout ceux-ci qui sont appelés à témoigner, plutôt que les psychopathes internés et dont les récits erronés, faussés plus ou moins volontairement, égarent la justice, brouillent les pistes suivies par les policiers et dont les dires lors des confrontations sèmeront le doute ou fausseront les suspicions. Leur témoignage n'a pas plus de valeur souvent que celui des enfants. On souhaiterait, dans quelques cas, que l'expertise mentale s'étendît aux témoins, dont la déposition, souvent grave, n'a de valeur que si le degré de crédibilité à lui apporter est attesté par l'intégrité suffisante des capacités.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris) signale l'influence de l'encéphalite épidémique sur le témoignage des psychopathes dans sa forme accusatrice : tel un cas récent d'accusation de viol par une perverse encéphalitique. Après avoir rappelé qu'en ce qui le concerne il a toujours — ou presque — suspecté le témoignage des psychopathes, l'orateur remarque que pour témoigner, il faut se souvenir, et que pour se souvenir, il faut avoir vu; on voit d'autant mieux que l'on s'intéresse à ce que l'on regarde. A ce sujet, le rapporteur a fort justement noté le désintérêt du psychopathe pour tout ce qui l'entoure.

M. Laignel-Lavastine a eu l'occasion de constater la variation de l'intérêt suivant le sexe. A l'occasion d'une éclipse de soleil (1912), il a remarqué que les hommes avaient été plus attentifs à l'observation du phénomène que les femmes qui, pour la plupart, s'en étaient totalement désintéressées.

M. Aug. Ley (de Bruxelles) tient à appeler l'attention sur la grosse différence qui sépare le témoignage ayant un but de psycho-pathologie expérimentale et celui de la pratique judiciaire. Dans le premier cas, il s'agit d'une pure opération mentale de connaissance dépourvue d'éléments affectifs, tandis que dans le second cas le témoignage est intéressé, soit au point de vue de la défense personnelle, soit au point de vue d'un intérêt matériel ou passionnel (vengeance par exemple).

C'est ainsi que Ley au cours d'expériences déjà anciennes dit avoir obtenu des témoignages d'aliénés supérieurs en qualité à ceux de sujets normaux, ces derniers ne désirant pas en général se compromettre, ce qui les conduisait soit à la négation, soit à l'attitude dubitative.

Quant à l'épreuve de crédibilité, elle est difficile dans la pratique.

M. Etienne Martin (de Lyon) demande si un juge d'instruction a le droit de faire examiner un témoin et de quelle façon?

M. Provent (de Mortain) demande si, en Belgique, l'expertise de crédibilité est assez systématiquement pratiquée, car il lui semble qu'en France nous sommes un peu en retard sur ce point?

M. Vervaeck (de Bruxelles) dit avoir eu quelques rares occasions, dans sa pratique personnelle, d'apprécier la crédibilité; mais il convient de la difficulté de la chose dans la pratique. Ce genre d'examen lui semble devoir être réservé à des cas particuliers.

M. Baruk (d'Angers) dit que cette expertise de crédibilité n'est pas absolument inconnue en France. Les magistrats ne font pas seulement examiner les accusés, mais parfois certains témoins, ainsi qu'il lui a été donné récemment de le constater : il fut en effet chargé d'examiner une jeune fille victime d'un viol, pour dire quelle confiance il convenait d'accorder à ses déclarations.

M. Heger-Gilbert (de Bruxelles) pose la question connexe de voir si l'on peut reconnaître à certains psychopathes la capacité d'exprimer une volonté consciente et par conséquent de tester.

M. Molin de Teyssieu (de Bordeaux) demande si un magistrat est actuellement suffisamment armé pour soumettre à un examen mental contre son gré un témoin? Le fait de prévention de troubles psychiques crée dans l'esprit du public un caractère péjoratif qui ne doit pas être méconnu, car une telle façon de procéder peut occasionner un préjudice ultérieur auquel le témoin peut très bien opposer un refus formel pour l'éviter.

M. Balthazard (de Paris) reconnaît que les coefficients si heureusement utilisés dans les expériences de M. Rogues de Fursac transforment en précisions ce qui n'était souvent qu'une vague impression. Cependant, les notions de fidélité et de savoir ne sont pas les seules qualités que doive posséder un témoin qui doit faire preuve de jugement, ce qui est beaucoup plus important, C'est du jugement que découle la saine appréciation d'un événement auquel on a assisté, beaucoup plus que des détails dont on ne garde souvent qu'un souvenir imprécis et qui peuvent être mieux enregistrés par un sujet d'intellectualité moindre. C'est donc un élément indispensable pour la critique du témoignage qui empêchera de conclure, à l'encontre de tout bon sens, que le témoignage d'un aliéné vaut quelquefois mieux que celui d'un sujet normal.

M. Rayneau (d'Orléans) dit avec quelle prudence il convient d'accueillir le témoignage des anormaux et rapporte une observation qui confirme la prudence qu'il conseille.

Le rapporteur, M. Rogues de Fursac (de Paris), conclut en soulignant l'importance des diverses questions qui lui ont été posées.

Il est d'accord avec M. H. Claude sur la grande importance qu'il faut attacher au temps écoulé entre les faits et la déposition. L'expérience montre en effet que la fidélité du témoignage décline assez rapidement, mais auparavant, elle semble augmenter, comme s'il s'opérait une sorte de classement des faits dans l'esprit du sujet. Mais il peut s'agir là de pures coïncidences et c'est un point qui mérite de retenir l'attention en vue d'une étude plus systématique et plus complète. Ce que le rapporteur a étudié, c'est uniquement la mémoire, l'attention et la compréhension, et il reconnaît bien volontiers que si ces facteurs sont primordiaux, il en existe maints autres dont on doit tenir grand compte. Par contre, l'émotivité, qui est énorme chez les normaux, paraît beaucoup moindre, éventuellement nulle chez un grand nombre de psychopathes, mais non chez tous, comme par exemple chez les « petits psychopathes » (hyperémotifs).

Certes, les expériences auraient une plus grande valeur si elles pouvaient être faites dans un service ouvert, ou mieux encore dans la vie courante, mais alors on se heurterait à de grandes difficultés, en particulier au point de vue de la sincérité.

Il est incontestable que les coefficients de fidélité ne sauraient servir de mesure à la valeur intellectuelle d'un sujet. Mais dans le témoignage, ce n'est pas le degré d'intellectualité qui passe au premier plan, bien que le facteur discrimination en relève, mais mieux la qualité et la quantité de renseignements fournis.

En ce qui concerne le témoignage du grand aliéné, il est admissible qu'il puisse, le cas échéant, être plus indépendant que le normal, puisque les intérêts à ménager ne sont pas les mêmes. Mais il n'existe aucun test sûr de sincérité, ce qui empêche toute expérimentation dans ce sens.

La mythomanie maligne n'est pas une séquelle rare d'encéphalite, et c'est un nouveau et important chapitre à ajouter à l'histoire des fausses accusations.

La notion de capacité d'intérêt est-elle différente entre les sexes? La question reste toujours posée.

Quant à l'expertise mentale des témoins, l'expertise de crédibilité est entrée dans les mœurs judiciaires et le rapporteur a eu l'occasion d'en faire plusieurs. Mais comme il n'a jamais rencontré d'opposition de la part des intéressés, il ignore ce qui se passerait en cas de refus et même s'il existe un point spécial de législation en ce sens.

COMMUNICATIONS

Forme rare d'auto-hérédo-accusation chez une persécutée mélancolique. — M. Porot (d'Alger) rapporte l'histoire d'une persécutée hallucinée anxieuse qui tira trois coups de revolver sur une voisine. En prison, elle développa un accès de mélancolie qui se détendit progressivement en quelques semaines. Par un procédé de défense naturelle à certains persécutés qui dissimulent leur délire lorsqu'ils en redoutent les conséquences (en l'espèce, l'internement), cette persécutée, guérie de son épisode mélancolique, s'accusa d'avoir simulé la folie, puis rejeta sur sa sœur l'instigation du meurtre et prétendit aussi avoir simulé la folie sur ses conseils. La sœur fut incarcérée. Sur l'expertise mentale primitive se greffe une expertise de crédibilité.

M. André Collin (de Paris) étudie la **suspicion légitime du témoignage des enfants témoins judiciaires ainsi que leur examen mental.** L'enfant peut être entendu à titre indicatif, pour corroborer par exemple un témoignage d'adulte digne de foi, et alors il est aisé au juge instructeur de se rendre compte de la créance qui doit être attachée aux dires juvéniles, mais, par contre, l'enfant peut être un principal ou unique témoin et son témoignage doit être toujours suspect jusqu'à preuve du contraire.

Cependant l'examen systématique de tous les enfants témoins présenterait des inconvénients : lenteurs consécutives de l'instruction, mécontentement des parents. Malgré tout, le magistrat a souvent des éléments d'appréciation pour savoir quelle créance il doit donner aux dires juvéniles (renseignements de police, renseignements scolaires, confrontations de témoins). On retombe donc dans des cas d'espèce où l'examen mental est nécessaire, et alors trois cas sont à envisager :

a. L'enfant est sensiblement normal et alors envisager si l'enfant est enclin à mentir (âge, milieu social, éducation, tendances);

b. L'enfant est atteint d'une insuffisance intellectuelle qui peut d'ailleurs avoir frappé le magistrat;

c. L'enfant est suffisamment intelligent, il a fait un récit vraisemblable, cependant son allure générale, la précision des termes employés éveillent ici plus qu'ailleurs la suspicion

légitime. Le rôle du médecin sera d'établir si, par sa constitution physique et mentale, l'enfant est un menteur habituel, menteur pathologique, fabulant ou mythomane, et qu'en ces cas aucune créance ne saurait être accordée à son témoignage.

L'auteur a envisagé chacun de ces cas à la lumière d'observations très précises qu'il cite et qui l'amènent à conclure que :

1° Les magistrats et éducateurs sont d'accord pour suspecter tout témoignage d'enfant entre huit à quinze ans en moyenne;

2° L'examen neuro-psychique d'un enfant, tout en restant un cas d'espèce, doit s'inspirer des règles générales qui suivent, lorsque la suspicion est révélée par : d'une part, la grande précision du récit commenté en termes trop appropriés sans aucune variation aux différents interrogatoires; d'autre part, lorsque les renseignements scolaires présentent l'enfant comme un fabulateur habituel.

M. HEUYER (de Paris) souligne que l'enfant même normal a toujours des tendances imaginatives qui aboutissent vite à la fabulation et qui versent pathologiquement dans la mythomanie, une suggestibilité qui s'accuse au fur et à mesure de l'interrogatoire et que le récit finit par se stéréotyper en une formule précise qui devient *ne varietur*. Quant à l'interprétation, elle est toujours peu importante chez l'enfant.

M. Marcel BRIAND (de Paris) ne croit pas possible d'inculper un enfant pour complicité de faux témoignage, comme cela a lieu chez les adultes. Il estime que, pour lutter contre le mensonge habituel chez les enfants, il faut éviter tout appareil judiciaire impressionnant et ne poser que des questions précises en les formulant avec prudence, de façon à éviter des réponses de complaisance, et aussi, suivant les préceptes de Magnan, ne jamais s'étonner des réponses, si scabreuses qu'elles soient.

M. PROVENT (de Mortain) pense qu'il serait utile de transmettre à l'autorité militaire les dossiers des enfants anormaux.

Contribution à l'étude du témoignage des normaux. — M. Louis VERVAECK (de Bruxelles) a étudié expérimentalement le témoignage chez les individus débiles, les anormaux et les mentaux autant que chez les normaux.

Les expériences ont porté sur les divers élèves mêmes des cours de l'Ecole de criminologie dont les éléments sont hétérogènes. Les élèves n'étaient jamais prévenus du genre d'expériences auxquelles ils allaient participer et les questions portaient sur des faits ou des choses professés aux cours et donc parfaitement connus d'eux.

En considérant les résultats globaux, on peut dire que les lacunes et les inexactitudes impressionnèrent vivement les élèves, d'autant plus que beaucoup d'entre eux sont des policiers professionnels. Des constatations faites on peut tirer quelques conclusions :

a. L'individualité propre à chaque sujet montre la complexité du problème;

b. Cependant, on peut arriver à envisager cinq types de témoignage : exact (5 p. 100); exagéré (25 p. 100); valeurs trop faibles (40 p. 100); indécisions, mauvaises réponses (5 p. 100), le reste du pourcentage se répartissant sur des formes intermédiaires;

c. Seules les expériences de signalement ont donné les meilleurs résultats; encore convient-il de remarquer qu'elles présentaient quelques lacunes.

L'auteur conclut en montrant l'imperfection en étendue et en netteté du témoignage chez les normaux, même professionnels. Il importerait donc que chez ces derniers un examen attentif fût fait qui amènerait l'élimination de 5 à 8 p. 100 d'entre eux.

Nécessité de l'examen médical pour tous les enfants délinquants. — M. HEUYER et Mlle BADONNEL (de Paris) rappellent que la loi du 22 juillet 1912, relative aux tribunaux d'enfants, prévoit notamment une enquête sur... le caractère et les antécédents de l'enfant.... ses conditions de vie... et que l'enquête sera complétée, s'il y a lieu, par un examen mental.

Cet examen mental est très rarement ordonné, sauf cas où l'état morbide est évident. Il résulte de ce fait un inconvénient grave : c'est l'ignorance où l'on se trouve en France, faute d'une statistique adéquate, des précisions relatives, tant aux délits juvéniles chez les psychopathes qu'à ceux dont le déterminisme relève de l'abandon moral ou de la mauvaise éducation.

Indépendamment des indications forcément parcellaires, puisqu'il s'agit d'une statistique personnelle, que nous possédons en France et due à André Collin, il n'y a qu'en Hollande où un tel document existe; encore faut-il noter qu'on le doit à un psychologue et non à un psychiatre qui paraîtrait plus qualifié.

Le rôle médical ne serait pas de déterminer la responsabilité, mais de faire un diagnostic et un pronostic. Selon A. Collin, les enfants anormaux devraient être rangés en quatre catégories qui indiqueraient la mesure à prendre du fait du pronostic différent :

a. Normaux, moralement abandonnés ou ayant reçu une mauvaise éducation, pour qui le pronostic est généralement bon si on les change de milieu;

b. Malades devant être traités convenablement;

c. Débiles intellectuels qui sont éducables et utilisables dans une certaine mesure;

d. Pervers instinctifs dont le pronostic est mauvais.

Suit une statistique des auteurs qui diffère de celle de A. Collin, et de la statistique hollandaise par les pourcentages et dont les divergences sont étudiées.

M. Etienne MARTIN (de Lyon) fait remarquer que le IIIe Congrès de médecine légale (1913) a voté un ordre du jour qui, bien qu'inspiré d'une idée un peu différente puisqu'il envisageait les mesures de correction paternelle, demandait que les présidents des tribunaux ne délivrent jamais d'ordre d'incarcération chez les enfants sans un examen médical préalable.

De l'imputabilité pénale des délirants lucides. — M. E. GELMA (de Strasbourg) estime qu'on aurait tort d'admettre l'irresponsabilité parce qu'il y a délire. Au point de vue médico-légal, il faut faire abstraction des classifications actuellement reçues et des doctrines psychiatriques d'aujourd'hui.

Pour juger la responsabilité des délirants, il faut, dans l'état actuel des formes juridiques, s'en tenir à la volonté du législateur en ce qui concerne l'article 64 du Code pénal. Or, un sujet délirant peut être lucide, agir en pleine connaissance de cause, soit pour des motifs étrangers à ses idées délirantes, soit en raison même de son délire. Pour le premier cas, le délire, même hallucinatoire, peut n'être que partiel; dire qu'une psychose hallucinatoire est la manifestation d'un trouble mental général, d'un affaiblissement intellectuel, est une simple affirmation contredite souvent par les faits. Dans un cas de l'auteur, un sujet atteint d'hallucinose auditive chronique et qui avait dérobé une jumelle à un voyageur dans un compartiment de chemin de fer, réclamait avec juste raison la responsabilité pour son acte; il proclamait sa faute et demandait pour son vol non des médecins mais des juges. Son cas ne rentrait pas dans celui prévu par l'article 64 du Code pénal. Il n'était pas en démence, autrement dit il n'était pas étranger à l'acte qu'il avait commis.

En ce qui concerne les délirants lucides non hallucinés, on peut affirmer qu'en dehors des états d'excitation à allure maniaque auxquels ils sont soumis, en dehors des faits d'interprétation pathologique qui les font ressembler aux délirants hallucinatoires, ils doivent être considérés vis-à-vis de leur acte de défense ou de leur agressivité comme des individus normaux qui se défendent contre des dols ou des dommages réels. Les persécutés systématiques raisonnants savent que l'on ne doit pas se faire justice soi-même, et rien ne prouve que leur résistance au sentiment de vengeance ou à la nécessité de la vengeance soit inférieure chez les délirants que chez les non-délirants. En outre, il est des cas où il est impossible de dire scientifiquement qu'il y a délire lorsque la croyance n'est pas absurde en soi.

M. Aug. LEY (de Bruxelles) n'admet pas sans les plus expresses réserves la thèse de M. Gelma. D'ordinaire, la constatation d'un état délirant entraîne l'internement d'un inculpé même lorsque son délire ne paraît pas avoir conditionné l'acte délictueux. Il y a peut-être lieu de distinguer entre l'idée fausse simple et le délire vrai. Pour ce qui concerne le délirant, il s'élève vivement contre la mise en prison

qui ne peut que leur faire du tort, et c'est à l'asile qu'ils doivent être traités, même si l'acte commis ne relève pas directement de l'état délirant.

M. Molin de Teyssieu (de Bordeaux) félicite au contraire M. Gelma d'avoir osé affirmer l'intérêt social qu'il y a, dans quelques cas, à faire taire toute considération philosophique et à emprisonner certains de ces fous raisonnants, même délirants, aussi moralement inamendables que médicalement incurables. Ceci restant, bien entendu, une question d'espèces. Cette question demande une plus ample discussion.

LES ARTHRITES TRAUMATIQUES

Par MM. Dervieux, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de Paris, et Belot, chef du service d'électroradiologie, à l'hôpital Saint-Louis, médecins experts près le Tribunal.

Nous étudierons les arthrites traumatiques à l'exclusion des arthrites tuberculeuses. Nous les envisagerons seulement du point de vue général des expertises médico-légales et plus particulièrement des accidents du travail.

Laissant de côté ce qui a trait à la pathologie interne proprement dite, nous n'aborderons ni la pathogénie, ni l'anatomie pathologique des arthrites; nous en rechercherons seulement l'origine traumatique. Nous passerons en revue les séquelles articulaires des contusions directes ou indirectes, accompagnées ou non d'hémarthrose, des plaies articulaires, des entorses, des luxations, des diastasis, des fractures juxta ou intraarticulaires, de l'immobilisation plus ou moins prolongée des articulations, etc. Nous serons ainsi amenés à attirer l'attention sur l'importance de l'état antérieur.

En dehors de ces arthrites purement traumatiques, on rencontre aussi, en expertise, des arthrites inflammatoires simples, des arthrites microbiennes. Dans quels cas peuvent-elles être rattachées à l'accident allégué? La même question se pose pour certaines arthropathies tabétiques, pour la goutte, pour le rhumatisme articulaire; le traumatisme a-t-il localisé ou aggravé l'affection préexistante ou latente?

Les complications et les séquelles des arthrites sont importantes à connaître. Certaines guérissent sans reliquats, d'autres deviennent chroniques, s'accompagnent de troubles circulatoires, nerveux, trophiques, plus ou moins constants. Il résulte de la laxité articulaire des raideurs, des ankyloses. Il survient des corps étrangers intraarticulaires, des souris. Elles nécessitent des arthrotomies, des résections, des amputations. Il se produit parfois, plus ou moins tardivement, des infections locales, des infections à distance, des infections généralisées.

L'exploration radiologique est très importante, surtout au début de l'affection.

La radiographie peut montrer :

1° Les modifications de la cavité articulaire qui perd sa transparence et dont les dimensions peuvent être modifiées;

2° Les altérations des cartilages de revêtement décelées plus par la modification des rapports des surfaces articulaires que par une image de lésions, les cartilages étant ordinairement peu ou pas visibles quand ils sont normaux;

3° Disparition de la cavité articulaire, avec ankylose anatomique plus ou moins complète;

4° Altérations des extrémités osseuses (ramollissement, périostite, hyperostose, atrophie osseuse), et enfin arrachement ou fracture partielle ou totale;

5° Les corps articulaires, dont les uns provenant de la synoviale sont rarement visibles, et dont les autres ordinairement déterminés par un traumatisme sont plus facilement décelables.

En considérant la question des arthrites traumatiques au point de vue médico-légal, on peut se demander si la radiographie est capable de faire la discrimination entre les arthrites traumatiques et les arthrites non traumatiques. C'est une question d'espèces, mais le plus souvent, quand le traumatisme n'a pas provoqué de fracture totale ou partielle, la radiographie montre des images ordinairement identiques parce que les altérations anatomiques sont les mêmes.

On peut différencier :

1° Arthrites traumatiques chroniques provoquées par un traumatisme répété, ordinairement professionnel.

La radiographie montre des lésions d'arthrite qui n'ont aucun caractère en rapport avec l'étiologie. La présence de calcification des bourses séreuses peut parfois, mais non toujours, faire soupçonner l'origine professionnelle.

2° Arthrites traumatiques aiguës, sans fracture. La radiographie ne révèle aucun caractère distinctif de l'arthrite aiguë non traumatique.

3° Arthrites traumatiques aiguës avec fracture ou arrachement. La radiographie montre la fracture ou l'arrachement et précise ainsi l'origine traumatique de l'affection.

4° Certaines arthrites infectieuses à microbe spécifique (gonococcique, bacillaire, typhique, etc.) présentent des caractères qui permettent souvent, mais non toujours, de fixer leur origine, sans qu'il soit possible d'indiquer de quel degré le traumatisme a pu les aggraver.

Les constatations faites au début de l'affection sont de la première importance. Aussi les certificats d'origine et les certificats de contrôle doivent-ils essentiellement être descriptifs.

Lors des expertises, il faut tout d'abord poser exactement le diagnostic quelquefois rétrospectivement, il faut ensuite établir le pronostic, il faut enfin envisager le traitement suivi : l'immobilisation prescrite n'a pas toujours été observée par le blessé, les massages ont été prématurés, l'électrisation a été appliquée fâcheusement. Ces mêmes questions se posent, peut-être avec plus de précision encore, au moment de la revision.

Quelle est l'évaluation des différentes incapacités qui résultent de l'arthrite? Incapacité temporaire? Incapacité permanente et partielle? Il aurait fallu envisager les arthrites par régions anatomiques, mais nous ne l'aurions pu sans sortir du cadre de ce travail. Nous donnerons seulement diverses précisions relatives aux articulations le plus souvent atteintes. Une seule articulation a-t-elle été intéressée? Y en a-t-il eu plusieurs sur le même membre ou sur des membres différents? En cas d'accidents successifs ayant chacun déterminé une arthrite ou ayant atteint la même articulation, il y a lieu de faire le calcul des invalidités multiples, soit pour les accidentés du travail, soit pour les mutilés de guerre qui ont, par la suite, été victimes d'un accident du travail.

L'évaluation, enfin, doit être différente pour les accidents du travail et pour les accidents de droit commun, car, dans cette dernière éventualité, il n'y a pas de revision.

DISCUSSION

M. Mauclaire (de Paris) envisage tout spécialement les lésions péri-articulaires qui entretiennent l'arthrite.

En dehors des arthrites traumatiques proprement dites, il faut aussi considérer celles qui sont éphémères et les distinguer de celles qui sont prolongées par des séquelles (lésions intra ou péri-articulaires). Les lésions intraarticulaires sont assez nombreuses : fissures ou même petites fractures des surfaces articulaires avec ou sans déplacement et dont quelques-unes sont très difficiles à déceler, mais dont on ne peut nier la fréquence de certaines d'entre elles. Il en est de même des lésions péri-articulaires qui sont aussi nombreuses et d'ailleurs bien connues : par exemple, arrachement de la grosse tubérosité humérale avec parcelles osseuses produisant une névrite du circonflexe qui entretient l'arthrite, ou des lésions de la bourse séreuse sous-deltoïdienne qui produit le même résultat; les butoirs ostéo-périostés du coude; les périostoses ligamentaires juxtaarticulaires; les cals péri-articulaires; ossifications de la capsule osseuse elle-même; sans excepter le tissu cellulaire sujet lui-même à s'ossifier du fait de l'irritation, etc. La radiographie est parfois impuissante à montrer toutes les lésions fibreuses métatraumatiques péri-articulaires.

L'auteur confirme l'opinion de M. Dervieux en ce qui concerne le massage aussi intense qu'intempestif et qui est souvent funeste parce qu'il entretient l'arthrite. Même remarque en ce qui concerne la mécanothérapie. Il est d'accord avec M. Belot pour préconiser la radiographie en série dans différentes positions pour permettre de mettre en évidence les lésions péri-articulaires qui entretiennent l'arthrite et aussi dépister les exagérateurs.

M. Louis Desclaux (de Nantes) dit son accord avec les rapporteurs en ce qui concerne spécialement l'atrophie musculaire qui, bien que constante, ne se met pas toujours en évi-

dence par la mensuration; la palpation permet toujours de sentir une hypotonicité qui témoigne d'une amyotrophie indiscutable dont il faut tenir compte dans l'évaluation du taux de réduction de capacité ouvrière.

M. Marcel Heger (de Bruxelles) insiste sur la différence très nette qui doit séparer l'appréciation entre l'accident du travail et le droit commun. Tandis qu'en matière d'accidents du travail le taux est revisable, par contre il est acquis définitivement en matière de droit commun. D'autre part, d'un côté l'état antérieur n'est pas à envisager puisque la loi ne l'admet pas, tandis que de l'autre les antécédents personnels et parfois héréditaires peuvent éclairer l'expert dans son appréciation. Il résulte donc forcément des différences d'évaluation parfois notables et qui se justifient du fait de ces considérants.

COMMUNICATIONS

Arthrites syphilitiques et traumatisme. — MM. Emile et Raymond Sorel (de Toulouse) rappellent les formes diverses de la syphilis articulaire, soit acquise, soit héréditaire, et montrent que le tréponème est l'agent causal de ces arthropathies. Le traumatisme peut jouer un rôle dans sa localisation, l'agent spécifique reste à l'état de saprophyte dans les organes hématopoiétiques, les ganglions, la moelle osseuse d'anciens syphilitiques et est susceptible d'être mis en liberté par le traumatisme et de causer la lésion ostéo-articulaire syphilitique.

De tout temps on a cru à l'influence des traumatismes sur la syphilis; de hautes autorités médico-chirurgicales ou médico-légales l'admettent. Si parfois le traumatisme est antérieur à la contamination, l'accident traumatique survient habituellement chez un sujet déjà en puissance de syphilis acquise ou héréditaire. Clinique, réactions humorales, radiographie, traitement d'épreuve permettent aisément le diagnostic; il ne s'agit pas de raretés. Le traumatisme doit être considéré comme localisateur dans les formes vraies d'arthrites syphilitiques, traumatiques, aggravateur exceptionnellement, souvent révélateur. Ces données présentent un haut intérêt dans l'application de la loi du 9 avril 1898.

Arthrite syphilitique du genou par traumatisme. — M. Coutela (de Paris) signale le cas suivant : une enfant de douze ans fait une chute qui provoque une plaie superficielle dans la région prérotulienne. Quelque temps après apparaît une hydarthrose du genou qui, étant donnée sa persistance insolite, fait penser à la tuberculose. Mais trois mois après le début des accidents, la fillette présentant des troubles oculaires, l'auteur constata une kératite interstitielle typique. Le Bordet-Wassermann du sang était positif. Tous les accidents cédèrent au traitement spécifique. Il s'agissait donc bien d'une arthrite syphilitique du genou à l'occasion d'un traumatisme survenant chez une hérédo.

Synovite du tendon de la longue portion du biceps brachial. — MM. Leclercq et A. Rouvier (de Lille) ont eu à constater à différentes reprises la persistance de manifestations fonctionnelles douloureuses consécutives à des traumatismes de l'épaule. Ces phénomènes étaient attribuables à une irritation synoviale au niveau du chef supérieur de la longue portion du biceps brachial. Dans tous les cas observés, les signes d'arthrite traumatique avaient complètement disparu. C'est seulement au cours du travail et notamment à l'occasion des mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras, d'antépulsion et d'élévation du membre, que la gêne douloureuse de l'épaule se manifestait. La palpation éveillait une douleur nettement localisée au niveau de la gouttière bicipitale entre le trochin et le trochanter et qui paraissait épaissie. Ces symptômes entraînaient une incapacité temporaire prolongée à laquelle succédait une incapacité permanente partielle accusée.

Les auteurs imputent cet état à une synovite de la longue portion du biceps brachial, synovite qui ne leur paraît pas avoir été explicitement signalée jusqu'ici. Les relations anatomiques qui existent entre le tendon de la longue portion du biceps et l'articulation de l'épaule expliquent les faits observés.

Fractures des épines du tibia et accident du travail. — MM. Helot, Piédelièvre et Robin ont observé un cas de fracture avec déplacement des tubercules intercondyliens du plateau tibial gauche à l'occasion d'un accident du travail. Il s'agissait d'un jeune homme de quinze ans, renversé au cours de son travail par une automobile et qui avait présenté un gonflement du genou. On avait pensé à une hydarthrose, et la radiographie faite peu après n'avait pas montré de lésion osseuse. Près de six mois après l'accident, le blessé était encore soigné par des massages, de l'air chaud et des pointes de feu; la consolidation de la blessure n'était pas encore acquise et la possibilité d'une lésion tuberculeuse avait été envisagée. Des radiographies faites à ce moment indiquèrent de la façon la plus nette la fracture des épines tibiales, le tubercule externe ayant présenté le plus grand déplacement. Cliniquement, les fonctions du genou n'étaient pas très entravées, mais à certains moments la jambe fléchie éprouvait une sorte d'arrêt au moment de l'extension. La consolidation de la blessure fut fixée six mois après le traumatisme; la réduction de capacité fut évaluée à 15 p. 100.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Le sang dans l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique et les cyanures. — M. Balthazard (de Paris) rappelle qu'il est classique, dans l'empoisonnement cyanhydrique, de considérer la formation de cyanhémoglobine dont le spectre, analogue à celui de l'oxyhémoglobine, n'en diffère que par la largeur des bandes qui, d'autre part, sont reportées légèrement vers la droite.

Ses recherches n'ont pas confirmé cette façon de voir et ont établi que la soi-disant cyanhémoglobine n'est que de l'oxyhémoglobine facilement réductible. Malgré la possibilité qu'ont les pigments des séries hémoglobique et hématique de se combiner à l'acide cyanhydrique *in vitro*, il ne se fait rien de ce genre *in vivo* ou *post mortem*:

In vivo, un processus différent a lieu : le cyanure de potassium commercial est toujours plus ou moins fortement carbonaté, l'ingestion d'un tel produit amène la formation dans la paroi gastrique d'hématine avec transformation consécutive de celle-ci en hématine cyanée, susceptible elle-même d'être transformée expérimentalement en hémochromogène cyané. Encore faut-il souligner ce fait que la présence d'hématine cyanée dans l'épaisseur de la paroi gastrique n'est jamais généralisée mais se limite à la surface de contact entre la muqueuse et le cyanure, et par conséquent se trouve toujours en minime proportion. La coloration rouge vif de l'estomac est due uniquement à l'oxyhémoglobine qui n'est pas réduite tout simplement parce qu'elle se trouve dans un milieu antiseptique.

Ces faits expliquent que la recherche spectroscopique des pigments cyanés reste toujours négative. Par contre, on peut mettre en évidence et doser même le poison en faisant agir le distillatum du contenu gastrique sur de la méthémoglobine qui, dans ces conditions, se transforme en cyanméthémoglobine, ainsi que des travaux antérieurs l'ont montré.

Intoxications complexes et mortelles dans une sucrerie. — MM. J. Leclercq et Vallée (de Lille) apportent trois curieuses observations ayant trait à des intoxications exceptionnelles qui, cliniquement, ne présentent pas de symptômes caractéristiques. Deux cas furent mortels.

L'allure insidieuse des manifestations pathologiques semble avoir trompé sur leur gravité puisque, bien qu'incommodés, les ouvriers ont pu continuer leur travail quelques heures encore. Il s'agissait de malaises généraux: vertiges, céphalée, dyspnée, anxiété précordiale, vomissements, dérobement des jambes et cyanose progressive. Dans les deux cas mortels, les troubles respiratoires et circulatoires ne se sont accentués que progressivement, entraînant la mort en plus de douze heures. Les autopsies n'ont pas mis en évidence de lésions caractéristiques.

Les examens toxicologiques n'ont pas permis de déceler de l'oxyde de carbone pas plus que d'acide cyanhydrique et accessoirement d'arsenic.

L'analyse des gaz des fours a montré que ceux-ci étaient composés par de l'oxyde de carbone, des amines, de l'acide cyanhydrique en quantité notable ainsi que du cyanure d'ammonium et enfin divers carbures d'hydrogène.

Obtention rapide de méthémoglobine pure et stable. — MM. Balthazard (de Paris) et Condrea (de Bucarest) rap-

pellent que des recherches antérieures ont montré la possibilité d'obtenir de la méthémoglobine en utilisant, soit l'action des acides faibles, soit l'action de la glycérine sur le sang. Mais, dans le premier cas, le milieu devient rapidement réducteur et, de ce fait, la méthémoglobine est ramenée à l'état d'hémoglobine; dans le second cas, la transformation en méthémoglobine est très lente et n'est jamais totale.

M. CORDONNIER (de Lille) présente un **nouveau procédé d'identification des projectiles** qui utilise les divers petits défauts du canon de l'arme — leur donnant ainsi une véritable signature — dont a déjà tiré partie Balthazard. Le procédé présenté est essentiellement graphique. Les courbes obtenues sont presque droites dans l'ensemble; elles présentent des encoches correspondant aux rayures du canon et qui sont d'autant plus profondes qu'elles correspondent à une rayure plus accentuée. Cela a permis à l'auteur d'observer que les rayures ne sont jamais égales en largeur. La seule difficulté rencontrée concerne les armes usagées, où l'impression des rayures sur la balle est presque nulle. L'avantage est que, une fois le graphique pris, le problème se réduit à l'examen de deux courbes qui permettent des mensurations exactes au quart de millimètre près. Cette méthode nouvelle permet dans certains cas, l'identification des projectiles un peu déformés.

Plaie du cœur par balle de revolver, tolérance du myocarde. — M. Marcel HEGER (de Bruxelles) relate l'observation qui suit pour montrer l'extrême tolérance du myocarde pour certains corps étrangers.

Un clerc de notaire reçoit une balle de revolver de 6 mm, 35, blindée. Cette balle reste incluse dans le myocarde malgré la tentative opératoire faite pour l'en retirer. Suites bénignes malgré nne situation paraissant alarmante. Tension au Pachon 11-6. Malheureusement, il n'a pu être pris d'électrocardiogramme. Actuellement le blessé est guéri, il peut effectuer de courtes marches, son pouls est à 100 et sa respiration 24, l'auscultation ne dénote pas de bruits anormaux.

Au point de vue médico-légal, la question qui se pose concerne les conséquences de l'attentat et l'évaluation du degré d'incapacité. Même en matière de blessures de guerre, les cas sont rares. En ce qui concerne le pronostic, il reste bien entendu réservé, les contractions cardiaques pouvant expulser le projectile et déterminer une hémorragie mortelle. Pour ce qui a trait à l'invalidité, elle n'a pas été déterminée, l'agresseur ayant été reconnu atteint de psychose paranoïde et déclaré irresponsable. Malgré tout, on peut envisager un taux assez élevé en notant expressément que tout incident ou accident en relation avec le cœur pourra toujours être rapporté par l'intéressé à la présence d'un corps étranger intramyocardique.

M. DUVOIR (de Paris) a eu l'occasion d'expertiser avec MM. Vaquez et Belot un accidenté du travail qui présentait un fragment métallique mobile dans le ventricule droit. Malgré l'absence de tout symptôme fonctionnel ou physique (auscultation normale, tension artérielle normale, électrodiagnostic normal), les experts, se basant sur les constatations radiologiques ont conclu à une incapacité absolue du fait que la mort pouvait survenir au cours d'un effort; dans ces conditions, ils ont pensé qu'ils ne pouvaient imposer au blessé un travail qui pourrait être à l'origine de l'accident.

Plaies multiples de l'intestin grêle par une balle de revolver ayant traversé de part en part le scrotum sans atteindre la paroi abdominale. — M. Eug. GELMA présente au nom de M. HURLIANE (de Strasbourg) et au sien le cas d'un homme d'une quarantaine d'années qui reçut dans les bourses un coup de feu. La balle a traversé le scrotum de gauche à droite et est venue se loger sous la cuisse droite. Cet homme a succombé, après deux jours d'hospitalisation, à une péritonite aiguë. L'autopsie a montré que l'intestin grêle était perforé à dix centimètres de son insertion cæcale; trois petites plaies du calibre de la balle de revolver extraite sous la peau de la cuisse droite. Un seul coup de feu fut tiré. Aucune plaie de l'abdomen n'a été constatée. La balle qui a traversé les bourses a dû rencontrer sur son chemin une anse intestinale engagée dans son sac herniaire. Il s'agit ici d'un coup de feu ayant déterminé la mort sans intention de la donner et qui ne devait pas, étant donné l'endroit où il a porté, provoquer le décès. Les recherches bibliographiques entreprises tant dans la littérature française qu'étrangère n'ont pas permis de retrouver un fait analogue.

Rupture du cœur sans hémopéricarde chez un pleurétique. — MM. MULLER et PATOIR (de Lille) rapportant l'observation d'un malade ayant reçu un choc très violent au niveau de la poitrine et qui présenta une ecchymose prépéricardique, une autre prévertébrale, une rupture de la pointe du cœur et de l'auricule droite. Chose curieuse, il n'y avait pas une goutte de sang dans le péricarde et pas de caillot dans les lèvres des déchirures. Les auteurs attribuent cette particularité à la mort qui fut instantanée et à la présence d'une pleurésie bloquée du côté gauche qui comprimait le cœur dans son péricarde intact.

Recherches sur les modifications du pH dans l'humeur aqueuse chez le cadavre humain. — M. Maurice de LAET (de Bruxelles), voulant vérifier des assertions antérieures, d'ailleurs plus ou moins vagues, de différents auteurs, a cherché les variations de l'acidité ionique sur un milieu soustrait autant que possible aux influences locales et extérieures qui en provoquent le changement. Utilisant la méthode des indicateurs colorés de Sörensen, il a tout d'abord constaté que le pH sanguin est fort variable suivant l'endroit du prélèvement; il en est de même pour le muscle, le foie, la rate. Le liquide ccéphalo-rachidien ne s'obtient pur que pendant une douzaine d'heures après la mort et, au surplus, est malaisé à recueillir. Il en est tout autrement de l'humeur aqueuse de l'œil, qui offre, toutes facilités pour ce genre d'investigations dont les conclusions sont les suivantes :

1° Il existe des différences considérables dans le pH des individus morts depuis des temps égaux, mais d'affections différentes;

2° La phase acide des suppurants et des jeunes enfants est plus courte et plus tardive, leur réaction terminale est généralement plus alcaline;

3° Au contraire, l'acidose est très nette chez les auto-intoxiqués (diabétiques par exemple);

4° Si actuellement l'ensemble des données recueillies ne permet pas l'utilisation médico-légale en tant que donnant des indications sur le temps, même approximatif, qui s'est écoulé depuis la mort, on peut toutefois affirmer que la constatation d'une réaction acide est une preuve de la réalité de celle-ci.

Recherches sur l'azoospermie dans les milieux pénitenciers : conséquences médico-légales. — MM. CORDONNIER et A. BRETON (de Lille) ont examiné plus de cent liquides spermatiques et ont constaté une azoospermie totale dans 7 p. 100 des cas environ. Les liquides examinés provenaient de détenus. Ce pourcentage élevé montre que d'une part les recherches, dans les affaires d'attentats aux mœurs, doivent être minutieuses, et d'autre part, l'examen médical de l'inculpé devrait être systématiquement pratiqué.

L'hyperpnée provoquée chez les épileptiques. — MM. H. CLAUDE et MONTASSUT (de Paris) signalent que l'hypernée peut provoquer chez les épileptiques psychiques ou convulsifs des crises typiques, tandis que chez l'individu normal elle ne donne lieu qu'à des manifestations tétaniques. Si les résultats positifs ont une valeur indéniable, il n'en est pas de même des échecs qui peuvent être fréquents. Néanmoins, en provoquant des crises, l'hyperpnée permet de rapporter à l'épilepsie certains équivalents psychiques isolés ou rares. Son intérêt est double au point de vue thérapeutique et médico-légal.

M. Aug. LEY (de Bruxelles) dit que l'on doit être en garde contre une méthode qui n'a pas donné lieu à la production de crises chez certains épileptiques avérés. C'est surtout en matière médico-légale que la plus grande prudence doit être envisagée en semblable occurrence.

Opiomanie et crises douloureuses aiguës répétées. — M. J.-B. LOGRE (de Paris) rappelle que dans certains cas de crises douloureuses aiguës à répétition (crises tabétiques, faux angor, fausses coliques hépatiques, syndromes douloureux sympathiques divers) non seulement l'emploi de l'opium et plus particulièrement de la morphine risque fort d'engendrer la toxicomanie, mais encore il contribue, assez souvent semble-t-il, à entretenir et à multiplier les crises. La désintoxication peut alors faire cesser, de façon rapide, un syn-

drome douloureux, tenace et progressif, ayant motivé quelquefois même une opération chirurgicale inopportune (intervention sur la vésicule biliaire). L'état de besoin paraît éveiller en pareil cas des réflexes sympathiques anormaux, au nombre desquels figure précisément le syndrome douloureux que l'opium avait pour mission de calmer.

La délinquance et l'assistance des étrangers à Paris. — M. A. Marie (de Paris), frappé de l'augmentation des délinquants étrangers résidant à Paris, en a fait une étude statistique intéressante qui révèle que le pourcentage, qui était de 10 p. 100 en 1921, est passé à 16 p. 100 en 1923, et encore sans y comprendre les arrestations de la police municipale, ni les indigènes qui sont des protégés français.

Au seul petit parquet, on compte environ 6.000 affaires suivies. 20 p. 100 des sujets à l'Infirmerie spéciale en 1925 étaient étrangers. Certains enfants détenus à la Petite-Roquette ne connaissent pas un seul mot de français. On a signalé une classe scolaire d'un arrondissement central où un seul enfant parlait le français et était à même de suivre l'enseignement. 20 p. 100 des enfants du Patronage Rollet sont des étrangers.

Pour ce qui a trait aux dépenses pénitentiaires, l'auteur les évalue à plus de 10 francs par jour et par sujet.

Bien d'autres indications se trouvent contenues dans ce travail, qui ne se prête guère à une analyse et se termine en souhaitant que le traitement des étrangers malades à Paris (1.500) soit pratiqué distinctement, soit dans un bastion-caserne, soit dans un hôpital démilitarisé, comme l'a demandé le Directeur général de l'Assistance publique à Paris et aux frais duquel collaboreraient certainement plusieurs colonies étrangères.

Du huis clos aux assises. — M. Frantz Adam (de Rouffach) regrette vivement que les débats des crimes sadiques n'aient pas lieu à huis clos, la publicité orale ou écrite qui s'ensuit pouvant pousser des individus tarés ou pervers à commettre des crimes semblables, comme les classiques l'ont signalé depuis longtemps déjà.

L'auteur signale qu'à l'occasion de sa déposition dans une affaire de crime sadique, il a demandé et insisté auprès du président des assises pour obtenir l'huis clos, sans pouvoir obtenir satisfaction, et que de ce fait il dut déposer devant une salle comble.

Sur la docimasie pulmonaire histologique pour le diagnostic de la vie extra-utérine. — MM. Lande, Grall et Grinsard (de Bordeaux) insistent sur l'utilité de la docimasie histologique pour le diagnostic de la vie extra-utérine. Seule cette méthode permet de reconnaître certaines particularités lorsqu'il s'agit de poumons frais et en cas de putréfaction, la docimasie histologique est indispensable pour permettre à l'expert de formuler des conclusions inattaquables.

On a reproché à cette méthode d'exiger au minimum vingt-quatre heures, alors que les magistrats sont souvent désireux de connaître très rapidement le résultat complet de l'autopsie. Mais, avec la technique décrite par les auteurs, toutes les manipulations (fixation, déshydratation, éclaircissement, coupes) peuvent être faites dans un délai de trois à cinq heures, suivant les exigences de chaque cas considéré, et six heures au plus après l'autopsie, les préparations colorées peuvent être examinées au microscope.

Etant donné que l'on opère souvent avec des poumons profondément altérés par la décomposition cadavérique, il est difficile d'obtenir ainsi de très bonnes coupes, mais les préparations, quelque imparfaites qu'elles soient au point de vue histologique, sont suffisantes pour permettre de reconnaître si l'enfant a respiré ou non. Des reproductions photographiques donnent une idée des résultats obtenus.

Préparation et conservation des tatouages par un procédé de momification artificielle. — MM. Lande et Gourvil (de Bordeaux) utilisent le procédé de momification artificielle indiqué par Dervieux, Binet et Piédelièvre qu'ils ont modifié légèrement dans le détail. Ils terminent le traitement par un bain d'alcool à 95 degrés qui blanchit la peau que les opérations antérieures ont laissée brunâtre; il est indiqué de débarrasser tout d'abord la peau de son épiderme pour que le dessin apparaisse plus nettement. On a, comme résultat final, une peau qui n'est pas très souple, mais qui n'est pas cassante et qu'il est facile de conserver dans les collections.

R. Piédelièvre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 21 juin 1926)

Effets protecteurs des injections salines préalables dans l'anesthésie chloroformique. — MM. Ch. Richet et P. Lassablière. Le principal danger de l'anesthésie chloroformique est la syncope cardiaque. Il y a donc grand intérêt à trouver le moyen d'empêcher cette intoxication mortelle des ganglions cardiaques. L'atropine, la scopolamine et d'autres substances encore ont été employées parfois à cet effet. Mais leur usage n'est pas sans inconvénients et les résultats sont contradictoires.

Or MM. Ch. Richet et Lassablière ont vu que, si l'on fait avant l'inhalation chloroformique l'injection veineuse d'une forte solution hypertonique de chlorure de sodium, il ne se produit pas alors de syncope cardiaque, pourvu que la quantité injectée soit suffisante.

Sur le chien ils ont injecté 10 centimètres cubes par kilogramme d'animal.

Le seul inconvénient de la méthode est qu'elle oblige à donner, pour obtenir l'anesthésie une quantité de chloroforme plus grande que normalement.

C'est aux chirurgiens à décider si une résistance plus grande à l'anesthésie compense une résistance plus grande à l'intoxication cardiaque.

Influence du nickel et du cobalt sur l'action exercée par l'insuline chez le lapin. — MM. Gabriel Bertrand et M. Macheboeuf.

Vaccin antirabique formolé. — M. Edm. Plantureux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 29 juin 1926)

Retour de M. le Secrétaire général. — M. Achard, secrétaire général, revenu de sa mission en Extrême-Orient, assiste à la séance. M. le Président lui exprime les vœux de bienvenue de l'Académie. M. Achard répond en quelques mots, dit le souvenir plein de gratitude qu'il rapporte du Canada où il a reçu un accueil émouvant, lors de son passage. Dans une prochaine séance, il rendra compte de sa mission au Japon.

— M. le Président annonce la mort de sir W. B. Leishman (de Londres), le célèbre parasitologue, correspondant étranger depuis 1923. Ce fut un grand savant et un grand ami de la France.

Il annonce ensuite la mort du professeur Constantin Oddo (de Marseille), correspondant national depuis 1909. Il fait un juste éloge de ce regretté confrère.

Suite de la discussion sur l'alcoolisme. — M. Marcel Labbé donne lecture des conclusions de la Commission qui avaient été réservées jusqu'ici. Une nouvelle discussion s'élève et le texte est renvoyé à la Commission. On votera dans la prochaine séance.

Dystrophie osseuse par aplasie de la substance spongieuse du corps basilaire de l'occipital. Son retentissement sur la cavité cranio-rachidienne et sur le névraxe. Considérations anatomiques. — Mme Déjerine rapporte l'observation clinique et l'étude anatomo-pathologique d'une malade âgée de trente ans qui succomba en une vingtaine de jours à des crises de dyspnée avec angoisse et tachycardie, et dont la symptomatologie se réduisait à une hémi-parésie pharyngo-vélo-palatine gauche sans atteinte des muscles du larynx, devenue bilatérale trois jours avant la mort.

A l'autopsie, on trouve : 1° une dystrophie du corps basi-

laire de l'occipital aminci et excavé et dont la direction est presque horizontale. Une saillie marquée de la dent déterminait un rétrécissement de la portion initiale de la cavité rachidienne; 2° des modifications importantes du névraxe : une cavité hydromyélique étendue de C_3 à L_2; deux coudures de la moelle cervicale supérieure avec œdème sus-jacent du bulbe; un aplatissement des pyramides antérieures avec invagination des lobes digastriques et des amygdales dans le trou occipital; un large sillon à la face inférieure du cervelet marquant l'empreinte du pourtour occipital et du segment jugulaire des sinus latéraux; une turgescence veineuse et un effacement de la grande citerne cérébello-médullaire sans distension des ventricules latéraux, ni du IIIe ventricule, ni de l'aqueduc de Sylvius. Enfin, des fentes bulbaires sur le trajet radiculaire des nerfs mixtes, lésion purement mécanique, sans suffusions hémorragiques, sans réaction glicmateuse.

L'auteur estime que la dystrophie osseuse, qui a fixé une disposition normale à un certain stade embryonnaire, est seule cause des lésions observées, et pense qu'après une latence de trente années, sous l'influence d'états émotifs successifs, des phénomènes d'œdème intertissulaire, de blocage du liquide céphalo-rachidien et d'hypertension de la cavité hydromyélique, ont déterminé la dilacération des ailes grises du plancher du IVe ventricule et ont entraîné la symptomatologie présentée par la malade les derniers jours de sa vie et la mort.

L'auteur précise au point de vue anatomique les différentes modalités de la partie toute supérieure du canal médullaire que l'on observe chez l'adulte. Sa lumière, suivant la forme et la direction de l'apophyse basilaire, la saillie plus ou moins marquée de la dent et l'extension en hauteur de sa fossette articulaire postérieure, peut être ovalaire, circulaire ou cordiforme.

Après quelques considérations anatomiques sur les limites des cavités rachidiennes et craniennes chez le nouveau-né, l'enfant et l'adulte, sur le syndrome de Klippel-Feil et les monstres pseudencéphales, l'auteur rattache la dystrophie osseuse du corps basilaire de son cas aux dystrophies osseuses par aplasie des corps vertébraux rachidiens que la radiographie a permis de déceler sur le vivant.

Neutralisation de l'acide cyanhydrique par le glucose. — M. H. VIOLLE relate diverses expériences faites avec l'acide cyanhydrique gazeux. Alors que ce gaz tue les animaux en l'espace de quelques minutes à la dose de 2 grammes par mètre cube, d'autres sujets auxquels on a injecté ou fait ingérer préalablement du glucose peuvent supporter impunément les mêmes doses pendant plus d'une heure. Ils arrivent à neutraliser dans leur organisme l'acide cyanhydrique au fur et à mesure qu'ils l'inhalent et cette neutralisation peut se faire sur des quantités relativement énormes de toxique.

Ces expériences curieuses ont leur application directe du glucose comme antidote préventif chez les ouvriers en contact avec le gaz cyanhydrique (désinfection des navires) ou des cyanures, etc.

Le diagnostic des arthrites chroniques de la hanche par la forme du cotyle et de la tête. — M. CALOT. Par toutes ses recherches sur la pathologie de la hanche, M. Calot a été conduit à cette conclusion que tous les cas étiquetés « Arthrite sèche déformante, Rhumatisme localisé, Morbus coxæ senilis, Ostéo-chondrite ou coxa-plana », aussi que près de moitié des cas pris actuellement pour des coxalgies (enfants et adultes réunis) sont en réalité des subluxations congénitales méconnues, méconnues parce qu'elles ne se révèlent cliniquement, par des douleurs ou boiteries, qu'à cinq ans, vingt ans, soixante ans, alors qu'elles étaient restées silencieuses jusqu'à cet âge. (Evidemment sur la subluxation originelle, peuvent venir se greffer chez les sujets prédisposés des manifestations d'arthritisme.)

M. Calot apporte des signes de diagnostic tirés de la radiographie du cotyle, de la tête et du col, signes pathognomoniques qui permettront d'identifier la subluxation existante en tous les cas, soit au total 90 p. 100 des hanches pathologiques au-dessus de vingt ans et 50 p. 100 au-dessous de cet âge.

Signes tirés du cotyle : 1° la forme en demi-citron (et non plus en demi-orange), 2° un double fond, 3° un auvent osseux de 1 à 6 cent. de portée en dehors de l'alignement normal, 4° un seuil hypertrophié et débordant (ces deux derniers signes non constants).

Signes tirés des caractères de la tête qui est : 1° hypertrophiée, parfois comme le poing, 2° saillante, 3° déformée suivant un de ces types morphologiques si variés qui formaient le stock baptisé ici « coxopathies déformantes ».

Signes tirés du col qui est en antéversion, court, trapu.

Encore deux signes, la bilatéralité des lésions radiographiques, existant quatre fois sur cinq, même au cas où la deuxième hanche est silencieuse cliniquement, et les irrégularités de teinte ou densité de la tête et du col avec parfois des vacuoles ou lacunes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 5 AU 10 JUILLET 1926)

THESES

Lundi 5 juillet. — Jury : MM. Roger, président; M. Labbé, Lemierre et Lemaître. — M. CANTIN. Etude de la spirillose non syphilitique. — M. JACQUEMARD. Méningites lymphocytaires curables. — M. TEROFIK SALIT. Etude de la spirochétose spontanée du lapin. — M. LUCHETTI. La syncope adrénalino-chloroformique. — M. CORBIN. Œufs et intoxications alimentaires. — Mlle KOUINDJY (E.). Recherches sur l'enseignement de l'hygiène alimentaire. — M. QUÉMAR. Intoxication saturnine par l'eau d'alimentation à la campagne. — M. DREYFUS (J.). Etude sur l'intoxication bismuthique chez les syphilitiques. — M. JOSSO (Alain). Etude du botulisme.

Mardi 6 juillet. — Jury : MM. Marfan, président; Nobécourt, Sicard et Rathery. — M. BERNHEIM. Les infections des voies urinaires du nourrisson. — M. MÉGRET (L.). Elevage des enfants débiles à l'hospice des Enfants-Assistés. — M. WIDLOCHER. Etude des formes cliniques de l'hérédo-syphilis. — M. FORGEOIS. La broncho-pneumonie tuberculeuse du nourrisson. — M. BEAUFILS. Traitement des broncho-pneumonies. — M. BRUNLT (A.). Anévrismes du ventricule gauche. — Mlle COMIGNAN. Etiologie de la chorée de Sydenham. — M. CHIRCOULESCO (D.). La fragilité osseuse chez l'enfant. — M. CARNIOL (S.). Paralysies postsérothérapiques. — M. CORCKET. Etude sur le traitement de la sciatique. — M. ENAUD (Y.). L'héliothérapie en Cerdagne. — M. BARON (C.). Etude du rhumatisme cérébral.

Jury : MM. Bezançon, président; Jeanselme, Roussy et Fiessinger. — M. GOGUEL. La capacité vitale des tuberculeux. — M. BEAU (H.). Résistance à l'action des rayons X et des rayons du radium. — Mlle HUGUET. Des épanchements controlatéraux au cours du pneumothorax artificiel. — M. DUCHON. Broncho-pneumonies infantiles et leur traitement. — M. BRANDENBURG. Du certificat d'aptitude au mariage. — M. BACHELIN. Cryothérapie en dermatologie. — M. NORZA (P.). Contribution à l'étude des anémies. — M. CANAL. Le vaccin antistrophobacillaire. — M. PETIT (M.). Etude sur la syphilis en France et à l'étranger. — M. ROHRLICH (H.). Les ruptures de l'aorte.

Jury : MM. Brindeau, président; Cunéo, J.-L. Faure et Lecène. — M. LAVIALLE. Traitement local des métrites. — M. LORENZI (A.). Etude de l'invagination intestinale chez le nourrisson. — M. VALEILLE. Recherches sur la médication ergotée. — M. MAHMOUD EL MATERI. Etude de la souffrance du fœtus au cours du travail. — Mlle POULAIN. Etude statistique de la présentation du siège. — M. LÉVY (A.). Traitement des rétrécissements du rectum par la diathermie. — M. POPOVITCH (S.). Des troubles dans la trophicité du squelette après castration chez la femme. — M. VIENNE. Etude des tumeurs du ligament rond. — M. FROMONT (M.). Des kystes corono-dentaires. — M. PAPAGEORGES (C.). De l'épiphysite métatarsienne. — M. AUVRAY (J.). Ostéomyélite de la colonne vertébrale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 : 65 fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 2 juillet. — MM. Monod, 16; Charrier, 14; Bloch (René), 17.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 1er juillet. — Question donnée : « Extirpation du sac lacrymal. »

MM. Hartmann, 19; Lagrange, 18; Prélat, 20; Cousin, 18.

Consultation écrite. — Séance du 1er juillet. — MM. Cousin, 29; Prélat, Hartmann et Lagrange, 30.

Candidat reçu : M. Prélat.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Après concours, M. Fouillouze a été nommé pharmacien des hôpitaux.

— ORLÉANS. — Un concours pour trois places d'internes titulaires des hôpitaux d'Orléans, a eu lieu le 28 juin dernier, sous la présidence de M. le docteur Georges Petit, administrateur desdits hôpitaux, assisté de MM. les docteurs Derouet, Molveaux et Mercier.

Les questions déposées ont été les suivantes : « Creux axillaire. — Artère fémorale et ses branches. — Uretère chez l'homme et chez la femme. »

Celle sortie a été : « Creux axillaire. »

Ont été nommés internes titulaires : MM. Faucher, avec 44 points; Lioret, 39; Julien, 34; Prieur, 32.

— MUSTAPHA-ALGER. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. P. Lombard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — En date du 1er juillet 1926, la chaire de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante. (*J. O.*, 2 juillet 1926.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Le concours pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques s'est terminé par la présentation de M. Suard, pharmacien de 1re classe.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — La chaire de chimie (PCN) est transformée en chaire de zoologie (PCN).

M. Perrier (Rémy) professeur sans chaire est nommé professeur de zoologie (PCN).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Il est institué à Caen un dispensaire public d'hygiène et de préservation antituberculeuse qui portera le nom d'office public d'hygiène sociale du Calvados.

— Le *Journal officiel* du 4 juillet 1926 publie un décret déclarant d'utilité publique la source d'eau minérale naturelle autorisée sous le nom de source Cachat, à Evian, et lui fixant un périmètre de protection.

GUERRE. — M. le médecin général Gastinel, directeur central du Service de santé au ministère de la Marine, est nommé membre du Conseil supérieur de surveillance des eaux destinées à l'alimentation de l'armée.

— SERVICE DE SANTÉ. — Sont promus dans la réserve :

Au grade de médecin inspecteur général. — M. le médecin inspecteur Cultin, de la section de réserve.

Au grade de médecin inspecteur. — M. le médecin principal de 1re classe en retraite Hirtz.

— M. le médecin inspecteur Teissier, directeur du Service de santé de la 17e région, a été placé, à dater du 2 juillet 1926, dans la 2e section (réserve) du corps de santé militaire.

— Est promu :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. le médecin-major de 1re classe Paloque, admis à la retraite.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Le *Journal officiel* du 4 juillet 1926 publie un décret réglementant pour les colonies l'organisation, le contrôle et les tarifs des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dus aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions.

COMMISSION SUPÉRIEURE D'HYGIÈNE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE MILITAIRE. — Un décret en date du 15 juin dispose que la Commission se compose de 23 membres dont 4 membres de droit : le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Hygiène, le directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, le directeur de l'intendance au ministère de la Guerre, le directeur du Service de santé au ministère de la Marine.

Et de 19 membres nommés par le ministre, savoir : 1 sénateur, 1 député, 9 médecins civils faisant partie de l'Académie de médecine, 7 médecins inspecteurs généraux ou médecins inspecteurs, 1 général de l'arme du génie. (*J. O.*, 30 juin 1926.)

LE CENTENAIRE DE LAENNEC. — L'Académie de médecine a pris l'initiative de commémorer cette année le centième anniversaire de la mort de Laënnec et de la publication de la seconde édition de son magistral ouvrage, *le Traité d'auscultation.*

A cet effet, un Comité a été créé en vue de l'organisation de cette cérémonie qui aura lieu à Paris les 13, 14 et 15 décembre 1926.

Le bureau de ce Comité est constitué comme suit : le professeur Chauffard, président; professeurs Achard, Calmette, Letulle et Roger, vice-présidents; professeur Roussy, secrétaire général; professeur agrégé Laignel-Lavastine, secrétaire général adjoint, et M. P. Masson, trésorier.

Déjà un grand nombre de savants étrangers ont accepté de faire partie du Comité de patronage et ont promis d'assister à ce centenaire. L'hommage qui sera rendu à la mémoire de Laënnec ne saurait laisser indifférent non seulement aucun médecin, mais encore aucune personne s'intéressant aux progrès de la médecine.

Le Comité d'organisation recevra avec reconnaissance les dons qui lui seraient envoyés à l'adresse de son trésorier, M. Masson : 120 boulevard Saint-Germain, Paris 6e, pour célébrer dignement ce mémorable anniversaire.

Le programme détaillé sera publié prochainement.

— Pour honorer la mémoire de Laënnec, diverses cérémonies auront également lieu en Bretagne le jour anniversaire de sa mort à Ploaré où il est décédé.

Le Comité breton qui s'est constitué pour régler ces cérémonies nous prie d'en faire connaître le programme.

Programme des fêtes bretonnes, qui auront lieu à Ploaré, près Douarnenez (Finistère) le 12 août 1926 sous la présidence d'honneur de M. le préfet du Finistère et de Mgr l'évêque de Quimper.

A 10 heures : Grande cérémonie en l'église de Ploaré, la paroisse de Laënnec, avec allocution de Mgr Duparc.

A 11 heures : Cortège officiel au cimetière; discours du docteur Mével (de Douarnenez); discours en breton de M. Poulhazau, avocat; discours de M. le professeur Chauffard, président du Comité parisien du centenaire de Laënnec.

A 12 h. 1/2 : Banquet par souscription présidé par M. Deléclùse, président du Comité Laënnec à Ploaré.

La cotisation de 20 francs sera envoyé au moins dix jours à l'avance à M. le maire de Ploaré, par Douarnenez (Finistère).

L'après-midi, visite du Manoir de Kerlouarnec, ou Laënnec mourut le 13 août 1826. Discours du propriétaire actuel, M. du Frelay, maire et conseiller général.

Un train le matin partant de Quimper à 8 heures arrive à 9 heures à Douarnenez ; le soir, le train quitte Douarnenez à 18 heures pour la correspondance à Paris, à 19 heures, à Quimper.

Les personnes qui désirent coucher, soit à Quimper, soit à Douarnenez, feront bien de retenir leur chambre dans les hôtels avant le 1er août.

FÉDÉRATION MÉDICALE THERMALE ET CLIMATIQUE PYRÉNÉENNE. — La Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne a tenu son assemblée générale plénière de printemps à Ax-les-Thermes, le dimanche 6 juin 1925, sous la présidence de son président le docteur Gandy (de Bagnères-de-Bigorre), assisté de M. Ménard (de La Malou), vice-président de l'Association; de M. Goudard (de Pau), secrétaire général; de M. Gomma, maire d'Aix-les-Thermes; de M. Courrent, trésorier de la section orientale.

M. Meillon (de Cauterets) a rendu compte de ce qui a été fait depuis la dernière session sous le rapport de la publicité en commun. M. Gardette, secrétaire général de la Fédération thermale et climatique française, a entretenu l'assemblée de la création des comités techniques de cure dans les stations thermales et climatiques. Il a très heureusement précisé ensuite le rôle de ces comités et le programme de la Fédération thermale et climatique française.

Sur la proposition de M. Molinéry (de Luchon), un vœu a été émis en faveur de la création de campings thermaux dans les stations thermales. Une Commission a été nommée pour étudier cette importante question qui sera soumise à la prochaine assemblée générale de la Fédération pyrénéenne.

Cette assemblée générale, qui se tiendra à Pau au mois de novembre prochain, s'occupera également de la question des tuberculeux dans les stations de cure, des vœux à émettre pour l'amélioration des horaires de chemins de fer et de la publication d'un vade-mecum destiné à faire connaître les indications des stations thermales et climatiques pyrénéennes.

UNE STATION D'ALTITUDE POUR ENFANTS. — Le « Touring Club de France » vient de citer en exemple, dans le dernier numéro de sa Revue, la municipalité de Villard-de-Lans (Isère) qui a su prendre toutes les mesures utiles pour y éviter le séjour des tuberculeux sur son territoire. Il sera, en particulier, exigé un certificat de non-contagion pour tous ceux dont le séjour excédera un mois.

Les conditions matérielles du fonctionnement de cette station ne permettaient pas, en effet, d'y prendre, avec efficacité, les mesures d'hygiène et de désinfection qui sont indispensables dans les localités où sont envoyés des contagieux.

Cette station, à 1.040 mètres d'altitude, tout en restant le centre incomparable de tourisme qu'elle est naturellement, vient d'organiser ses nombreux hôtels et villas en vue du séjour des enfants délicats ou convalescents pour lesquels son climat est depuis longtemps reconnu comme des plus propices.

Elle sera spécialement aménagée pour les recevoir en hiver.

Ces dispositions ne peuvent manquer d'intéresser le Corps médical, car elles comblent une véritable lacune. Nous n'avions, en effet, jusqu'à ce jour, pour enfants, aucune station hivernale d'altitude française spécialement organisée pour eux et de laquelle les tuberculeux soient rigoureusement exclus. (Communiqué par l'Association de la Presse médicale française.)

ÉTABLISSEMENT THERMAL D'ENGHIEN-LES-BAINS. — L'ouverture de la saison est fixée au lundi 19 juillet 1926. Comme chaque année, la direction de l'Etablissement met gracieusement ses services à la disposition des médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).

LES ACCIDENTS DE LA PUBERTÉ

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital de la Charité.

Heureuse période que celle de l'adolescence! « C'est à cet âge, dit un vieux maître (1), que Chérubin donne son cœur à toutes les femmes et pose des baisers sur toutes les lèvres; c'est à cet âge aussi que Ninon et Ninette mêlent leurs soupirs à ceux de la brise, et rêvent au cavalier idéal dont les éperons d'argent brillent dans la rosée ». Heureuse période, mais aussi combien dangereuse! N'est-ce pas celle où, par suite des profondes transformations qui s'opèrent dans l'organisme, la santé est le plus fragile?

Chez les JEUNES GARÇONS, les accidents se bornent, d'habitude, à quelques palpitations, à des troubles digestifs légers, à une certaine nervosité avec inappétence pour le travail.

Il n'en va pas de même chez les JEUNES FILLES, où ils sont toujours beaucoup plus accusés. Renvoyant, pour leur étude complète, aux remarquables publications de M. P. Dalché, nous voudrions signaler les principaux.

LES TROUBLES MENSTRUELS. — Ne confondons pas, dit justement M. Dalché, le mot *puberté* avec l'expression *éruption des premières règles*! La puberté met plusieurs années à se compléter : elle dure donc infiniment plus qu'une période menstruelle. N'empêche que la première menstruation se passe rarement sans quelques troubles (2) :

1° Chez les tarées, et, surtout, chez les hypothyroïdiennes, elle est souvent *tardive;*

2° Elle est parfois l'occasion d'*hémorragies génitales pathologiques*, que les règles soient trop abondantes (*ménorragie*) ou que les pertes de sang surviennent en dehors de toute période menstruelle (*métrorragie*);

3° Elle peut se compliquer de *métrite* (métrite des vierges);

4° Y a-t-il *déviation utérine*, alors les métrites sont fréquentes;

5° Il est exceptionnel que, chez la jeune fille, ne survienne pas de la *leucorrhée*, que les spécialistes définissent « un flux pathologique produit par l'augmentation et l'altération des sécrétions normales de l'appareil génital ». Cette leucorrhée peut précéder de loin les premières règles, soit encadrer la période menstruelle : elle est particulièrement fréquente chez les fillettes débilitées;

6° Il y a *aménorrhée* lorsque les règles ne sont jamais venues ou lorsqu'elles manquent un ou plusieurs mois, lorsqu'elles étaient déjà régulièrement apparues;

7° Dans la *dysménorrhée*, souvent associée à l'aménorrhée, les règles sont difficiles et douloureuses : c'est le plus fréquent des troubles menstruels observés chez la jeune fille.

Des TROUBLES RESPIRATOIRES liés aux premières menstruations, les uns sont simplement déplaisants : rougeur et turgescence des muqueuses respiratoires, produisant des *éternuements*, du *coryza* à répétition, une toux sèche incessante; d'autres sont déjà plus sérieux : telles les crises d'*asthme*; d'autres, enfin, prennent, d'emblée, une gravité excessive. Telle cette *tuberculose pulmonaire des grandes fillettes* que connaissent bien tous les médecins d'enfants et qui, malgré tous les soins, brûle les étapes pour aboutir en quelques mois à la mort.

TROUBLES CIRCULATOIRES. — Les plus importants sont : l'*accélération du pouls*, les *palpitations*, la *chlorose*, — parfois ménorragique — (Trousseau), le *refroidissement et l'aspect violacé des extrémités.*

Les TROUBLES GÉNITO-URINAIRES : *rein flottant, albuminurie intermittente.*

Non moins fréquents, les TROUBLES DIGESTIFS : *angines à répétition* (dites *cataméniales*), sensation de brûlure (*pyrosis*) à l'estomac, *constipation, poussées appendiculaires* survenant à l'occasion de la menstruation, *entéro-colite.*

Tout le monde sait la fréquence, lors des premières périodes menstruelles, des DÉTERMINATIONS CUTANÉES : *bouffées congestives de la face*, apparition de *nævi* (grains de beauté), *séborrhée*, avec sa complication inévitable, l'*acné*; *prurit.*

Non moins curieux, les TROUBLES NERVEUX : *maux de tête, névralgies lombaires, nervosité, goitre exophtalmique,* quelquefois aliénation mentale (*démence précoce*)!

N'oublions pas, non plus, les MANIFESTATIONS OSSEUSES : déformation des genoux (*genus valgum*), des pieds (*pieds plats*), et, surtout, de la colonne vertébrale (*scoliose*).

Tels sont, en quelques lignes, les accidents de la puberté. Leur origne a été très discutée. Il est hors de doute, cependant, qu'il s'agit d'une *maladie générale*, d'une *dystrophie propre aux adolescents* (V. Hutinel). Cette dystrophie, quelles sont ses causes? Et comment agissent-elles?

Pour éclaircir les idées, prenons un exemple et occupons-nous des troubles menstruels. Ils peuvent reconnaître trois sortes de causes :

1° *Anatomiques* : malformations de l'ovaire, des trompes, de l'utérus ou du vagin;

2° *Inflammatoires* : métrites, annexites, etc;

3° *Générales* : neuro-arthritisme (A. Siredey, Richelot) lymphatisme (Doléris), tuberculose, hérédosyphilis, etc.

Comment agissent-elles? D'une manière qui se conçoit d'elle-même pour les deux premières. Quant aux dernières, leur mécanisme est plus complexe, puisqu'il met en jeu les *glandes endocrines*, et, surtout, l'*ovaire.*

Comment éviter, ou réduire au minimum, ces divers troubles? En veillant, avec un soin particulier, à l'*hygiène physique et morale* des fillettes à cette époque critique entre toutes. Assurez-leur, autant que possible, de bonnes conditions d'*habitation,* une *alimentation* tonique et généreuse. Qu'elles s'adonnent sans excès aux *exercices physiques*! Qu'elles usent à propos de l'*hydrothérapie*! Faites-leur la guerre à propos de leurs *attitudes vicieuses*, comme déjà le recommandait Mme de Maintenon aux dames de Saint-Cyr. Et, surtout, que leur *instruction* et leur *éducation* soient bien dirigées! Pas de conversations portant sur des sujets brûlants, mais aussi

---

(1) CADET DE GASSICOURT, *Traité clinique des maladies de l'enfance*, Paris, 1887, in-8, 2e édition, t. I, p. 20.

(2) Nous suivons pas à pas la description de M. P. DALCHÉ. (*La puberté chez la femme*, Paris, Rueff, 1906.)

pas de fausse pruderie ! Pas de surmenage intellectuel ! Pas de « forçage » ! Rappelez-vous, avec Lamartine, que l'esprit a sa puberté comme le corps !

SIGNE D'ARGYLL-ROBERTSON
ET NÉVRAXITE ÉPIDÉMIQUE CHRONIQUE

Par Paul MÉRIEL,
Interne des hôpitaux de Toulouse.

Depuis la découverte en 1869 de ce signe par Argyll-Robertson, de nombreux travaux sont venus en montrer l'importance pour le diagnostic de la syphilis nerveuse. Nous rappellerons pour mémoire ceux de Babinski et Charpentier, en 1901, pour lesquels ce symptôme est presque pathognomonique de lésion syphilitique du névraxe ; ceux de Grasset, en 1905, qui dit que la présence de ce signe suffit à affirmer une spécificité antérieure. Cependant, depuis cette époque, on a commencé à publier quelques cas où ce symptôme dûment constaté n'était pas en rapport avec une syphilis nerveuse. Guillain, Rochon-Duvigneaud et Troisier, en 1909, ont présenté deux cas de lésions du pédoncule cérébral avec signe d'Argyll. Dans un cas la lésion était d'origine traumatique, dans l'autre c'était une hémorragie. Euzières et Margarot, Mme Déjerine et Regnard, Magitot et Bollack, Velter, Vincent ont aussi apporté des cas de lésions traumatiques du pédoncule avec signe d'Argyll, sans cependant qu'il y eût syphilis.

Lorsque l'encéphalite fit son apparition, nombre d'auteurs signalèrent des modifications des réactions pupillaires. Parmi ceux-ci nous notons Lortat-Jacob, de Verbizier, Grage, N. Sarbo, Cords, Demole, Waardenburg, Godflam, Bonhœffler, Hudovernig qui ont remarqué, soit une paralysie de l'accommodation à la distance, soit une rigidité pupillaire complète. Achard, dans sa très importante monographie, considère que le signe d'Argyll-Robertson est très rare alors que l'Argyll inversé est beaucoup plus fréquent. C'est aussi l'opinion de Mlle G. Lévy dans sa thèse. Wimmer, qui a eu l'occasion d'observer un très grand nombre de cas de névraxites épidémiques, n'a jamais vu le signe d'Argyll, par contre il a constaté assez souvent une rigidité complète de la pupille.

Krabbe a publié, en 1925, trois cas où chez des encéphalitiques non syphilitiques il a observé le signe d'Argyll.

Comme on le voit par ce rapide historique, la constatation de ce signe en dehors de la syphilis du névraxe, en particulier dans l'encéphalite épidémique, est assez rare; c'est ce qui nous a amené à publier un cas très net que nous avons examiné.

Observation. — Malade, âgé de trente-trois ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Maurice, en janvier 1926. Antécédents personnels sans caractéristiques. Lors de son service militaire en Rhénanie, en 1920, il contracte une encéphalite épidémique. Celle-ci a débuté par de la céphalée et un léger syndrome infectieux. Puis, au bout de quatre jours, le malade s'est endormi au restaurant. Il reste une quinzaine de jours dans cette léthargie, n'ayant aucune notion de ce qui se passe autour de lui. Puis, peu à peu, il voit son état s'améliorer et pendant encore un an il a des somnolences de deux heures de durée après chaque repas. Brusquement, sans apparition de fièvre ou de céphalée, il présente de la diplopie et s'aperçoit qu'il traîne les pieds en marchant.

Libéré de son service militaire, il rentre chez lui reprendre sa profession de tailleur d'habits, profession qu'il doit abandonner en raison de sa diplopie et de la lenteur des mouvements de ses bras et de ses mains. Il éprouvait, en effet, les plus grandes difficultés à saisir un objet petit, tel qu'aiguille posée sur une table.

En 1923, le malade est vu par le professeur Cestan qui confirme le diagnostic d'encéphalite, fait pratiquer une réaction de Wassermann qui est négative.

Le malade se présente à nous, légèrement penché en avant, avec par instants quelques phénomènes de rétropulsion. Lorsqu'il est assis, les membres et le tronc sont immobiles et ne font aucun de ces mouvements légers qu'on observe chez un individu normal.

Le facies est immobile; la mastication lente. La parole est de même lente, quand il parle un peu longuement il bredouille et est obligé de s'arrêter.

Les mouvements volontaires sont lents, surtout aux membres supérieurs. L'écriture est correcte, mais lente, avec des arrêts, et le malade est obligé de relancer sa main droite à l'aide de sa main gauche. La répétition d'un mouvement montre les caractères suivants : d'abord d'amplitude normale, celle-ci ne tarde pas à diminuer pour aboutir à un véritable arrêt. Si on saisit le membre et qu'on lui fasse exécuter passivement le mouvement, le malade peut alors volontairement continuer son mouvement jusqu'à un nouvel arrêt. Lorsque le malade mange il lui arrive parfois de ne plus pouvoir sortir sa fourchette de la bouche, et ce n'est qu'au bout d'un instant qu'il peut y arriver. La démarche est normale, pas de kinésie paradoxale.

L'exploration de la motilité passive montre l'absence complète d'hypertonie. Par contre, il y a une légère tendance à la catalepsie. La motilité automatique est intacte. Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux. Les réflexes de posture sont légèrement exagérés. Le malade présente encore un tremblement qui n'apparaît qu'à l'occasion d'un effort ou d'une action quelconque. Lorsque la main est appuyée, ce tremblement disparaît.

Au point de vue psychique, pas de troubles du caractère mais légère bradypsychie.

En résumé, ce malade présente un syndrome bradykinétique analogue à celui qu'a décrit l'Ecole bordelaise, ou encore le syndrome akinétique de Mlle Lévy.

L'examen oculaire montre l'absence de paralysie de la musculature extrinsèque du globe. Pas de paralysie de fonction. L'accommodation à la distance se fait très bien, par contre le réflexe photo-moteur est aboli au niveau des deux pupilles. Il n'y a pas d'inégalité pupillaire.

L'examen du sang a montré une réaction de Wassermann négative. L'examen du liquide céphalo-rachidien n'a pas décelé la trace de syphilis nerveuse : cytose, 2 lymphocytes; albumine, 0g40; réaction de Wassermann négative; benjoin colloïdal, 0000.

Ce qui nous a amené à publier cette observation ce n'est pas tant la rareté du cas, mais plutôt l'intérêt qu'elle présente pour la discussion de la pathogénie du signe d'Argyll.

Pour certains auteurs, comme Déjerine, Lévy-Valensi, la lésion se trouverait au niveau du pédoncule cérébral au voisinage des noyaux de la IIIe paire. Pour Marina, Dupuy-Dutemps, la lésion serait périphérique et siégerait au niveau du ganglion ophtalmique. Certes l'existence du signe d'Argyll dans l'encéphalite serait plutôt en faveur d'une lésion pédonculaire puisque c'est dans cette zone que les lésions ont leur lieu d'élection. Cependant les travaux de Bériel nous ont montré que le virus de l'encéphalite pouvait atteindre les nerfs périphériques, et nous savons que Guido Sala a trouvé des lésions du ganglion cilaire. Mais une hypothèse semble concilier tous les auteurs, c'est celle de Duverger et Redslob. D'après ceux-ci le signe d'Argyll semble n'être qu'une paralysie incomplète de l'iris au cours de laquelle le réflexe photomoteur, le plus fragile, disparaîtra le premier tandis

que persistera le réflexe d'accommodation. Ce n'est que peu à peu que ce dernier disparaîtra. Le signe d'Argyll est donc le premier degré de paralysie de l'iris. Cette théorie permet d'expliquer la constatation de ce signe dans les iritis, les glaucomes, dans les lésions traumatiques ayant intéressé le ganglion ophtalmique, dans les lésions de ce ganglion au cours de la syphilis, dans les lésions centrales des pédoncules cérébraux, tubercules quadrijumeaux, tumeurs cérébrales.

En résumé, on peut dire que le signe d'Argyll-Robertson conserve toute sa valeur, et sa constatation doit dans la majorité des cas faire soupçonner l'atteinte syphilitique du névraxe. Cependant, en présence d'une spécificité qui ne fait pas sa preuve, il faut penser qu'il est d'autres affections, traumatismes ou névraxite épidémique, qui peuvent donner un signe d'Argyll qu'il serait erroné de considérer comme un stigmate infaillible de neuro-syphilis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 JUIN 1926)

Paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial avec anesthésie tronculaire d'origine traumatique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et VALENCE présentent un mécanicien qui a reçu en avril 1926 un coup d'hélice d'avion sur la face antérieure de l'avant-bras droit. L'étude de ce blessé leur a permis de distinguer des lésions par contusion directe (anesthésie tronculaire du musculo-cutané et du brachial cutané interne, légère contusion du médian) et des lésions par arrachement déterminées par l'extension forcée du bras en arrière (paralysie radiculaire, type Duchenne-Erb avec de gros troubles sympathiques).

Le pigment épidermique, la pénétration des rayons ultraviolets et le mécanisme de protection de l'organisme vis-à-vis de ces radiations. — M. A.-C. GUILLAUME. Contrairement à l'opinion admise à la suite de travaux de Finsen, il résulte des expériences de l'auteur que le pigment mélanique n'intervient pas sans le mécanisme de protection de l'organisme contre les radiations ultraviolettes; cette protection est assurée, en fait, par la couche cornée de l'épiderme et son épaississement sous l'influence de causes physiologiques ou pathologiques.

Traitement de l'angine de poitrine par le gardénal. — M. A. SÉZARY rappelle que, comme il l'a indiqué antérieurement, le gardénal, à la dose de 10 à 30 centigrammes par jour, peut atténuer et faire disparaître les crises intenses et répétées d'angine de poitrine. Aux quatre observations qu'il a déjà publiées, il ajoute un nouveau cas des plus démonstratifs où les accès qui se répétaient plusieurs fois par jour et devenaient subintrants, ont disparu sous l'action du gardénal.

Un cas de tétanos guéri après sérothérapie antitétanique intrarachidienne et chloroformisation. — M. A. RAVINA à propos de la communication de M. Dufour, lors de la précédente séance, rapporte l'observation d'un homme de vingt-six ans, atteint d'un tétanos grave et traité par la sérothérapie intrarachidienne sous chloroformisations répétées. Chaque anesthésie fut suivie d'une amélioration manifeste. Le malade guérit en quinze jours.

Un cas d'asthme d'origine émotive : émotion et choc hémoclasique. — MM. René BÉNARD et Ed. JOLTRAIN rapportent le cas d'une malade qui fit il y a dix-huit ans, à la suite d'une émotion violente, une poussée d'urticaire géante et bientôt après une crise d'asthme violente. Depuis cette époque, l'asthme s'est installé définitivement chez cette malade, qui présente en même temps un syndrome basedowien. Ayant déterminé chez elle une violente frayeur, ils ont pu suivre tous les accidents d'une crise hémoclasique typique avec variation leucocytaire, modification de la pression artérielle, de la température, de la coagulation du saug, du réflexe oculo-cardiaque. Une heure après apparaissait une violente crise d'asthme.

Dysostose crânio-faciale familiale. — M. Robert DEBRÉ et Mlle PETOT présentent cinq observations de sujets atteints de dysostose crânio-faciale décrit pour la première fois par M. Crouzon. Ces sujets appartenant à une même famille où ces malformations furent retrouvées dix fois en trois générations. Ils ont les malformations habituelles et fixes de cette affection : 1° des malformations osseuses : brachycéphalie, bosse cranienne, atrésie du maxillaire supérieur et déformations des os nasaux; 2° troubles oculaires : exophtalmie avec strabisme. Ils souffrent presque tous de céphalée et trois de ces malades présentent des troubles de la vision ayant abouti à la cécité d'un œil ou à la cécité complète; ces déformations sont remarquées dans les premiers jours de la vie, la mère reconnaît dès la naissance parmi ses enfants ceux qui seront atteints de cette affection à cause des lésions oculaires.

Deux cas d'angiomatose héréditaire familiale. — M. P.-Emile WEIL rapporte deux cas d'angiomatose hémorragique héréditaire, appartenant à deux familles différentes, dont de nombreux membres présentaient cette curieuse affection : apparition tardive (après trente ans dans les cas présents) de nombreux petits angiômes plans ou saillants à la face (nez, menton, joues, oreilles) et de télangiectasies. La muqueuse de la langue et des cavités nasales étaient également porteuses de ces lésions.

Dans ces deux cas, l'auteur a trouvé des lésions du sang analogues à celles qu'on dépiste chez les hépatiques : coagulation retardée en quinze et trente-cinq minutes, caillot irrétractile dans un cas, émiettement du caillot dans l'autre, sérum hypercholémique; mais les temps de saignement étaient normaux.

Cette maladie familiale porte donc à la fois sur le sang et les capillaires et se montre sur un terrain hépatique.

Maladie de Basedow, myxœdème, puis sclérodermie généralisée avec état sclérodermique du voile du palais. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, P. HILLEMAND et B. CHOMEREAU-LAMOTTE rapportent l'histoire clinique d'une femme aiteinte de sclérodermie généralisée qu'ils ont pu suivre pendant cinq ans. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est au point de vue clinique, l'atteinte du voile du palais par le processus sclérodermique déterminant du nasonnement de la voix et du reflux des liquides par le nez; c'est d'autre part, du point de vue pathogénique l'existence de syndromes endocriniens à l'origine de cette sclérodermie : d'abord insuffisance ovarienne et insuffisance mammaire, puis syndrome de Basedow auquel succéda un myxœdème.

Note sur l'action thérapeutique de la sanocrysine dans la tuberculose pulmonaire. — MM. BURNAND et GILBERT n'ont constaté aucune amélioration des lésions tuberculeuses.

MM. SERGENT et RIST partagent la même opinion.

Deux cas de méningite cérébro-spinale traitée par l'auto-vaccinothérapie après échec de la sérothérapie. — MM. COURTOIS-SUFFIT et GARNIER rapportent deux cas dans lesquels malgré une sérothérapie intense, la maladie continue à évoluer. On pratiqua l'auto-vaccinothérapie qui dans ces cas amène la guérison. (Ce mémoire sera publié dans la *Gazette des Hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 JUIN 1926)

Plaies du cœur. — M. LENORMANT fait un rapport sur deux intéressantes observations de plaies du cœur adressées par M. Pierre Brocq.

Dans le premier cas il s'agit d'une plaie par coup de couteau, opérée quatre heures après. La malade est pâle, exsangue, avec le pouls faible et fréquent. La plaie cutanée siège dans

le quatrième espace intercostal. Opération : résection costale, résection d'une partie du sternum, large voie d'accès; la plèvre est ouverte. Le péricarde est plein de sang. Evacuation des caillots. La plaie cardiaque est sur la partie antérieure du ventricule gauche. Cette plaie est suturée. Au cours de l'opération, le cœur cesse de battre, M. Brocq fait aussitôt une injection intracardiaque d'adrénaline et le massage du cœur qui bat de nouveau. Suites simples, guérison.

Le second cas fut moins heureux. Il s'agit d'une plaie par balle de revolver. Orifice d'entrée dans le cinquième espace intercostal gauche, affaiblissement du pouls, pâleur de la face, opération d'urgence. Même intervention que dans le cas précédent, orifice d'entrée de la balle dans le ventricule gauche, orifice de sortie à la face postérieure. Suture des deux plaies. Menace de syncope au cours de l'opération. Injection intracardiaque d'adrénaline. Le cœur se remet à battre, fermeture de la plaie. La malade reste cyanosée et meurt d'embolie sept jours après. A l'autopsie on constate que les sutures ont bien tenu, on trouve la balle dans le poumon gauche.

M. Lenormant fait ressortir l'intérêt de ces deux observations et félicite M. Brocq de la technique qu'il a choisie et de s'être donné un grand jour grâce à la résection du bord gauche du sternum. Cette voie d'accès donne un jour considérable et doit être préférée au grand volet costal qu'on préconisait autrefois.

Fibrome utérin, torsion utérine. — M. Auvray fait un rapport sur une observation adressée par M. Robert Didier.

Tumeur bucco-pharyngienne. — M. Gernez fait un rapport sur une observation, adressée par MM. Marcel Lheureux et Jean Piquet (de Lille), relative à un soldat de vingt-deux ans qui présentait une tumeur bucco-pharyngienne assez volumineuse. Une injection de lipiodol permit d'en bien limiter les contours. Ablation. Réunion de la collerette de muqueuse qui l'enveloppait. Examen histologique par M. Courty (de Lille) qui montra qu'il s'agissait d'un véritable ganglion lymphatique.

Corps étrangers dans le tube digestif chez les enfants. — M. Mouchet fait un rapport sur deux observations communiquées par M. Lasserre : Un enfant de cinq mois avale une broche ouverte dont on suit le trajet dans le tube digestif à la radioscopie et la rend ouverte cinq jours après par le rectum. Aucun accident. Un enfant de deux ans avale une épingle à ressort ouverte et l'expulse de même ouverte par les voies naturelles, sans avoir présenté aucun accident.

Traitement chirurgical de l'asthme. — M. Leriche, poursuivant, en collaboration avec M. Fontaine (de Strasbourg), ses recherches sur la chirurgie du sympathique, a tenté de porter son action sur le pneumogastrique dans le but de guérir l'asthme. Il rappelle les recherches de Jonnesco, de Kummel et de Kappis, et fait un historique très complet de la question.

M. Leriche a tenté la résection du ganglion étoilé chez des asthmatiques, anesthésiés localement par la cocaïne. Dans un premier cas, chez une malade qui était atteinte de crises continuelles depuis des années, le soir même de l'opération les crises ont cessé, quinze mois après la guérison se maintenait.

Dans un second cas, il s'agissait d'une basedowienne, atteinte également de crises d'asthme. Celui-ci a disparu après l'opération et ses troubles basedowiens se sont graduellement atténués. Neuf mois après l'opération, plus de crises d'asthme, le pouls qui était à 125 est tombé à 85, l'exophtalmie avait beaucoup diminué. Les guérisons obtenues ont donc été durables.

Les observations de M. Leriche sont des plus intéressantes et des plus encourageantes. Elles méritent la plus grande attention. Ce serait là une nouvelle conquête de la chirurgie sur la médecine si peu secourable aux malheureux asthmatiques.

Traitement des fractures ouvertes. — M. Dujarier ne pouvait laisser sans réponse la sévère critique de M. Lenormant relative à l'ostéosynthèse. M. Dujarier, fidèle à ses principes, compte soutenir la thèse opposée à celle de son collègue et il apporte 48 cas de fractures compliquées dans lesquels il a eu recours à l'ostéosynthèse immédiate. Sur ces 48 cas il y a eu 5 morts, 3 malades n'ont pu être suivis, restent donc 40 malades dont M. Dujarier rapporte les observations et, il arrive aux conclusions suivantes : 70 p. 100 de guérisons, 16 p. 100 de complications, 2 p. 100 d'amputations. Il fait connaître les causes des 5 morts. Pour M. Dujarier, l'ostéosynthèse immédiate constituerait une troisième étape dans le traitement des fractures ouvertes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 JUIN 1926)

Chronaxie du nerf splénique et vitesse de l'influx dans ce nerf. — M. et Mme Chauchard, utilisant la méthode pléthysmographique, montrent que la chronaxie du splénique, nerf itératif, est, chez le chien à l'état normal, d'environ 3 σ. Cette valeur augmente pour des anesthésies chloroformiques très prolongées. La vitesse de conduction de l'influx est de 28 centimètres à la seconde.

Utilisation du neurovaccin dans la prophylaxie antivariolique chez l'homme. — M. P. Gonzalez a eu l'occasion d'appliquer à la vaccination jennérienne le neurovaccin préparé selon la méthode de Levaditi et Nicolau. Il s'est servi d'une souche neurovaccinale qu'il a entretenue par des passages cérébraux pratiqués sur le lapin tous les quinze jours. Actuellement, il est au cent cinquantième passage depuis l'isolement de cette souche. Le nombre total des inoculations atteint 12.000. Ce chiffre représente les données absolument certaines, c'est-à-dire celles qui concernent les inoculations faites exclusivement avec le neurovaccin. Le pourcentage des inoculations positives, chez les primo-vaccinés, a atteint le chiffre de 85,2 p. 100. L'auteur conclut : 1° que la même souche de neurovaccin peut fournir dans certains dispensaires des résultats sensiblement meilleurs que dans d'autres. A son avis, cela tient à la technique de la vaccination, attendu que les mêmes dispensaires fournissent des résultats meilleurs, quel que soit le vaccin utilisé (neurovaccin ou vaccin de veau); 2° qu'il n'y a pas de différence appréciable entre les résultats globaux fournis par le neurovaccin d'une part, le vaccin jennérien d'autre part; 3° qu'avec les dilutions cérébrales utilisées (1 : 5 à 1 : 10) on obtient des pustules d'aspect normal; cependant on a parfois des pustules secondaires très petites apparaissant au voisinage immédiat de la pustule mère. Rarement, le centre de la pustule donnait lieu à la formation d'une croûte noirâtre d'aspect nécrosé. La cicatrice était normale, ainsi que l'évolution du vaccin. Aucune complication ni locale, ni générale; nul trouble nerveux n'a été signalé.

Il y a cependant une différence entre l'évolution de la pustule neurovaccinale et celle de la pustule due au vaccin ordinaire : c'est le retard dans l'apparition de la première par rapport à celle de la seconde. Ce retard peut être de deux, cinq, et, très exceptionnellement, de sept jours.

Action myotique de l'aldéhyde formique sur la pupille du lapin. Son mécanisme sympathique. — M. J. Gautrelet et Mme O. Vechiu. Injecté ou instillé même très dilué, le formol provoque chez le lapin un myosis rapide et très accentué. Le sympathique cervical est inexcitable. Le myosis a lieu après action de l'atropine.

Si l'adrénaline provoque une mydriase après action myotique de l'ésérine, elle est sans effet après action myotique du formol.

Le formol se comporte comme la nicotine sur l'œil du lapin : on se trouve en présence d'un myosis dû à l'action paralysante du formol sur les terminaisons sympathiques.

Action de produits scarlatineux filtrés sur l'agglutinabilité des streptocoques non scarlatineux et de divers microbes par le sérum de convalescents de scarlatine. — MM. René Martin et Albert Laffaille rapportent les résultats d'expériences entreprises à la suite de travaux récents de J. Cantacuzène et O. Bonciu. Ils montrent, d'accord avec ces auteurs, que des streptocoques d'origine non scarlatineuse, non agglutinés par le sérum de convalescents de scarlatine, voient leur agglutinabilité se modifier si on les cultive au contact de produits scarlatineux filtrés (exsudat amygdalien,

urine) et se comportent désormais comme des streptocoques d'origine scarlatineuse qui sont normalement agglutinés à des taux élevés par le sérum de convalescent.

Ayant ensemencé divers germes : staphylocoque, pseudo-diphtérique, bacille d'Eberth sur des filtrats d'urine et d'exsudat pharyngien de scarlatineux à la période d'éruption, ils ont constaté que ces germes ainsi traités devenaient agglutinables à leur tour à des taux élevés (1/1.000, 1/1.500, 1/2.000) par le sérum de convalescent de scarlatine.

Les auteurs, constatant cette propriété acquise, spécifiquement héréditaire comme l'ont démontré plusieurs passages sur gélose des germes éprouvés, se demandent si l'on se trouve en présence d'un fait spécifiquement lié à la scarlatine ou bien d'un phénomène d'ordre plus général qui, par une technique identique, pourrait être mis en évidence dans d'autres affections.

Le rôle de la rate dans la détermination de la polyglobulie asphyxique. — MM. Léon BINET, H. CARDOT et R. WILLIAMSON ont étudié les caractères de la polyglobulie enregistrée au cours de l'asphyxie aiguë. Chez le chien anesthésié, l'oblitération mécanique de la trachée amène une élévation du nombre des hématies, élévation qui est considérable (augmentation d'un million et plus par millimètre cube), qui s'exagère progressivement avec l'évolution de l'asphyxie et qui persiste une heure et demie environ après le retour de la respiration normale. Quelle est la signification de cette polyglobulie? S'agit-il d'une polyglobulie par concentration ou au contraire d'une polyglobulie réelle, par mobilisation des globules rouges?

Par des expériences effectuées sur le chien chez lequel on faisait varier le facteur splénique (splénectomie ou compression passagère du pédicule), les auteurs montrent que la rate joue bien un rôle considérable dans la détermination de la polyglobulie asphyxique; sa contraction au cours de l'asphyxie détermine une chasse des globules rouges qui y étaient accumulés et cette polyglobulie peut être considérée comme une réaction de l'organisme pour lutter contre l'asphyxie.

Présence des formes filtrantes de bacilles d'Eberth dans le sang d'un typhique. — M. Paul HAUDUROY a pu trouver dans une hémoculture faite au début d'une fièvre typhoïde des formes filtrantes du bacille d'Eberth. Elles ne sont apparues qu'après quatre jours de séjour à l'étuve dans le ballon d'eau peptonée où l'on avait ensemencé le sang. Peu à peu, elles se sont transformées en bacilles d'Eberth typiques (biologiquement et sérologiquement). Cette observation est à rapprocher de celles qu'a déjà faites Hauduroy : présence de formes filtrantes du bacille d'Eberth dans des eaux typhogènes, dans les selles des convalescents.

Culture du bacille tuberculeux des pleurésies du pneumothorax thérapeutique. — M. VEBER, ayant ensemencé le culot des liquides de pleurésies survenues au cours du pneumothorax thérapeutique chez des tuberculeux, en milieu de Pétroff, sur pomme de terre glycérinée, a constaté que la culture de ces liquides était très difficile, malgré leur richesse considérable en bacilles. Il en conclut qu'il doit exister dans ces liquides des substances qui ont agi sur les bacilles de Koch, les privant de la faculté de se multiplier sous la forme bacillaire acido-résistante à la surface des milieux solides usuels. Cependant, en bouillon de pomme de terre glycérinée, les bacilles peuvent vivre dans des conditions aérobies relatives sous une forme de résistance granulaire.

Action des liquides pleuraux du pneumothorax thérapeutique chez les tuberculeux, et des exsudats péritonéaux de réinfection tuberculeuse expérimentale sur les bacilles de culture. — M. VEBER. Il paraît exister dans ces liquides des substances à action bactériolytique *in vitro* et des substances qui agissent également sur les bacilles de culture en entravant leur développement. Néanmoins, en bouillon de pomme de terre glycérinée, malgré cette action empêchante, les bacilles persistent sous une forme de résistance.

— Autres communications :

Sur un spirochète de la souris pathogène pour l'homme. — M. VINCENT.

Accidents paralytiques produits chez l'animal par la vaccination antirabique. — M. PLANTUREUX.

M. P. CARNOT montre des têtards à la nourriture desquels on a ajouté des extraits embryonnaires pour montrer les différences d'action de ces extraits sur la croissance des animaux expérimentés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 29 MAI 1926)

L'auscultation stéthoscopique. — M. Jacques MÉTADIER (de Tours) fait une communication sur la mise au point de l'auscultation stéthoscopique. Après avoir indiqué les inconvénients de l'auscultation directe et les désavantages des appareils d'auscultation indirecte, il montre que le modèle idéal est fourni par notre oreille moyenne. Celle-ci se comporte, dit-il, comme un enregistreur de variations de pressions, et la trompe d'Eustache fonctionne comme une fuite systématique de ce véritable manoscope qu'est l'oreille moyenne. M. Métadier présente alors le stéthoscope de Frossard qui est une fidèle reproduction de notre oreille moyenne. Celui-ci ne fausse absolument pas les bruits d'auscultation et les transmet dans toute leur pureté. Il n'est pas autre chose qu'un relai entre le foyer d'auscultation et l'oreille du médecin. La perfection du résultat obtenu est la preuve de la vérité de la théorie assimilant l'oreille moyenne à un manoscope.

Syndrome entéro-pulmonaire. — M. V. PAUCHET.

Phrénicectomie. — M. THÉVENARD croit que la phrénicectomie employée isolément ne peut avoir aucune influence durable dans le traitement de la tuberculose pulmonaire où l'on cherche le collapsus du poumon. Dans la phrénicectomie qu'il a pratiquée, l'amplitude du poumon revint rapidement à peu près égale à celle du poumon opposé.

Des accidents de la bismuthothérapie. — M. GALLIOT.

Asthme et tuberculose évolutive. — M. MELAMET.

Résultats d'une greffe thyroïdienne chez un enfant myxœdémateux. — MM. DARTIGUES et HECKEL. Après avoir rappelé que la greffe thyroïdienne a été pratiquée suivant la méthode de Voronoff, soit au niveau de la thyroïde, du sein, de la paroi abdominale et du testicule, les auteurs insistent sur le procédé le meilleur chez le garçon, grâce à la membrane nourricière du feuillet pariétal de la vaginale. L'enfant âgé de dix ans et qui présentait tous les phénomènes d'insuffisance thyroïdienne et de myxœdème caractéristique, qui était adipeux, avait de l'incontinence d'urine et était tout à fait idiot, deux ans et demi après l'opération, qui a consisté en l'inclusion au niveau des testicules de deux lobes de la thyroïde d'un chimpanzé, a été remarquablement transformé au point de vue somatique (gain de taille, 13 centimètres, gain de poids, 5 kilogs) et au point de vue psychique et mental, puisqu'il peut maintenant écrire sous la dictée, faire de petites additions, réciter des fables. Sa mémoire s'est particulièrement développée; le métabolisme basal s'est considérablement accru.

Malgré une grippe infectieuse, une pleurésie purulente et une diphtérie qu'il a eues par la suite, il a parfaitement guéri. On ne peut s'empêcher de penser que la greffe thyroïdienne a contribué à la résistance physiologique de l'enfant. Celui-ci est orienté vers une guérison telle qu'il ne sera plus un déchet social.

M. LÉOPOLD-LÉVI. Le cas de MM. Dartigues et Heckel semble concerner des troubles thyroïdiens chez un mongolien atténué. La greffe a produit chez lui une amélioration qu'avait déjà réalisée en partie l'opothérapie thyroïdienne par voie buccale. Mais on ne saurait parler ici de guérison. La persistance de l'aspect qui à première vue fait reconnaître le mongolisme, les troubles persistants de la parole, des dents, le démontrent.

D'une façon générale, la greffe thyroïdienne qui n'est pas applicable à mon sens, en dehors du myxœdème, n'a dans cette maladie (où la thyroïdothérapie doit être continuée) que

l'avantage de rendre inutile cette opothérapie à condition que la greffe reste vivace. L'inclusion de thyroïde de chimpanzé dans la vaginale paraît être un progrès dans la réalisation de la greffe thyroïdienne.

Ostéochondrite de la hanche. — M. ROEDERER. Cas récemment discuté par un auteur qui nie l'ostéochondrite. L'auteur montre par trois clichés pris avant l'évolution, pendant et après, qu'il ne peut s'agir d'une malformation congénitale.

Chimiothérapie intraveineuse de la blennorragie par le chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine. — M. TISSOT expose les résultats obtenus par les injections intraveineuses de jaune d'acridine. Dans les cas aigus, cette méthode ne paraît pas valoir les traitements classiques, mais elle peut être employée avec succès dans certains cas chroniques.

(SÉANCE DU 11 JUIN 1926)

Le radium, traitement de choix des angiomes. — M. P. DEGRAIS. La cryothérapie a pu être qualifiée de traitement de choix des angiomes, comme représentant le procédé thérapeutique le plus simple, le plus sûr, le plus rapide, indolore et sans danger. La proposition mérite d'être renversée pour de multiples raisons :

1° Le danger du radium est une légende qu'il ne faut pas laisser s'accréditer dans le corps médical. Il demande à être manié par des spécialistes au même titre que la cryothérapie d'ailleurs.

2° Le radium est absolument indolore alors que la cryothérapie est douloureuse.

3° Le radium est applicable à toutes les localisations d'angiomes, quel qu'en soit le volume, alors que la neige carbonique, de l'aveu même des cryothérapeuthes doit choisir ses cas.

4° Le radium ne laisse rien à désirer au point de vue esthétique.

5° Le radium, sans aucun risque peut être appliqué à tous les âges, même aux bébés de quelques semaines.

6° Le radium ne connaît pas d'échecs, la cryothérapie en connaît. Indolore et applicable à tous les cas sans exception, c'est au radium que revient manifestement le titre de procédé de choix du traitement des angiomes.

Opothérapie et greffes thyroïdiennes. Mongolisme et myxœdème. — M. LÉOPOLD-LÉVI étudie la valeur relative, dans le myxœdème, de l'opothérapie et de la greffe thyroïdienne. L'opothérapie fournit les résultats les meilleurs. Le seul inconvénient est de continuer la médication. La greffe, pour produire des effets a besoin d'être durable, ce qui est rarement obtenu. Ne pourrait-il y avoir alors un véritable goître du greffon, comme dans un cas de Kocher? Le myxœdème et le mongolisme se différencient au point de vue morphologique, psychique, radiographique, évolutif et thérapeutique. Il existe des formes associées de mongolisme et d'insuffisance thyroïdienne, ce qui explique les effets du traitement thyroïdien dans le mongolisme.

M. Pierre ROBIN présente un mongolien type, de huit ans qui illustre et démontre l'activation des traitements généraux opothérapiques per os ou par greffe, du rétablissement de l'équilibre morpho-fonctionnel, de la vie organo-végétative et psychique. Ce petit mongolien type a gagné à tous égards, en classe et dans la vie sociale un degré important d'amélioration. De neuvième, il est devenu premier, écrit et fait les quatre opérations.

Un cas fatal de diphtérie généralisée. — M. Raymond PETIT.

Crises nitritoïdes par injections hypodermiques de lait. — M. P. HARTENBERG.

Deux cas d'ostéomyélite traités par intervention sanglantes suivie d'applications localisés d'auto-bactériophage. — MM. CLAEYS et Ed. PEYRE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(SÉANCE DU 6 JUIN 1926)

Un cas d'épilepsie tardive chez une femme de cinquante-deux ans. — M. BERTRAND.

Syndrome entéro-rénal chez un enfant de six mois. — M. BERTRAND.

(SÉANCE DU 20 JUIN 1926)

Appendicite et acétonémie. Existe-t-il une forme acétonémique de l'appendicite aiguë? — MM. LARJET et LAMARE.

Un cas d'état tétanoïde à prédominance laryngée présentant une déformation cranienne. — M. FESQUET.

Un cas de purpura fulminans. — M. BERTRAND.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCES DES 19 MAI ET 9 JUIN 1926)

A propos du pneumothorax bilatéral. — M. Jean TAPIE expose les motifs pour lesquels il estime que le pneumothorax bilatéral d'emblée ne reconnaît que des indications limitées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Sauf de rares exceptions, il est resté fidèle à la doctrine de l'unilatéralité évolutive; il exige le double contrôle de l'examen radioscopique et de la radiographie.

Curiethérapie d'un cancer récidivant de la lèvre. — MM. FÉLIX et DELON conseillent l'irradiation prolongée des cancers de la lèvre à l'aide de foyers de faible intensité et en pratiquant une forte filtration.

Sérothérapie et séro-prophylaxie des oreillons. — M. L. IZARD communique une statistique personnelle dont les chiffres concordent avec les résultats obtenus par le professeur Teissier et par MM. de Lavergne et Florentin.

Le sérum de convalescent injecté par voie rachidienne a permis dans un cas d'enrayer l'évolution d'une méningite ourlienne grave.

Etude orthoradioscopique d'un cas d'ectasie de l'oreillette gauche. — M. GOURSOLAS présente un orthodiagramme sur lequel une volumineuse ectasie de l'oreillette gauche se traduisait à la fois par une saillie de l'arc moyen gauche et par une saillie de l'arc inférieur droit. Cette dernière modification aurait pu être à tort attribuée à un développement exagéré de l'oreillette droite.

Perforation d'un ulcus gastrique latent chez un brightique. — MM. Ch. MOREL, BONHOURE et LYON insistent, à propos de ce cas, sur la nécessité de pratiquer un examen radiologique de l'estomac avant de rattacher à l'intoxication uréique les manifestations gastriques survenant au cours du mal de Bright.

Aphasie sensorielle chez une tabétique. — MM. R. SOREL et LABOURDETTE.

Un cas de fracture spontanée métastatique. — MM. GALY-GASPARROU et COUDANE.

Occlusion par diverticule de Meckel. — MM. BAILLAT et P. MÉRIEL, dans un cas d'occlusion par diverticule de Meckel, ont trouvé un volvulus des anses occluses. Après résection de 50 centimètres d'intestin grêle, il ont réalisé une implantation iléo-cæcale. L'opéré a parfaitement guéri.

Radiographie du cul-de-sac de Douglas. — MM. BERTRAND et VILLEMUR ont imaginé d'explorer radiologiquement le cul-de-sac de Douglas après injection directe dans sa cavité d'une suspension opaque de lipiodine.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA GOUTTE (1)

Il faut soigner le goutteux *entre les accès*, pour les lui éviter; *pendant les accès*, pour lui apporter soulagement et guérison. Le traitement dans l'intervalle des accès est celui du syndrome humoral de la goutte qui se caractérise :

1° Excès d'acide urique dans le sang, dont la proportion passe de 4 à 5 centigrammes pour 1.000 grammes à un chiffre double de 9 à 10 centigrammes;

2° Excès de cholestérine qui, de 1g60 environ, passe à 2g25 en moyenne;

3° Glycémie élevée qui, de 1 gramme, chiffre normal, monte à 1g25 ou 1g50;

4° Azotémie un peu forte, de 0,50 à 0,60.

Comment agir sur ce syndrome humoral?

I. *Par l'hygiène générale et l'exercice physique*, avec entraînement prudent et surveillé, car tout surmenage articulaire peut provoquer une réaction aiguë, une crise de goutte.

II. *Par la diététique*. — Il faut proscrire chez les goutteux la viande en excès, les aliments riches en purine ou en acide oxalique : ris de veau, viscères, viandes d'animaux jeunes, oseille, chocolat et cacao, boissons alcooliques, les cervelles, les œufs, les graisses et le lard, parce que cholestérigènes. En somme, le goutteux doit être surtout un végétarien et un hydrique.

III. *Par certains agents médicamenteux*. — Pas de colchique, dont l'action paraît purement symptomatique, sédative de la fluxion inflammatoire et de la douleur au cours de la crise aiguë.

Les préparations lithinées sont sans inconvénient, peut-être d'une certaine utilité; mais les corps dérivés de l'acide cinchonique, tels l'atoquinol, paraissent être d'une bien meilleure efficacité.

Dans les formes de goutte à tendance chronique, émanation de thorium (Cluzet et Chevallier).

IV. *Par les cures hydrominérales*, à Contrexéville, Vittel, Martigny ou Evian, ou par la cure alcaline chaude de Vichy.

Mais il faut savoir qu'il est fréquent de voir une crise aiguë éclater pendant le traitement. Les goutteux sont des sujets hypersensibles, difficiles à manier, et que l'on ne doit traiter qu'avec grands ménagements.

TRAITEMENT DE LA CRISE AIGUË. — I. *Traitement externe local*. — *Loco dolenti*, enveloppements à l'ouate hydrophile et au taffetas chiffon, applications de liniments sédatifs, légère élévation du membre douloureux.

II. *Traitement interne*. — Se méfier du colchique que le goutteux est toujours prêt à prendre sous ses formes les plus actives, quand l'expérience lui a appris qu'il peut obtenir ainsi la sédation ou même la rétrocession presque immédiate de la fluxion inflammatoire et de la douleur. Mais si l'on peut de cette façon inhiber la crise, on ne fait là que de la médication symptomatique, on ne modifie pas la maladie goutteuse et souvent même on en rend les retours offensifs plus prochains et plus prolongés.

Préférer en tout cas aux innombrables spécifiques plus ou moins secrets, mais où intervient toujours le colchique, une préparation connue et dont il soit facile de surveiller et graduer les doses : la teinture de colchique, à la dose de xx à xxv gouttes par jour, est la plus maniable.

Prescrire les dérivés de l'acide cinchoninique, surtout l'atoquinol, à la dose de deux à trois cachets à 0g50 par jour. Au cours de la crise aiguë ce médicament calme rapidement la douleur et fait tomber la poussée inflammatoire, au point que certains malades, qui avaient déjà une longue expérience du colchique, lui donnent sans hésiter la préférence.

S'en tenir à des doses modérées; ne pas dépasser deux à trois cachets de 0,50 par vingt-quatre heures; calmer et atténuer la crise plutôt que la supprimer brutalement.

TRAITEMENT INTERCALAIRE ET PRÉVENTIF. — Prescrire l'atoquinol, un cachet de 50 centigrammes, le matin avec un verre d'eau de Vittel ou d'Evian, pendant dix jours consécutifs, chaque mois. Le professeur Chauffard cite le cas d'un grand goutteux à crises incessantes qui, par ce traitement, a pu être indemne de toutes crises pendant plus d'un an, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs années.

(1) D'après le professeur A. CHAUFFARD dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 déc. 1925.

CHRONIQUE

A LA MÉMOIRE DE THOMAS JONNESCO (1860-1926)

Il y a quelques mois, la Faculté de médecine de Bucarest se préparait à célébrer la trentième année d'enseignement de Thomas Jonnesco. Cinq heures avant la cérémonie, le grand chirurgien était enlevé par une mort foudroyante qui plongea dans la douleur les savants du monde entier, car Jonnesco comptait autant d'amis que d'admirateurs.

L'Association des étudiants roumains en France et les médecins roumains de Paris ont eu la pieuse pensée de consacrer à la mémoire du maître une séance de commémoration.

La cérémonie a eu lieu dimanche dernier dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. Au milieu de trophées de drapeaux roumains et français, sur une grande tenture roumaine, au milieu de l'hémicycle, était exposé un grand portrait de Jonnesco.

Le ministre de Roumanie à Paris, S. E. M. Diamandy, présidait, assisté de M. le Doyen. A leurs côtés avaient pris place S. E. le prince Cantacuzène, les professeurs J.-L. Faure, Prenant et Sergent; M. Michon, vice-président de la Société de chirurgie; M. Judet, président de la Société des chirurgiens de Paris, et M. Levaditi, de l'Institut Pasteur.

Dans l'assistance, au milieu d'un grand nombre de médecins et de notabilités de la colonie roumaine, nous avons remarqué la présence du professeur Legueu, ancien collègue d'internat de Jonnesco, des professeurs Couvelaire et Gosset, de MM. Georges Labey, Robineau, Thévenard, Péraire, Buizard, etc.

Le professeur ROGER prit le premier la parole. Il remercia les étudiants roumains de leur touchante initiative, et en quelques mots il indiqua le rôle considérable joué par Thomas Jonnesco et son frère le grand homme d'Etat Take Jonnesco dans le développement de la fraternité franco-roumaine.

M. JONESCO SISESTI, délégué médical roumain, fait ensuite un magnifique tableau de la carrière de Jonnesco. Il nous le montre arrivant à Paris vers 1880, également attiré par les études juridiques et la médecine. En 1882, Jonnesco est licencié en droit et décide de se consacrer entièrement à la médecine. Interne provisoire en 1885, interne en 1886, aide d'anatomie en 1887, il est reçu au prosectorat en 1890. C'était le premier étranger devenu prosecteur depuis Panas. Mais peut-on employer le mot étranger pour un Roumain qui était si français de cœur et qui devait se faire naturaliser français peu de temps après?

A cette époque, Jonnesco se révèle comme un de nos meilleurs anatomistes. Revisant complètement l'anatomie du tube digestif, il met au point l'étude du côlon et de l'anse sigmoïde. Poirier l'associe avec Charpy, Nicolas et Prenant à la rédaction de son *Traité d'anatomie*. Admissible à l'agrégation en 1895, il paraissait devoir appartenir définitivement à la Faculté de Paris quand il est rappelé à Bucarest pour occuper la chaire de clinique chirurgicale.

En France il avait été presque uniquement un anatomiste, en Roumanie il se montre un grand chirurgien et un grand éducateur.

Dans son œuvre considérable, il faut faire une place à part aux travaux sur la rachi-anesthésie et sur la chirurgie du sympathique cervical qui marquent le commencement d'une ère chirurgicale nouvelle.

Les chirurgiens du monde entier s'inclinaient devant la prodigieuse documentation de Jonnesco et sa merveilleuse habileté opératoire. Sa hardiesse ne l'empêchait d'ailleurs pas d'être conservateur, et sa bonté pour ses malades n'avait d'égale que sa bienveillance pour ses élèves qu'il associa largement à tous ses travaux.

M. J.-L. FAURE rend un très émouvant hommage au camarade de sa jeunesse, concurrent redoutable par son érudition,

mais qui ne comptait que des amis. Aussi c'était avec joie qu'on le voyait revenir tous les ans à Paris; il montait à la tribune de l'Académie de médecine et à celle de la Société de chirurgie plus souvent que bien des membres parisiens.

Chirurgien hardi, il avait la foi, il avait aussi la clarté et la simplicité latines.

La gloire civique de son frère Take Jonnesco ne doit pas faire méconnaître le grand rôle que joua Thomas Jonnesco dans le développement de la grande patrie roumaine. On ne doit pas oublier le courage avec lequel il demanda à son pays d'entrer dans la grande lutte. Nul plus que lui n'avait foi dans la justice et le succès de la cause sainte.

Mieux qu'un grand chirurgien, mieux qu'un grand savant, Thomas Jonnesco fut un grand citoyen.

Le prince CANTACUZÈNE lit une lettre du professeur Jean Cautacuzène, de l'Institut de médecine expérimentale de Bucarest, qui dit toute la bonté de Jonnesco.

Puis MM. PRENANT, au nom des anatomistes, LEVADITI, au nom des médecins roumains de Paris, MICHON, au nom de la Société Nationale de chirurgie, JUDET, au nom de la Société des chirurgiens de Paris, viennent exprimer leur admiration et leur effection pour le grand chirurgien disparu.

Le professeur SERGENT qui revient d'une mission en Roumanie, dit sa tristesse de n'avoir pas revu Jonnesco, et sa joie d'avoir retrouvé en Roumanie tant d'amis d'autrefois, Roumains de France ou Français de Roumanie. Il proclame son admiration pour les médecins roumains et son espoir dans l'union des peuples latins.

Le prince CANTACUZÈNE clôtura la séance en adressant au doyen de la Faculté de médecine ses remerciements émus pour avoir permis aux étudiants roumains d'honorer la mémoire de leur maître dans cette Faculté de Paris qui fut son berceau scientifique.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies des intestins. Séméiologie et thérapeutique générale (1), avec un formulaire des principaux médicaments et des principales prescriptions, par MM. J. CASTAIGNE, Fr. MOUTIER, R. GOIFFON et P. AUBOURG.

Ce livre est pratique, utile, fait de clarté et de précision, Ses auteurs sont au premier plan de leur spécialité. Ils ont apporté à l'œuvre commune le meilleur de leur science et de leur expérience, dans une parfaite unité de vues et une complète communauté d'idées.

Les Maladies des intestins, nouveau titre dans la « Collection du Livre du Médecin » si répandue que son éloge n'est plus à faire, représentent un des chapitres les plus délicats de la pratique médicale. Sous le triple flambeau de la clinique avec le docteur Moutier, de la coprologie avec le docteur René Goiffon et de la radiologie avec le docteur Paul Aubourg, la route du médecin est largement éclairée. Il lui est facile d'utiliser les plus récentes acquisitions scientifiques pour le plus grand bien du malade qui s'est confié à lui.

Comme toujours, l'édition sortie de chez A. Poinat est impeccable : belle impression, papier de choix, reliure aussi solide qu'artistique.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 7 juillet. — Jury : MM. Legueu, président; Hartmann, Gosset et Couvelaire. — M. BRETON. Lésions chroniques du mésentère et de l'intestin grêle. — M. CHUCHE (Ch.). Action cytolysante d'une solution tanno-iodo-iodurée sur la cellule cancéreuse. — M. VASSITCH. Les rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle. — M. GARAT (J.). Le choix des sources en actinothérapie. — M. CHAZEL. La mastite dans les suites de couche. — M. ABDUL-HAY (J.). Les fractures associées du coup de pied et leur traitement.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Sébileau, président; Lemierre, Vallée, Panisset, Coquot, Moussu, Robin et Henry. — M. MAILLARD. Traitement des otites chez les petits animaux. — M. PRUDHOMME. Paralysie récurrentielle et son traitement. — M. BERBAIN. A propos d'un cas de fièvre aphteuse à l'homme. — M. BONHOMMÉ. Traitement du tétanos du cheval. — M. EVRARD. Considérations sur l'étiologie de la fièvre vitulaire. — M. FARÉ. Traitement de l'eczéma chez le chien.

Jeudi 8 juillet. — Jury : MM. Brumpt, président; Jeanselme, Claude et Nobécourt. — M. STAIN (L.). Traitement des ulcères variqueux. — M. RICHARD (J.). Etude sur la tuberculose. — M. BORNSTEIN. Origine des contagions de la syphilis. — M. CARVAILLO. Localisations extra-intestinales de l'amibose. — M. COULON (G.). Etude sur la fièvre récurrente américaine. — M. TASSOPOULOS (A.). La mort subite chez l'enfant. — M. CORBIN (J.). Etude sur les varices congénitales des membres inférieurs. — M. SOLEIL (J.). Rétablissement de l'équilibre morpho-fonctionnel chez les dysmorphiques. — M. STRONGUILO. Nature et causes des accidents dus à la résorption des œdèmes. — M. LÉON (Emile). Etude du traitement de la péritonite tuberculeuse. — M. MÉRAT (R.). Etude de l'épilepsie réflexe péritonéale et appendiculaire. — M. NACHT (E.). De l'anatomie pathologique des myélites syphilitiques.

Jury : MM. Bernard, président; Gilbert, Debré et Lereboullet. — M. PAPILLAUD. Etude du kyste hydatique de la rate. — M. MARCO (F.). Formes fébriles des cancers du gros intestin et du rectum. — M. PEGNOT. Dystrophies et dyschromies au cours du syndrome de Basedow. — M. LEJARS. De l'élimination intermittente des bacilles de Koch. — M. LEBLEU (A.). Les formes graves de poliomyélite antérieure aiguë. — Mlle LUQUEL. De la mortalité par rougeole. — M. CALMANN (A.). Diagnostic du ventricule gauche. — M. ARCHIMÈDE (F.). La prophylaxie biologique dans la maladie du sommeil. — M. CAMPAUX. Etude sur la contagion par les porteurs de germes sains.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Rathery, président; Panisset, Vallée, Dechambre, Moussu, Robin, Petit, Coquot et Nicolas. — M. DECLAUDE. De la tuberculose du bœuf. — M. FAFIN. Etude sur la race bovine dans l'arrondissement de Valognes. — M. ORSSAUD. Cathétérisme de l'œsophage en médecine vétérinaire. — M. VERRET. D'un ictère infectieux du chien. — M. BARLETTE. Sérothérapie du tétanos. — M. BLIER. A propos de la lipodiurèse pulmonaire.

Vendredi 9 juillet. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Ombrédanne, M. Labbé, Lemierre, Henry, Petit, Robin, Bourdelle, Panisset, Nicolas, Moussu, Maignon et Coquot. — M. COUDERC. Des fractures chez le cheval de courses. — M. GRAMONT. De l'hémoglobinurie du cheval. — M. LANGE. La tachyphagie chez le cheval. — M. GARCIN. Cautérisation par le feu. — M. JOZAS. Enquête sur la ladrerie bovine au Maroc. — M. PALUSSIÈRE. Autohémothérapie en médecine vétérinaire. — M. RICHERT. Les pellagres animales. — M. SAGNE. Etude sur le rouget du porc en Oranais.

Samedi 10 juillet. — Jury : MM. Lecène, président; Strohl, Terrien et Tiffeneau. — M. DELTEIL (G.). Les arthrites gonococciques de la hanche. — M. LHÉRITIER (G.). Traitement des tuberculoses par le vaccin de Vaudremer. — M. JOUBERT (M.). Les occlusions mécaniques et leur traitement. — M. BOUTON. Etude de l'ossification dans la cicatrice opératoire. — M. DESPOUILLY. Etude de l'ophtalmie sympathique. — M. AUDIGIER. Etude sur les tumeurs de l'intestin. — M. VARNIER. Etude des kystes hydatiques de l'orbite. — M. GRINTZESCO. Les tumeurs du globe oculaire. — M. MORET. Etude sur la vision en radioscopie. — M. POLLART. Sur l'action diurétique de la pyrole.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gilbert, président; Brumpt, Guillain, Jeanselme, Panisset, Moussu, Henry, Coquot, Dechambre, Robin, Petit et Nicolas. — M. TRIBOUILLARD. Reconstitution du cheptel dans l'Aisne. — M. DEJUST. Etude sur la pyodermatite chronique des solipèdes. — M. BALOZET. Vaccination contre le choléra aviaire. — M. LE LUYER. Etude sur la démodécie du chien. — M. MOUSSU. Affections épizootiques des animaux domestiques.

(1) Un volume 11,5 × 17,5 de 308 pages avec 46 figures. — Prix : cartonné, pleine toile, 15 francs. — Paris, A. Poinat.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES EMBOLIES CÉRÉBRALES

GÉNÉRALITÉS

L'embolie cérébrale est un syndrome anatomo-clinique relevant de l'oblitération brusque d'une artère cérébrale par un corps étranger circulant dans le sang (embolus), presque toujours un caillot sanguin.

Deux notions importantes doivent être soulignées :

1° C'est surtout au cours des affections cardio-aortiques, et surtout du *rétrécissement mitral*, que surviennent les embolies cérébrales.

2° Le syndrome clinique réalisé peut revêtir de *multiples aspects*, étant donné la multiplicité des artères cérébrales susceptibles d'être oblitérées, et déterminant chacune un tableau particulier en rapport avec la fonction du territoire ischémié.

CLINIQUE

Type de description. — Nous décrirons d'abord le tableau de l'embolie cérébrale survenant chez une *femme jeune*, au cours du *rétrécissement mitral*.

L'embolie y est de nature à la fois mécanique et infectieuse (endocardite subaiguë des cardiaques). Elle oblitère le plus souvent l'artère sylvienne, à courte distance de sa naissance.

1° **Début. —** *a*. Tantôt, elle survient à la phase d'hyposystolie ou d'asystolie, au cours d'un rétrécissement mitral avec défaillance cardiaque.

b. Tantôt elle apparaît brusquement, en pleine santé, réalisant le symptôme révélateur de la lésion mitrale jusqu'alors ignorée.

c. Tantôt, enfin, elle survient à l'occasion d'une grossesse ou d'une cure digitalique, chez une malade atteinte de rétrécissement mitral ignoré ou maladroitement traité.

d. *Les symptômes*. — Il n'y a *pas de prodromes*, et c'est un signe important. Le début est :

1. Le plus souvent BRUTAL.

Soit que le syndrome s'installe soudainement, la malade assistant à la constitution de son hémiplégie.

Soit que le syndrome débute par un *ictus* : la malade perd connaissance et tombe dans le coma. C'est la très classique attaque d'*apoplexie*.

2. *Rarement progressif*. — La malade est prise de vertiges, avec engourdissement des régions qui seront paralysées, et en *quelques heures* le tableau d'hémiplégie est réalisé.

2° **Etat**. — Dans les cas les plus typiques, deux ordres de symptômes constituent le tableau clinique :

Les signes de *coma*;
Les signes d'*hémiplégie*.

A. **Les signes de coma.** — La malade est couchée sur le dos, ayant perdu connaissance. Mais c'est un coma un peu spécial avec : facies vultueux, élévation thermique légère dans les premières heures (Charcot). Pas de ralentissement du pouls et fréquemment : signes d'irritation corticale qu'extériorisent l'apparition de contractures et de crises d'épilepsie partielle.

B. **Les signes hémiplégiques.** — Ils peuvent se détailler en :

1. TROUBLES MOTEURS. — *A la face* : paralysie faciale avec ses signes habituels et caractéristiques (déviation des traits du côté sain, bouche en point d'exclamation, écoulement de salive, aspect du malade qui « fume la pipe »).

Les *membres*, du côté paralysé, retombent inertes et plus lourds que du côté sain, lorsqu'on les soulève au-dessus du plan du lit.

2. TROUBLES DES RÉFLEXES. — Les réflexes tendineux sont tantôt vifs, tantôt faibles ou nuls. Les réflexes cutanés, cornéen et abdominal, sont abolis du côté paralysé, et le signe de l'éventail (Babinski) existe du côté malade. Il faut souligner l'importance de ces réflexes cutanés pour la localisation de la paralysie. Rechercher aussi le phénomène des raccourcisseurs, assez fréquent.

3. TROUBLES SPHINCTÉRIENS. — Variables.

C. **Examen général.** — On ne saurait abandonner ce malade sans avoir examiné :

1. *Le cœur*. — On sait qu'il faut, de parti pris, penser au rétrécissement mitral dans tous les cas de coma hémiplégique chez une femme jeune. Savoir que, d'ailleurs, on ne trouvera pas toujours un rythme mitral typique, la tachy-arythmie en masquant bien souvent les caractères.

2. *Le pouls*. — Nous savons qu'il n'est pas ralenti (contrairement à ce qui s'observe dans l'hémorragie cérébrale).

3. *La ponction lombaire* montrerait un liquide normal.

3° **Evolution**. — *A*. **Vers la mort.** — Très rarement : mort dans le coma.

Parfois : le malade sort du coma et succombe en quelques jours à une broncho-pneumonie ou à une escarre infectée.

B. **Dans la règle : vers la phase d'hémiplégie.** — Le malade sort du coma au bout de quelques heures. On est dès lors en présence d'une hémiplégie *organique*, *flasque*, *plus ou moins complète*, et portant surtout sur le *membre supérieur* (la motricité du membre inférieur dépend surtout du lobule paracentral, tributaire de la cérébrale antérieure).

a. TROUBLES MOTEURS. — 1. *La face*. — On observe une paralysie faciale du type *central* avec prédominance sur le facial inférieur. Rechercher les signes d'atteinte légère du facial supérieur. Rechercher aussi le *signe du peaucier* (Babinski) qui signe la nature organique de la paralysie.

2. *Les membres*. — Le bras est inerte, flasque, la main en demi-pronation, les doigts fléchis dans la paume.

Le membre inférieur est, dans la règle, *moins paralysé*. La marche est cependant impossible. Le membre est presque inerte, les mouvements de raccourcissement et d'abduction étant les plus atteints.

b. TROUBLES SENSITIFS. — Ils sont *fréquents* et *très précieux pour le diagnostic*. Ils manquent le plus souvent dans l'hémorragie cérébrale et traduisent une lésion de la pariétale ascendante.

1. *Troubles subjectifs*. — Fourmillemeuts, engourdissements, douleurs profondes.

2. *Troubles objectifs*. — Plus importants :

a. *Tantôt* : Conservation presque intacte des sensibilités superficielle et profonde élémentaires, avec perte du sens stéréognostique.

b. Tantôt : Hémi-anesthésie aux trois modes (tact, chaleur, douleur).

c. Tantôt : Hypoalgésie profonde (osseuse ou articulaire).

c. TROUBLES DES RÉFLEXES. — *a*. Tendineux : d'abord abolis, ils sont rapidement vifs, et leur réapparition annonce la spasmodicité et la contracture prochaines du côté paralysé.

b. *Cutanés :* Le signe de Babinski persiste, très important, et signant l'atteinte organique des voies motrices.

Les autres réflexes cutanés restent très diminués ou abolis, pendant quelque temps.

d. TROUBLES SPHINCTÉRIENS. — Ils disparaissent en quelques jours.

e. TROUBLES PSYCHIQUES. — **Aphasie**. — L'aphasie est un des symptômes les plus fréquents et les plus caractéristiques de ce cortège symptomatique : elle accompagne une hémiplégie *droite*, lorsqu'elle existe, et peut prendre dans le tableau clinique, une importance prédominante.

1° Tantôt : c'est une simple *dysarthrie* avec difficulté de l'articulation des mots;

2° Tantôt : c'est une *aphasie vraie* qui se présente presque toujours sous la forme d'*aphasie type Broca* : le malade ne sait dire qu'un mot, qu'une syllabe même, qu'il répète sans cesse.

A cette *aphasie motrice pure* (anarthrie) se surajoutent, pour Pierre Marie, des signes d'aphasie sensorielle ou de réception, décrite par Wernicke.

Beaucoup plus rarement, l'aphasie de Wernicke existe seule : le malade parle sans cesse, forgeant même des mots nouveaux (jargonaphasie).

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Les fruits de France, par Henri LECLERC. Un volume, 262 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 juillet. — MM. Richard, Bloch (Jacques) et Oberlin, 17; Sénèque, 16.

Consultation écrite. — Séance du 7 juillet. — MM. Wilmoth et Michon, 16; Fey et Petit-Dutaillis, 18.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — BIBLIOTHÈQUE. — Vacances du 19 juillet au 27 juillet inclus et du 1er septembre au 16 octobre. La bibliothèque sera ouverte les mardis, jeudis et samedis, de 13 à 18 h.

Fermeture complète durant le mois d'août.

Le service normal reprendra le lundi 18 octobre.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Bourdelle, professeur d'anatomie à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, est nommé professeur de la chaire de mammalogie et ornithologie au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Trouessart, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Bégouin, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le nombre des membres de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes faisant partie de la Commission de répartition du produit de la taxe des cercles est fixé à trois.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Usse, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme), a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône) [poste créé].

POUR LA VACCINATION OBLIGATOIRE. — Le Conseil général de la Seine a adopté un vœu présenté par le docteur Caujole, tendant à rendre obligatoire la vaccination aussi bien pour les Français que pour les étrangers résidant en France.

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS (Grand Palais, 15, 16, 17, 18 et 19 juillet 1926). — M. le ministre de la Guerre vient d'adresser à MM. les directeurs du Service de santé du gouvernement militaire de Paris, Metz, Lyon et des Corps d'armée, ainsi qu'à MM. les directeurs des Ecoles du service de santé militaire la circulaire suivante :

A l'occasion des Journées médicales de Paris qui auront lieu du 15 au 18 juillet 1926, le Service de santé organise au Grand Palais une démonstration de matériel sanitaire en campagne.

Cette démonstration qui réunira les plus nouveaux modèles des principaux organes techniques du Service de santé aura un caractère pratique qui peut très utilement servir à l'instruction des officiers de réserve du Service de santé.

De plus une démonstration technique d'aviation sanitaire aura lieu le dimanche 18 juillet sur l'aérodrome du Bourget.

En conséquence pourront être convoqués en période d'exercice sans solde, les pharmaciens, dentistes et officiers d'administration du Service de santé de réserve.

Cette période d'exercice entrera en ligne de compte pour sa durée effective en ce qui concerne les périodes d'exercice exigées pour l'avancement.

Les officiers de réserve qui accepteront de prendre part à ces exercices recevront une convocation par vos soins et devront se présenter à la direction du Service de santé du gouvernement militaire de Paris, le 15 juillet dans la matinée.

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir faire porter d'urgence ces dispositions à la connaissance des officiers de réserve du Service de santé de votre région de corps d'armée, et de leur faire donner la plus grande publicité possible.

Toutes facilités devront être accordées aux médecins militaires de l'armée active, adhérente aux Journées médicales, pour leur permettre, dans la mesure compatible avec la bonne exécution du service, de bénéficier d'une permission leur permettant de prendre part à ces démonstrations; les pharmaciens militaires et officiers d'administration du Service de

santé de l'armée active qui désireraient assister à ces Journées médicales pourront bénéficier de permission dans les mêmes conditions et il leur sera remis à la direction du Service de santé du gouvernement militaire de Paris (Hôtel des Invalides) des cartes donnant accès au Grand Palais.

— Les adhérents des Journées médicales sont priés de passer au Secrétariat des Journées médicales qui fonctionnera au Grand-Palais, à partir du 14 juillet 1926, à 9 heures du matin. Ils pourront y retirer :

1° Le Guide-programme de l'exposition, des conférences et démonstrations dans les hôpitaux;

2° Les cartes d'invitation aux réceptions et à la soirée de l'Opéra (le Comité disposera de toutes les cartes d'invitation pour l'Opéra qui n'auront pas été retirées au Secrétariat avant le vendredi 16 au soir.

Nota. — Pour répondre à une question qui a été posée il est rappelé que les médecins de réserve ou de territoriale, bien que bénéficiant du quart de place, ne sont pas tenus de se mettre en uniforme.

Pour s'inscrire aux Journées médicales de Paris, ou obtenir des renseignements, écrire à M. le docteur Dujarric de la Rivière, secrétaire général, 18, rue de Verneuil, Paris (VIIe) C. de chèques postaux, n° 888-92.

STATISTIQUE MUNICIPALE DE PARIS. — Le bureau de la statistique municipale a enregistré, du 11 au 20 juin, 1.129 décès (moyenne 1.007).

La rougeole a causé 22 décès au lieu de 15 pendant la décade précédente (moyenne 10). Les cas nouveaux signalés sont au nombre de 229, au lieu de 264 pendant la décade précédente (moyenne 166).

L'augmentation du nombre des décès est dû surtout aux affections pulmonaires.

On a enregistré la naissance de 1.334 enfants vivants, alors que pendant la période correspondante de 1925 on n'en avait enregistré que 1.292.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Gerhard Hotz (de Bâle), décédé à l'âge de 46 ans. Le professeur Hotz était surtout connu par ses travaux sur la chirurgie de l'estomac et de l'intestin, la transfusion du sang, le traitement chirurgical du goitre; de MM. les docteurs Durand (de Charly), Renaud des Spais (de Nantes), A.-F. Perrion; van Beneden (de Liége), Struelens (de Saint-Gilles); Abel Sonnié-Moret, pharmacien honoraire des hôpitaux de Paris, décédé à Nevers; sir Harry Brookes Allen, doyen de la Faculté de médecine de Melbourne (Australie); le professeur Luigi Ambrosoli (de Milan); le médecin inspecteur Eugène Richard, à Paris.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Le docteur P. Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, fera du 19 au 24 juillet 1926 une série de conférences de thérapeutique digestive, tous les matins, à 10 h. 1/2, salle Aran.

Se faire inscrire salle Aran.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — Treize leçons sur la tuberculose ostéo-articulaire et ganglionnaire et quelques éléments d'orthopédie pratique, par M. le docteur Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime, avec la collaboration de MM. les docteurs Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime; Mozer, chef de laboratoire de l'Hôpital maritime; Parin, chef du laboratoire de radiologie de l'Hôpital maritime; du docteur Lance, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades, et du docteur Ducroquet, du 19 au 31 juillet 1926.

Ces cours auront lieu l'après-midi, à 2 heures, à l'Hôpital maritime.

Les matinées seront consacrées à des démonstrations pratiques : examens cliniques, opérations, ponctions, confection de plâtres et d'appareils amovibles, démonstrations de laboratoire, etc.

Droits d'inscription : 250 francs. (Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ces droits.)

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 19 juillet 1926, à 21 h., au Cercle militaire.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Conférence visite au musée du Service de santé militaire à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce. »

LIVRES NOUVEAUX

Leçons de pathologie digestive [6e série] (1), par M. LOEPER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.

Le docteur Loeper poursuit la publication de ses *Leçons de pathologie digestive* dont une 6e série vient de paraître. Certaines d'entre elles sont de séméiologie presque pure, d'autres sont surtout de physiologie pathologique ou expérimentale.

« Un syndrome ne peut être nettement établi, écrit l'auteur dans une introduction à ces études, une thérapeutique ne peut être fixée que par la convergence des données cliniques, des épreuves chimiques histologiques ou radiologiques et de l'expérimentation. Nulle part cette vérité ne me paraît s'affirmer aussi fortement qu'en pathologie digestive. L'examen du malade reste néanmoins le guide le plus sûr des recherches de laboratoire : c'est lui qui les définit et les dirige ».

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 12 juillet. — Jury : MM. Legueu, président; Alglave, Heitz-Boyer et Lardennois. — M. SANDOVAL. Etude sur les lésions du col vésical et de l'urètre profond. — M. CLOUARD. Traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Mardi 13 juillet. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bernard, président; Brindeau, Desgrez, Panisset, Vallée, Nicolas, Henry, Dechambre et Moussu. — M. BOISSIÈRE. Etude du lathyrisme chez les bovins. — M. HUBAC. Traitement de la peste bovine. — M. LESBOUYRIES. Tuberculose des carnivores domestiques. — M. BAËLEN. De la ligature du cordon ombilical chez les animaux domestiques. — M. MATHIEU. Théories modernes sur l'hérédité dans l'amélioration des races.

(1) Un volume de 274 pages avec 47 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LES SYMPATHÈSES HÉPATO-SPLÉNIQUES [1]

PAR MM.

C. ODDO et J. ZUCCARELLI

Professeur de clinique médicale Chef de clinique

à l'Ecole de médecine de Marseille.

Les synergies fonctionnelles si nombreuses, qui existent entre le foie et la rate, ne sont pas toujours bien élucidées dans leur mécanisme intime.

Les connexions d'ordre circulatoire paraissent avoir frappé tout d'abord les cliniciens autant que les physiologistes ainsi qu'en témoignent les travaux de Gilbert et Villaret sur l'hypertension portale, ceux de Sérégé et Mauriac sur la dualité des courants de la veine porte.

Les retentissements hépato-spléniques d'ordre infectieux parurent ensuite d'une grande importance à la suite des études de Banti (1894), Popoff et Chauffard, et leur conception des hépatites d'origine splénique est admise dans ses grandes lignes, bien que la question du syndrome de Banti reste encore assez discutée.

Puis la synergie fonctionnelle hémolytique normale du foie et de la rate se retrouve en pathologie dans les ictères hémolytiques dont Minkowski, Chauffard, Widal et ses élèves précisent l'histoire, dans les cirrhoses pigmentaires dont Carnot, Castaigne, Duvernay, Fiessinger tachent d'établir la pathogénie.

Ces diverses synergies circulatoires, infectieuses ou hémolytiques sont fixées dans les rapports de Gilbert et Lereboullet, de Roch (1910), en même temps que ces auteurs étudient les divers retentissements hépato-spléniques : rate hépatique et foie splénique.

Depuis cette date les fonctions du foie et de la rate, surtout en ce qui concerne les métabolismes et l'hématologie, sont précisées et désormais certains syndromes de nutrition ou hémorragiques viennent se ranger dans le cadre de la sympathèse hépato-splénique.

L'étude des sympathèses hépato-spléniques déborde donc la conception des seuls rapports circulatoires ou d'ordre infectieux, elle englobe aussi des troubles de la nutrition et des syndromes hémorragiques et hémolytiques, et il semble bien que l'on puisse actuellement, à la faveur d'acquisitions physio-pathologiques récentes, schématiser les grandes synergies hépato-spléniques observées en clinique.

Les synergies fonctionnelles. — En ce qui concerne les relations du foie et de la rate, les rapports d'ordre purement morphologique le cèdent nettement en importance aux faits d'ordre physiologique. Les liens qui existent entre ces deux organes sont constitués avant tout par les synergies fonctionnelles.

En effet, il s'agit de deux viscères dont les origines embryologiques, à peu près contemporaines, sont distinctes cependant, dont les rapports anatomiques, sauf chez le fœtus, sont peu importants et dont les connexions nerveuses, indéniables sans doute, ne semblent jouer qu'un rôle restreint dans leurs synergies fonctionnelles morbides.

De même l'histologie, en dehors de la notion du système réticulo-endothélial, ne permet pas de trouver d'analogies très nettes entre eux et leurs connexions circulatoires, les plus évidentes, seront étudiées avec les faits physiologiques.

C'est donc au point de vue fonctionnel que l'on voit s'établir de façon indiscutable, entre le foie et la rate, des synergies vraies, des interractions ou des suppléances.

Aussi étudierons-nous successivement les faits qui concernent : 1. Le régime circulatoire hépato-splénique ; 2. Les fonctions sanguines communes du foie et de la rate ; 3. Les fonctions de défense ; 4. Nous dirons un mot, enfin, de leurs fonctions de nutrition synergiques.

1. **La fonction circulatoire hépato-splénique.** — Rate et foie sont tributaires d'un même système artériel : le *tronc cœliaque* par l'intermédiaire des artères hépatiques et spléniques, toutes deux terminales. Aussi ligatures ou oblitérations expérimentales réalisent-elles les mêmes effets que la clinique dans le cas d'embolies ou de thromboses : infarctus spléniques et nécroses hépatiques (suivant que l'oblitération siège au-dessus ou au-dessous de la gastro-épiploïque droite). Il y a donc ici égalité et parallélisme d'irrigation des deux viscères.

Mais c'est la *veine porte* qui établit les liens les plus importants du point de vue des synergies circulatoires. Trois faits sont à mettre en vue ici :

a. La subordination nette de la circulation splénique au régime intravasculaire hépatique. Alors que, au point de vue artériel, il y avait parallélisme d'irrigation, le sang veineux issu de la rate par la veine splénique est soumis au contrôle du foie par l'intermédiaire de la veine porte. Ce sang qui, dans la traversée splénique, a pu subir des modifications, passe fatalement par le foie et peut l'adultérer. Inversement le foie pourra réagir sur le fonctionnement et la structure spléniques.

b. La rate semble constituer une annexe du foie gauche. Ce fait a été mis en évidence par Sérégé et Mauriac qui avaient noté la fixation élective dans un lobe hépatique toujours identique d'injections colorantes poussées dans chaque branche de la veine porte d'une part, et, d'autre part, la teneur différente en urée, glycogène, fer et la vitesse variable du sang dans les lobes droits et gauches.

Malgré l'opinion inverse de Lalaubie. Bauer, Lotten, on peut admettre, avec Gilbert et Villaret, que s'il n'y a pas indépendance lobaire absolue, le sang des deux branches portes ne se mélange que très peu et la rate apparaît bien comme une annexe du foie gauche et s'oppose ainsi au foie droit qui est celui de la digestion intestinale et pancréatique.

c. Tandis que le foie constitue un vaste réservoir annexé au cœur, un diverticule du cœur droit (Gilbert), la rate semble être une chambre de sûreté pour la circulation abdominale et porte. Aussi le rôle mécanique du foie dans la circulation générale est-il complété par l'intervention du réservoir splénique qui lui est surajouté et dont les variations de volume se produisent sous les mêmes influences mécaniques (repas, course, ingestions de liquide), nerveuses (filets vaso-constricteurs des splanchniques) ou pathologiques.

Aussi conçoit-on que ces deux organes vasculaires de l'abdomen : l'un le foie avant tout diverticule du

(1) Cette Revue générale est le dernier travail écrit par le regretté professeur Oddo. Nous le publions comme un pieux hommage rendu à sa mémoire. — (*N. D. L. R.*)

cœur droit, l'autre la rate, réservoir branché sur la circulation porte, contribuent de concert à régler la circulation abdominale et générale. De plus, notons que si, au point de vue hydraulique, la rate paraît rester la vassale du foie, au point de vue humoral il semble que le foie subisse plus directement l'influence des produits spléniques, faits dont les conséquences auront leur application dans la conception des hépatites d'origine splénique.

2. **Les fonctions sanguines hépato-spléniques.** — L'action hépato-splénique sur les éléments constituants du sang n'est pas moindre que la fonction purement circulatoire et semble s'exercer dans trois groupes de faits :

a. L'hématopoïèse surtout nette chez le fœtus, mais capable de réapparaître dans certaines conditions chez l'adulte.

b. L'hémolyse et cette fonction de destruction globulaire se rattache directement à la fonction martiale hépato-splénique et la fonction biliaire du foie.

c. La coagulation du sang.

a. L'HÉMATOPOÏÈSE. — Les fonctions hématopoïétiques d'importance égale dans les deux glandes chez l'embryon, se localisent surtout à la rate chez l'adulte.

chez le fœtus, à partir du troisième mois de la vie intra-utérine et faisant suite au stade mésenchymateux, se forment dans la rate, le foie, l'ébauche des organes lymphoïdes, les hématies secondaires et les cellules souches des leucocytes, qui ne seront plus, après la naissance, rejetées dans la circulation. Ce stade hépato-splénique ou prémédullaire commence au troisième mois et se continue avec le stade médullaire au quatrième mois ; mais alors que la rate cesse son rôle au septième mois, le foie le continue jusqu'au neuvième. Durant cette période hépato-spléno-médulaire la rate et le foie ne fonctionnent pas encore en organes spécialisés et forment indifférémment tous les éléments figurés du sang.

Chez l'adulte l'importance des fonctions hépatiques à l'état normal est moindre et la rate s'est spécialisée dans la formation des lymphocytes, la destruction des polynucléaires et des hématies.

Vis-à-vis du globule rouge si l'on admet quant au foie un rôle hématopoïétique peu important et indirect (Perrin) prouvé par la reviviscence myéloïde du foie de l'enfant à la suite de certaines infections et l'action favorable de l'opothérapie hépatique dans les anémies des cirrhoses, on reconnait à la rate, à côté d'un rôle accessoire de formation des hématies, une triple fonction maturatrice par surcharge d'hémoglobine, une fonction destructrice que nous étudierons à cause de son importance à part, et enfin une fonction de défense du globule rouge (Rist, Ribadeau-Dumas).

Vis-à-vis du globule blanc l'action hépatique peu nette et variable quant à la qualité des leucocytes formés est plus nette pour la rate, celle-ci est l'organe formateur des leucocytes non granuleux (parfois même polynucléaires en cas de métoplasie-myéloïde), destructeur des polynucléaires, fonctions dont l'exaltation se traduit cliniquement dans certains types d'anémie splénique que nous aurons à étudier.

Vis-à-vis des globulins à un rôle hépatique négligeable s'oppose une fonction splénique, consistant soit en une action indirecte inhibitrice sur la moelle osseuse (Frank), soit en une action directe de destruction des plaquettes (Kasnelzon).

Ainsi rate et foie dont le rôle est identique chez l'embryon où ils fonctionnent comme une véritable *hépato-rate hématopoïétique* du troisième au septième mois, ont chez l'adulte une importance moindre. Capables tous deux de métaplasie myéloïde et par suite de former des hématies et des polynucléaires, la rate conserve normalement le rôle essentiel dans la maturation des *hématies*, leur destruction et s'est spécialisée dans la formation des *lymphocytes* et la destruction des polynucléaires.

b. L'HÉMATOLYSE ET LA BILIGÉNIE. — Le complexe hépato-splénique intervient donc dans la désintégration des hématies : fonction érythrolytique à laquelle ne rattachent la fonction martiale hépato-splénique et biliaire du foie. Dans la conception de l'érythrolyse qui sert actuellement de base à la pathogénie des ictères et syndromes de sidérose, nous distinguerons deux stades indissolublement liés : 1. L'hémolyse en destruction globulaire avec mise en liberté de l'hémoglobine ; 2. La biligénie ou mutation de cette hémoglobine libérée en bilirubine et ses dérivés.

1. L'*hémolyse* qui nécessite la destruction journalière d'une quantité d'hématies équivalent aux globules rouges de 100 à 635 grammes de sang se réalisé essentiellement dans la rate, accessoirement dans le foie et les diverses cellules du système réticulo-endothélial en général. Si le rôle du foie ressort de la constatation de figures de macrophagie et de nombreuses granulations ferriques dans la glande (Nolf, Gilbert), l'action de la rate est groupée par de nombreux faits : hématies altérées dans la rate, moindre résistance des globules rouges dans la pulpe splénique, propriétés hémolysantes du suc splénique, guérison de certaines anémies graves par la splénectomie. Mais ce rôle est discuté car ces propriétés hémolysantes existent dans d'autres organes (Widal, Abrami, Brulé) et la rate ne se congestionnerait que secondairement dans les processus d'hémolyse. L'existence d'auto-hémolysines spléniques vient encore obscurcir la question. Le rôle de la rate, quoique bien établi, n'est donc pas unique dans l'hémolyse.

L'hémolyse qu'elle se fasse dans le foie ou la rate se réalise de deux façons ; soit par action macrophagique, soit grâce à la formation d'hémolysines, souvent par suite de l'addition de ces modes de destruction globulaire (Widal, Gilbert).

L'hémolyse aboutit à la libération de l'hémoglobine qui sera mutée en bilirubine et ses dérivés (biliverdine, bilipurpurine, urobiline, dont la formation a suscité tant de théories). A côté de ces pigments existent des dérivés hémoglobiniques ferriques dont le pigment ocre est l'un des plus importants.

2. La *bilirubigénie*, suivant la conception classique, était due à la cellule hépatique seule. Des faits nombreux ont fait penser que la formation des pigments pouvait se faire aussi bien dans les tissus (Sabrazès, Muratet) que dans le sang même (Widal, Abrami, Brulé) et l'on en vint à refuser à la cellule hépatique tout rôle sécréteur des pigments, ne lui laissant que la mission de les excréter. On opposa à la théorie de la biligénie hépatique défendue par Gilbert, Chabrol et Bénard, celle de la biligénie extrahépatique (Widal, Abrami, Brulé), avec les arguments suivants :

En faveur de la *théorie extrahépatique* on a invoqué :

Les faits de biligénie locale, la notion des ictères dissociés et de la cholémie physiologique; des faits d'ordre histologique : pour Florentin dans la cellule hépatique on ne retrouve jamais les étapes de la transformation de l'hémoglobine constatées dans la cellule de Kuppfer; des faits expérimentaux : expérience de Whipple et Hooper où chez des mammifères à fistule d'Eck la bilirubine continue à être formée, et les hépatectomies (Mann, Magath, Bollmann) qui semblent montrer que le foie, pas plus que la rate d'ailleurs ne sont indispensables à la formation des pigments.

Les partisans de la *théorie hépatique* répondent : que la biligénie locale n'est qu'un mode fortuit et non habituel de formation pigmentaire, que les ictères dissociés s'expliquent par une réabsorption partielle d'une bile d'origine entièrement hépatique. Ils invoquent l'acholie des grosses lésions du foie et contestent (Fiessinger) les constatations histologiques de Florentin. Aux faits expérimentaux de Whipple et Hooper ils opposent les résultats de Minkowski et Naunyn et réalisent *in vitro* la formation de pigments en présence de glycogène, sang et pigments de foie.

En définitive rien ne permet de retirer à la cellule hépatique son double pouvoir formateur et excréteur des pigments biliaires. Aussi si tout le cycle de l'hémolyse et de la biligénie peut accidentellement se réaliser en entier en dehors de la cellule hépatique, normalement il semble que le système réticulo-endothélial de la rate et du foie capte et détruise les hématies, libère l'hémoglobine que la cellule hépatique transforme pour l'excréter. *La rate reste surtout l'organe de l'hémolyse, la cellule hépatique celui de la biligénie.*

c. LA COAGULATION DU SANG. — Le rôle du foie dans la coagulation du sang est prouvé par des faits cliniques et expérimentaux : fréquence des hémorragies cutanéo-muqueuses chez les hépatiques, action favorable de l'opothérapie hépatique dans certains purpuras; incoagulabilité du sang à la suite de lésions hépatiques cliniques ou provoquées (injection dans les veines de toxines, propeptones, venin de serpent). En effet le foie intervient dans les phénomènes de coagulation du sang par divers procédés. Il est le producteur de fibrinogène, de la matière coagulable. De plus (Nolf) c'est lui qui sécrète le thrombogène qui dans la coagulation s'unit au fibrinogène et au thrombozyme formé par les cellules des endothéliums vasculaires et les leucocytes pour donner naissance à la fibrine du caillot. Il produit encore de l'antithrombosine (Nolf), substance anticoagulante destinée à s'opposer à l'action du thrombozyme d'une part et de l'autre, l'antithrombolysine incorporée dans la fibrine concrète du caillot et qui s'oppose à la dissolution de la fibrine que réalise secondairement le thrombozyme, ferment coagulant.

La rate joue aussi un rôle dans la coagulation et surtout dans la rétraction du caillot. Le sang, dépouillé de ses éléments figurés, ne coagule pas. Parmi ceux-ci les hématoblastes ont une part importante dans la rétraction du caillot (Pagniez et Le Sourd). Or c'est précisément à cause de la grande quantité de plaquettes qu'il contient que le tissu de rate favorise la rétraction du caillot. Cependant Frank et Kasnelzon, de Weill et Boyé pensent que la rate peut favoriser les processus hémorragiques, soit qu'elle inhibe la formation des globulins de la moelle osseuse (Frank), soit qu'elle détruise des plaquettes (Kasnelzon). Notons aussi que pour Stéphen, l'accélération de la coagulation après l'irradiation de la rate serait due à la production par la rate du ferment coagulant, fait contesté par Giraud, M. Giraud et Parès, qui ne voient là que la conséquence d'un choc hémoclasique.

En résumé si le rôle du foie consiste, au cours de la coagulation proprement dite du sang, dans la production du fibrinogène, du thrombogène ou sérozyme, de l'antithrombine et de l'antithrombolysine, la rate semble intervenir surtout dans la rétraction du caillot par son action sur les globulins producteurs de cytozyme, action thrombocytolytique ou myélo inhibitrice.

Les fonctions de défense hépato-spléniques. — En dehors des fonctions uréopoiétique et biliaire du foie, de la fonction protectrice des hématies de la rate, de leur rôle hématopoiétique, il existe des fonctions directement antitoxiques et protectrices contre les divers agents pathogènes. Cette fonction de défense commune au foie et à la rate est prouvée par les accidents graves d'intoxication suivis de mort observés dans les lésions importantes ou les destructions expérimentales du foie. Le rôle joué par la rate dans les processus de défense de l'individu est établi par l'existence des splénomégalies dans les infections aiguës (fièvre typhoïde, paludisme, etc.), par les réactions spléniques observées au cours des inoculations de microbes à l'animal (strepto, etc.), par la constatation de l'agent pathogène en cause dans le tissu splénique qui doit le fixer et le détruire. Aussi la rate et le foie possèdent une action antitoxique et antiparasitaire qui s'exerce à la fois sur le sang veineux et artériel, le foie contrôlant d'ailleurs celui qui vient de traverser la rate.

Cette action s'exerce sur les substances toxiques d'origine alimentaire, les poisons végétaux moins nocifs s'ils sont introduits par la veine porte, et surtout sur les poisons minéraux ou organiques, les poisons microbiens et tous les éléments figurés (Hanot, Gilbert et Carnot : fonction granulotoxique, cytopexique, et bactériopexique).

Cette fonction se réalise par un processus identique dans les deux organes : action cellulaire aboutissant à la fixation, transformation ou élimination à petites doses des produits toxiques, action humorale ou fermentative par production de corps bactéricides et d'antitoxines, indépendante du rôle phagocytaire (Montecori, Vincent).

Aussi la grande fonction hépato-splénique paraît être la fonction d'arrêt, de fixation par laquelle ces deux organes exercent un contrôle remarquable sur les éléments figurés et la composition du sang. A l'état pathologique cette fonction s'exalte et l'on peut prévoir l'existence de nombreux types d'hépato-splénites infectieuses.

Les fonctions de nutrition. — Aux trois catégories d'aliments soumis au contrôle du foie la rate peut aussi faire subir des modifications, mais c'est surtout dans le métabolisme ferrique que le foie et la rate sont couplés dans une véritable fonction martiale hépato-splénique.

LE MÉTABOLISME DU FER. — Cette fonction doit, malgré les rapports qui l'unissent à la fonction hémolytique et biliaire du foie, être étudiée séparément car elle règle la destinée générale du fer dans

l'organisme (Dastre, Achner, Pugliese). Le fer qui provient de la destruction quotidienne des hématies et de l'alimentation est combiné dans l'organisme avec des nucléoprotéidies et des composés (ferrine, ferratine), où le fer est à l'état dissimulé. Il s'élimine un milligramme de ce métal par les urines en vingt-quatre heures, cinq milligrammes par la bile et vingt-cinq par les déjections gastro-intestinales.

Le rôle du foie prouvé par l'existence de réserves de fer chez l'embryon, et l'accumulation de ce métal dans la glande hépatique au cours des injections intra-veineuses de fer, serait prépondérant pour Dastre dans le métabolisme ferrique. Pour Chevallier, au contraire, la fonction splénique de fixation et de transformation du fer, établie par l'excrétion exagérée de fer et la sidérose intense chez les dératés, serait la plus importante, le foie n'intervenant que par sa réserve ferrique normale, et surtout en cas de déficience splénique.

Le fer jouerait non seulement le rôle de fer de réserve pour la reconstitution de l'hémoglobine, mais aussi celui de constituant nucléaire et d'excitant de la cellule hépatique. Cette fonction se relie à l'hémolyse et à la biligénie et domine toute l'étude des sidéroses.

Le métabolisme des graisses. — C'est surtout dans le métabolisme de la cholestérine qu'apparaît le mieux la synergie hépato-splénique. Ce corps se forme dans les capsules surrénales, le corps jaune, mais la rate et le foie jouent un rôle formateur, éliminateur, destructeur de cette substance.

Abelous et Joula ont montré que le sang veineux de la rate renfermait une plus forte proportion de cholestérine que son sang artériel et qu'il suffisait d'introduire quelques gouttes d'acide chlorhydrique dans le duodénum pour réaliser une hypercholestérinémie passagère, qui ne se reproduirait plus après splénectomie. Et c'est à la combinaison de l'acide cholalique avec des savons, grâce à un ferment qui passe dans l'extrait aqueux de rate qu'est due la formation de cholestérine, substance antihémolysante et antitoxique, d'où l'intérêt de cette fonction et de ses rapports avec les fonctions protectrices de l'hématie et de défense de l'organisme.

Quant au foie qui pourrait produire une petite quantité de cholestérine, son rôle essentiel serait non de concentrer la cholestérine, mais de l'éliminer en la détruisant (Grigaut). « La cholestérine serait donc excrétée par le foie, soit en nature, soit transformée en acide cholalique dont la rapproche d'ailleurs sa structure atomique (Lambling). » Ajoutons que certains faits (Chauffard, Gosset et Mestrezat) ont suscité l'hypothèse de la sécrétion de la cholestérine par l'épithélium des voies biliaires.

Ainsi la rate grand fournisseur de cholestérine pour Abelous et Soula, est couplée avec le foie qui paraît en être l'organe éliminateur et destructeur.

Les autres métabolismes, azoté, des hydrates de carbone sont à peine à citer ici, car, à peine ébauchés au point de vue physiologique (Roger et Kromleski, Richet, Lœper), les troubles synergiques de ces fonctions n'ont pas d'expression clinique indiscutable. Il en est de même pour le rôle digestif attribué, depuis Schiff, à la rate, car il ne s'agit pas là d'une véritable synergie hépato-splénique.

En somme au point de vue physiologique, la rate réservoir de la circulation porte, le foie diverticule du cœur droit jouent un rôle indéniable dans la régulation de la circulation abdominale et générale. Organes hématopoiétiques, ils forment chez l'embryon tous les éléments figurés du sang; chez l'adulte ils jouent surtout un rôle dans l'hémolyse, la rate fournissant à la cellule hépatique les matériaux de sa sécrétion biliaire. Organes de nutrition ils fixent le fer et le rendent assimilable, et possèdent une action splénique cholestéréogénique, hépatique surtout cholestérolytique. Enfin leurs communes réactions cellulaires et humorales assurent la défense de l'organisme.

Cet équilibre fonctionnel normal pourra être troublé par des causes multiples et à l'état pathologique on pourra observer : des troubles des fonctions synergiques hépato-spléniques, des phénomènes de suppléances ou d'insuffisances réciproques, et la notion de la réversibilité et de la multiplicité de ces actions doit dominer l'étude clinique des sympathèses hépato-spléniques.

Les données expérimentales. — Un certain nombre de faits ont pu être établis. S'ils ont éclairé certains points de pathogénie, ils ne permettent pas toujours une analyse exacte et complète des retentissements hépato-spléniques, car les conditions physiologiques ne se rapprochent que d'assez loin de celles plus complexes réalisées en clinique.

Nous plaçant à un double point de vue, nous étudierons d'une part les modifications structurales ou fonctionnelles du foie au cours des lésions spléniques et d'autre part les modifications de même ordre de la rate au cours des atteintes hépatiques.

1. Le foie au cours des lésions spléniques. — Les expérimentateurs ont taché de réaliser des lésions de la rate par des procédés divers (ligatures du pédicule splénique, injections colorées dans la veine splénique, traumatismes de la rate) et ont étudié ensuite les modifications apportées à la structure (procédés histologiques) ou au fonctionnement du foie (épreuves fonctionnelles).

Chauffard et Castaigne, dès 1899, injectèrent dans la rate du chien ou dans l'artère splénique, des particules de carmin ou d'encre de chine et les retrouvaient dans le foie, à l'exclusion de tous les autres organes. Les mêmes expériences, faites avec des produits tuberculeux leur ont permis de constater l'existence de gros tubercules conglomérés dans la rate et au niveau du foie de tubercules miliaires disséminés. Ainsi l'infection splénique initiale pouvait se transmettre au foie et le rôle pathogène de la rate malade sur la glande hépatique semblait donc bien établi.

Les ligatures du pédicule splénique, réalisées par le Play et Ameuille (1912) allaient permettre de préciser la nature des lésions secondaires du foie, leur degré, et leur siège. Ils produisaient par ligature du pédicule splénique, une véritable autolyse de la rate dont ils cherchaient ensuite le retentissement sur le parenchyme hépatique. Le foie atteint dès le huitième jour, présente au vingtième des lésions de congestion, avec périhépatite, et des amas lymphocytaires périportaux. A la quatrième semaine, il existe une véritable cirrhose hépatique. La rate semble donc, par ses produits d'autolyse, pouvoir déclancher dans le foie une réaction sclérosante.

Les mêmes faits histologiques sont réalisés par les injections d'extraits spléniques, ce qui confirme les notions précédentes.

Les splénectomies sont suivies d'une hypertro-

phie compensatrice de certains éléments du foie et en particulier, comme l'ont montré Nishitawa et Tokagi chez le rat, de formation d'amas périvasculaires de cellules réticulo-endothéliales et lymphocytaires, véritable phénomène de suppléance et non lésionnel.

Enfin récemment M. Fiessinger, Ravina et Jovin (1925) traumatisant après laparotomie la rate de cobayes ou de lapins tout en respectant la voie veineuse spléno-hépatique, sacrifient les animaux en expérience, trois, sept, trente, quarante-cinq jours après l'opération et grâce à des techniques histologiques perfectionnées montrent chez le cobaye sacrifié au troisième jour l'absence de modifications hépatiques, chez les autres au contraire l'apparition de lésions d'autant plus intenses que le traumatisme splénique était plus ancien. « La rate, réservoir d'autolyse laisse passer dans la circulation spléno-portale » des substances autolytiques qui peuvent altérer le foie dans « ses zones fragiles centro-lobulaires et périportales, altérations au début parenchymateuses, puis à la longue, cicatricielles et cirrhotiques » (Fiessinger).

2. La rate au cours des processus hépatiques expérimentaux. — Les faits ici moins nombreux consistent en ligatures des vaisseaux et en intoxication provoquées.

Les ligatures de la veine porte réalisées lentement (Oré, Cl. Bernard) donnent des résultats intéressants pour l'étude des synergies circulatoires hépato-spléniques. On constate en effet la distension et la congestion passive de tout le territoire porte : tube digestif et rate en particulier, et l'apparition de circulations collatérales importantes. Ainsi la splénomégalie peut avoir comme facteur unique ou prédominant un trouble circulatoire de stase dérivant lui-même d'un obstacle à la circulation porte extra ou intrahépatique. Cette influence se retrouvera souvent à titre prédominant ou secondaire dans l'étude des diverses sympathèses cliniques hépato-spléniques.

Certaines intoxications ont paru pouvoir déterminer des splénomégalies. C'est ainsi que l'hypertrophie splénique, constatée au cours de certains ictères hépatiques, a paru secondaire à la rétention des sels biliaires. Et en effet expérimentalement Rist et Ribadeau-Dumas ont montré que l'intoxication biliaire chronique entraîne l'augmentation de volume de la rate par un véritable processus de défense, car les animaux accoutumés à des doses importantes de taurocholate de soude succombent, après splénectomie, quand on leur injecte une dose de sel biliaire normalement supportée par les témoins.

L'étude expérimentale, surtout riche en faits dans l'ordre des réactions hépatiques d'origine splénique, rend compte dans un grand nombre de cas du mécanisme des retentissements hépato-spléniques.

Les sympathèses en clinique. — Pour rester le plus près possible des notions physiologiques et des faits d'observation médicale, nous tâcherons d'abord de grouper autour d'une des grandes synergies fonctionnelles étudiées des syndromes morbides bien établis. Nous étudierons ensuite des états d'interprétation plus difficile souvent, où diverses fonctions sont troublées en même temps et surtout dans lesquels on peut établir la précession indiscutable des lésions de l'un des deux organes sur les troubles de l'autre. Ce sont là les types déjà étudiés sous le nom de : rate hépatique et foie splénique (Banti, Chauffard, Gilbert et Lereboullet).

Dans l'étude des faits du premier genre, étude qui doit constituer en quelque sorte la *pathologie des synergies hépato-spléniques,* nous examinerons successivement conformément au plan de notre exposé physiologique : les sympathèses hématologiques qui comptent parmi les plus importantes, les sympathèses circulatoires les plus anciennement connues, puis les sympathèses hépato-spléniques infectieuses et nous dirons quelques mots en terminant des sympathèses de nutrition moins connues et moins nettes.

1° **Les sympathèses hématologiques.** — De même que les synergies fonctionnelles normales s'exercent vis-à-vis de chacun des constituants du sang, trois catégories de faits morbides superposables à ceux de la physiologie normale pourront s'observer ici :

Vis-à-vis du globule rouge ce sont les syndromes d'altération de la fonction érythrolytique : sympathèses hématolytiques;

Par rapport au globule blanc ce sont les syndromes leucémiques : sympathèses leucocytaires;

En ce qui concerne les globulins et la coagulation sanguine, nous aurons à étudier les divers syndromes hémorragipares : ce sont les sympathèses hémorragiques.

Ces trois ordres de faits ainsi dissociés peuvent d'ailleurs s'intriquer fréquemment en clinique ainsi que le prouvent certains cas d'anémie pseudo-leucémique ou d'anémie pernicieuse.

1° Les sympathèses hématolytiques (l'hyperérythrolyse ou hématolyse pathologique). — L'érythrolyse normale, qui dans ses divers stades, est sous la dépendance directe du fonctionnement hépato-splénique, peut s'exagérer dans certaines conditions pour créer des manifestations cliniques diverses et en apparence dissemblables, mais reliées en réalité par un même substratum physiopathologique : l'*hyperérythrolyse.*

Dans l'échelle des troubles d'ordre hématolytique, la moindre exagération du processus de destruction globulaire, quel que soit le mécanisme invoqué (fragilisation des hématies mise en circulation d'hémolysines) va déterminer de l'hypoglobulie (hémolytique dans le premier mode, hémolysinique dans le deuxième). Ce sont là les syndromes d'anémie simple.

Dans d'autres types d'hypoglobulies, le processus hématolytique plus intense peut se révéler par des signes hématologiques plus caractéristiques et plus facilement décelables que nous passerons en revue. Ici l'hémolyse paraît nettement au premier plan et l'anémie lui est subordonnée. Ce sont les faits d'anémie hémolytique.

Enfin à la suite de l'exagération de l'hémolyse peut apparaître une hyperbiligénèse, du subictère avec urobilinurie. Il s'agit alors des anémies hémolytiques avec ictère, des ictères hémolytiques congénitaux ou acquis.

A un degré de plus encore se placent, à côté de ces états, certaines formes d'anémie pernicieuse dans lesquelles on peut observer du subictère. Ce sont les anémies pernicieuses ictérigènes (Quincke, Chauffard, et Loederich), où le processus d'hémolyse n'est pas cantonné à la rate et s'étend aux cellules de Kuppfer et des glandes hémolymphatiques.

Dans tous ces faits allant depuis l'anémie simple sans stigmates d'hémolyse à l'ictère hémolytique et l'anémie pernicieuse, on retrouve le même syndrome

clinique et physiopathologique qui constitue un des plus beaux exemples de sympathèse hépato-splénique.

En effet dans tous ces types cliniques on retrouve, avec des variantes, le même *syndrome d'hématolyse pathologique* (P.-E. Weill) composé des termes essentiels suivants, correspondant à des stades équivalents de la fonction hématolytique physiologique : 1. l'anémie, 2. l'hyperbiligénie, 3. l'infiltration ferruginense des organes ou sidérose.

1. L'*anémie*, dont l'importance clinique est variable et l'intensité parallèle au processus de destruction globulaire ; s'accompagne des signes habituels ; dyspnée, pâleur, palpitations, souffles extra-cardiaques, etc.

Mais c'est surtout au point de vue hématologique que se caractérisent le degré et le type de cette anémie. Elle évolue par poussées suivie de périodes de stabilisation ; mais le processus de réparation sanguine d'origine médullaire, s'exerce de façon permanente et l'on peut constater tous les types d'anémie depuis l'hypoglobulie simple à la réaction aplastique ou anémie pernicieuse. Aussi y retrouve-t-on les signes de réparation sanguine suivants : myélocytes et normoblastes, anisocytose, poïkilocytose, polychromatophilie.

Mais les signes caractéristiques sont les stigmates d'hémolyse et de fragilité globulaire plus ou moins apparents et plus ou moins nombreux : abondance des hématies granuleuses parallèle à la réparation sanguine, et surtout diminution de résistance du sang total ou des hématies déplasmatisées au contact de solutions salines hypotoniques ou au contact de sérums animaux. On peut aussi observer l'allongement de la courbe d'hémolyse. L'auto-agglutination des hématies a été signalée. Des auto ou hétéro-hémolysines ont été rencontrées par Chauffard, Troisier, Widal, et Weissenbach.

2. Si l'hémolyse se poursuit, après l'anémie, peut apparaître une augmentation de la biligénie pigmentaire.

Celle-ci aboutit à la production d'un *ictère* spécial, dit ictère hématogène qui possède des caractères distinctifs bien tranchés.

C'est un ictère pigmentaire, ictère dissocié où les pigments de la bile seuls sont en excès, car seuls ils dérivent de l'hyperérythrolyse. Les urines contiennent le plus souvent de l'urobiline (ictère acholurique) parfois de la bilirubine et l'intensité de l'ictère est liée aux poussées de déglobulisation. Enfin les selles sont plus foncées que normalement (selles polycholiques). Ce qui achève de caractériser cet ictère c'est l'absence de signes dépendant de la rétention cholalique ou cholestérinique : pas de prurit, de bradycardie, de xanthélasma, ou de troubles nerveux et la réaction de Hay manque dans les urines.

3. Enfin, troisième terme du syndrome, parallèlement à l'hyperbilégénèse la *sidérose* augmente car le pigment ferrique désintégré de façon surabondante ne peut être transformé en entier par le foie et imprègne les viscères (et, surtout le foie) quelquefois même les téguments (sidérodermie) qui tachent de l'éliminer ou de le muter. Ainsi se constituent les divers syndromes de sidérose.

En même temps la rate et le foie, soit par hyperactivité primitive (production d'hémolysines ou macrophagie) ou bien par tuméfaction spodogène secondaire, surtout pour la rate (captation et accumulation des débris globulaires) augmentent de volume et cette hypertrophie des deux organes qui, fait important, ne s'accompagne pas le plus souvent de signes d'insuffisance hépatique, prouve bien leur hyperfonctionnement hématolytique.

Tels sont les signes généraux de la sympathèse hématolytique hépato-splénique dans laquelle le foie et la rate interviennent pour des parts variables. Sur ce fond commun s'inscrivent des variantes cliniques et étiologiques que nous allons envisager.

Mais avant de passer à l'étude de ces cas particuliers de la sympathèse hépato-splénique hématolytique, devons-nous rappeler le faisceau de preuves d'ordre anatomique expérimental et thérapeutique qui justifient leur *rattachement* à la synergie du foie et de la rate.

Les constatations anatomo-pathologiques sont favorables à cette conception. Dans les divers cas on a observé, en effet, des lésions hépatiques et spléniques de même type et ne différant que par l'intensité. Le foie a les caractères d'un organe en hyperactivité et la cellule hépatique n'y est lésée que secondairement à l'infiltration ferrugineuse surtout nette au niveau des cellules de Kuppfer nombreuses et hyperplasiées. La rate est volumineuse, en état de congestion portant, non sur les sinus mais sur les cordons de Billroth (Vaquez et Giroux) et témoignant d'un hyperfonctionnement de l'organe (Ménétrier et Gauckler). Les macrophages abondent et sont infiltrés de pigment ferrique.

Les faits d'expérimentation permettent aussi d'établir le rôle prépondérant du complexe hépato-splénique. Ce sont les poisons massifs du sang capables de léser en même temps la cellule hépatique et le tissu splénique qui servent à la production des lésions hémolytiques, et Lesné et Ravaut ont pu reproduire tous les degrés du syndrome clinique décrit plus haut, en faisant varier l'intensité de l'agent hémolysant, depuis l'ictère léger jusqu'à l'hémoglobinurie massive.

Enfin un argument thérapeutique s'ajoute à tous les autres, c'est l'influence heureuse des splénectomies dans la plupart des processus d'hyperhémolyse.

Toutes ces raisons permettent de faire entrer les *variétés* cliniques que nous allons passer en revue dans le cadre de la sympathèse hépato-splénique. Nous y trouverons, nous l'avons indiqué, des faits d'intensité croissante et nous décrirons successivement les sympathèses anémiques, ictériques, sidérosiques dont le lien commun est l'exagération de l'hémolyse.

Les sympathèses anémiques. — Elles représentent en quelque sorte le premier degré des phénomènes hémolytiques. Ces syndromes anémiques résultent de l'action des poisons, toxines, virus ou microbes sur les parenchymes hématologiques qu'ils excitent et qui vont soit former des hématolysines en excès (anémies hémolysiniques) soit détruire des hématies en plus grande quantité (anémie hémolytique). Ils s'opposent aux hypoglobulies par soustraction sanguine et par anhématopoïèse. Bien que la part respective prise par le foie ou la rate dans ces complexes anémiques ne soit pas toujours facile à apprécier, nous décrirons ici schématiquement et un peu arbitrairement peut-être : des anémies hépato-spléniques dans lesquelles foie et rate semblent intervenir à peu près également, puis des anémies spléniques où la part de la rate paraît la plus importante, enfin nous dirons quelques mots des états

chlorotiques où le trouble hépatique est peut-être prépondérant.

1. *Les anémies hépato-spléniques.* — Ce que nous voulons indiquer sous cette dénomination, et sans perdre de vue le rôle indéniable de la moelle osseuse dans toutes les variétés d'anémies, c'est que l'influence du foie et de la rate nous paraît à peu près équivalente. Aussi cette variété ne pourra s'observer que dans le cas de processus hémolysants frappant tôt les organes alors qu'ils possèdent encore leur rôle hématopoiétique ou sont capables de le récupérer facilement. Ce sont surtout par suite des anémies observées chez le nourrisson. Parmi celle-ci le type clinique où apparaît le mieux cette participation hépato-splénique est la forme anémique de la syphilis héréditaire-hépatique. Cette affirmation se base sur l'aspect particulièrement pâle de ces petits malades, sur l'hypertrophie énorme du foie et de la rate où l'on trouve à l'autopsie des lésions importantes, sur l'examen hématologique qui révèle des formules variables depuis l'anémie simple à l'anémie pernicieuse, en passant par l'anémie hémoglobinique ou pseudo-leucémique, enfin sur l'association d'autres signes hépatiques : ictère, hémorragies, etc.

Mais la syphilis n'est pas la seule cause de ces processus. Ce que nous avons voulu surtout indiquer ici, c'est la participation simultanée et à peu près équivalente du foie et de la rate dans l'apparition du syndrome.

2. *Les anémies spléniques.* — Sous ce nom on avait englobé des faits disparates : des subleucémies, des anémies avec myélémies, et syndromes de Banti, états distincts mais entre lesquels les faits de passage sont nombreux.

Aubertin qui reproche au terme d'anémie splénique de préjuger du siège de la déglobulisation qui se trouverait dans la rate seulement dans un petit nombre de cas, ne considère comme anémies spléniques que les états caractérisés par :

« Une splénomégalie chronique sans adénopathies associées;

Une anémie intense portant soit sur les hématies, soit sur l'hémoglobine, soit sur les deux à la fois;

L'absence de leucémie et de transformation ultérieure en leucémie. »

Mais nous plaçant au point de vue de l'hématolyse hépato-splénique nous voudrions conserver au terme d'anémie splénique précisément son caractère pathogénique et physiopathologique et nous désignerons sous ce nom les faits relativement peu nombreux, comme le remarque Aubertin, où le processus d'hémolyse se fait dans la rate et qui par suite serait justiciables d'une thérapeutique pathogénique splénique. Et si le primum movens semble bien résider dans la rate, des lésions secondaires hépatiques peuvent se manifester plus ou moins rapidement ainsi que l'étude de certains faits, en particulier du syndrome de Banti, nous le montrera.

Cliniquement et hématologiquement les anémies spléniques répondent à deux types :

a. Les anémies spléniques avec myélémie rouge, correspondant à une hyperplasie de la rate avec réaction myéloïde, qui s'observent chez le nourrisson et l'adulte.

Chez le nourrisson c'est l'anémie pseudo-leucémique avec grosse rate, foie moins gros, ganglions normaux, évolution variable suivant l'étiologie. Hématologiquement il y a hypoglobulie avec diminution de l'hémoglobine, poïkilocytose, anisocytose et polychromatophilie, mais la caractéristique de ce type est l'abondance des hématies nucléées. De plus il y a leucocytose de 10 à 40.000 avec prédominance myélocytaire.

Chez l'adulte on a observé aussi des faits d'anémie avec myélémie (Weill et Clerc).

Ces deux types sont bien distincts des leucémies et contre-indiquent la splénectomie.

b. Les anémies spléniques avec leucopénie et hypopolynucléose. Elles correspondent aux cas d'anémie splénique de Strumpell et se caractérisent anatomiquement par des lésions d'hyperhémolyse de la rate avec ou sans lésions pulpaires surajoutées. Leur substratum physiologique réside dans l'exagération des fonctions spléniques normales de destruction des hématies et des polynucléaires neutrophiles.

Ce groupe n'est pas absolument homogène au point de vue clinique et anatomique. En effet il comprend (Rieux) a côté de l'anémie hémolytique simple, macrophagique et congestive, à évolution lente, d'allure bénigne, sans apparition de signes hépatiques, l'anémie splénique vraie avec sclérose pulpaire de Gauckler, anémie intense, marche rapide, le plus souvent non suivie de cirrhose hépatique, mais s'accompagnant souvent de subictère. Enfin de ces faits il convient de rapprocher l'anémie splénique observée dans le premier stade de Banti où l'influence hémolytique semble prouvée par un syndrome hématologique semblable et le résultat favorable des splénectomies, mais qui s'éloigne des cas ci-dessus par l'apparition à peu près infaillible d'une cirrhose hépatique et l'existence de lésions spéciales spléniques de fibro-asténie (Banti).

Entre ces trois types il y avait donc une parenté très nette, une sorte de gradation dans l'intensité des signes, l'anémie splénique ne paraissant (Aubertin) qu'un Banti arrêté avant le stade de cirrhose. Le lien qui existe entre eux est triple : commune origine hémolytique splénique, symptomatologie proche et possibilité d'atteinte hépatique, même influence favorable de la splénectomie.

3. *Les anémies hémoglobiniques.* — Qu'il s'agisse de la chlorose de la puberté ou essentielle, ou des chloroses symptomatiques, il y a dans tous ces cas trouble du métabolisme ferrique : pauvreté primitive (oligosidérémie) ou mauvaise utilisation. Au trouble de l'hémolyse qui paraît surtout splénique s'ajoute celui de la fonction martiale dans lequel le foie joue peut-être le rôle prépondérant. Quoi qu'il en soit nous avons là encore un exemple net de sympathèse hépato-splénique d'ordre hématologique.

Nous avons tâché de montrer dans ce coup d'œil d'ensemble les rapports des fonctions hépato-spléniques avec les troubles de l'hématolyse, mais avant de passer à l'étude des ictères par hémolyse devons-nous mentionner les *anémies pernicieuses* qui pourraient servir de terme de passage entre les syndromes anémiques purs et les syndromes ictériques. Dépendant d'une destruction globulaire excessive siégeant non seulement dans la rate, mais étendue à tout le système réticulo-endothélial, elle peut s'accompagner parfois d'un ictère plus ou moins net (Quincke, Chauffard et Lœderich) du type hémolytique. Aussi peut-elle servir de chaînon intermédiaire entre les anémies et les ictères hémolytiques (Syllaba).

Les sympathèses ictériques (les ictères hémolytiques). — L'hyperbiligénie, deuxième conséquence de l'hématolyse exagérée et prolongée, crée » ic-

tères hémolytique où joue plus nettement encore que dans le type précédent, la sympathèse hépato-splénique. L'anémie existe encore, mais l'hémolyse prend le pas sur elle, devient apparente et conditionne tout le tableau morbide. Ces ictères hématogènes ou par hématolyse qui dans la conception actuelle des ictères, s'opposent aux ictères hépatogènes par trouble de la cellule hépatique, et aux ictères mécaniques par atteinte des voies biliaires, constituent une entité clinique, hématologique et pathogénique bien définie, encore que rarement rencontrée.

Les *ictères hémolytiques* connus depuis Minkowski, Bettmann, Von Kranhals, étudiés par Chauffard, Widal et leurs élèves, constituent le type le plus pur de ce syndrome d'hématolyse pathologique et nulle part ne ressort mieux le trouble d'une fonction synergique hépato-splénique.

Congénitaux (type Minkowski, Chauffard) ou acquis (Widal) ils ont à des nuances près les mêmes signes.

L'ictère est du type hématogène, dissocié, purement pigmentaire, léger, acholurique, avec selles polycholiques.

La rate grosse est de volume parallèle aux poussées de déglobulisation. Le foie normal sans cirrhose ni insuffisance hépatique; parfois il existe des crises vésiculaires par calculs pigmentaires.

L'anémie est nette cliniquement et hématologiquement; elle se signale par les deux éléments caractéristiques déjà décrits : l'anémie avec hématies granuleuses et la diminution du diamètre moyen des hématies propres aux ictères congénitaux; la fragilité globulaire avec auto-agglutination des hématies déplasmatisées du malade spéciale aux ictères acquis (Widal) et quelquefois existence d'hémolysines libres (Troisier, Weissenbach).

Anatomiquement les lésions sont celles de l'hémolyse déjà décrites, avec sclérose viscérale surtout hépato-splénique et revivescence secondaire de la moelle osseuse.

Pathogéniquement c'est l'érythrolyse qui est le fait principal, quel que soit le siège du processus d'hémolyse admis, splénique (Gilbert) ou extrasplénique, et que l'influence de la rate s'exerce par la production d'hémolysines (Gilbert et Bénard) ou indirectement par action sur la moelle osseuse (Decastello). Le foie intervient dans la réalisation de l'ictère; au moins au stade de l'élimination des pigments, bien qu'il ne s'agisse pas d'ictère par rétention ou pléiochromie, comme le voulait Stadelmann.

Enfin l'influence favorable de la thérapeutique antihémolytique médicale ou de la splénectomie vient parfaire cette entité anatomique, clinique et pathogénique.

Nous ne ferons qu'indiquer la possibilité d'*ictères mixtes* par lésion simultanée du sang et de la cellule hépatique; ce n'est pas pour surprendre, la plupart des poisons du sang étant à la fois hépatotoxiques. On voit alors aux signes d'hémolyse se joindre les manifestations de rétention cholalique et cholestérinique de l'insuffisance hépatique. Il s'agit toujours cependant d'un trouble des fonctions hépato-spléniques : hématolytiques et pigmentaires.

Les sympathèses sidérosiques. — La désintégration surabondante et incomplète de l'hémoglobine aboutit à la production du fer organique en excès (surcharge ferrugineuse pondérale) ou bien de pigment ferrugineux où le fer n'est plus dissimulé mais sous forme de rubigine ou pigment ocre donnant les réactions de ce métal (sidérose). Ce fer non dissimulé et formé en abondance imprègne les viscères et les téguments réalisant des états reliés par un caractère commun : la sidérose.

Si cette infiltration ferrugineuse peut s'observer à titre accessoire dans les sympathèses anémiques et ictériques déjà vues, ici elle constitue le fait essentiel, le pivot de la question, Elle est en effet caractéristique d'états divers comprenant comme symptômes possibles, en dehors de la sidérose elle-même, l'existence de lésions scléreuses hépatiques (cirrhoses pigmentaires), de glycosurie (diabète bronzé) et de mélanodermie, signes associés en des combinaisons diverses. De sorte que certains auteurs constatant d'une part l'inconstance de la plupart de ces signes secondaires, et d'autre part la constance de la sidérose, réunissent tous ces faits sous le nom plus compréhensif d'hémochromatose (Letulle, de Massary, Peyton Rous), d'hépatite sidérogène pour indiquer le terme essentiel du syndrome : l'infiltration ferrugineuse des organes associée à des lésions hépatiques.

Ces états de *sidérose* constituent le degré le plus différencié de la sympathèse hématolytique du foie et de la rate et cette conception reçoit confirmation des faits cliniques, anatomiques, pathogéniques que nous allons rappeler.

Cliniquement le syndrome d'hépatite sidérogène type se réalise dans le diabète bronzé de Hanot et Chauffard (1882) et comprend quatre éléments cardinaux :

1. Le diabète d'intensité variable, élément d'ailleurs inconstant.

2. La mélanodermie hépatique, respectant en général les muqueuses, peut manquer et la sidérose n'apparaître qu'à l'autopsie (Letulle 1895).

3. L'atteinte hépatique qui serait constante sinon cliniquement, du moins anatomiquement (Gouget) mais variable dans son intensité et son aspect clinique. Elle revêt le plus souvent le type de la cirrhose hypertrophique, sans signes nets d'insuffisance hépatique, parfois de cirrhose atrophique avec rarement de l'ictère. Le rate est le plus souvent nettement hypertrophiée. L'évolution est en général lente, fait nécessaire pour que l'hémolyse ait le temps de faire un trouble ou des lésions hépatiques.

4. L'infiltration ferrugineuse des viscères, fait essentiel et qui distingue les cirrhoses pigmentaires des autres cirrhoses.

Les trois premiers signes sont accessoires, mais les modalités de leur association conditionnent les diverses formes cliniques observées.

Anatomiquement on retrouve la participation hépato-splénique que la clinique révèle avec deux sortes de lésions; les unes essentielles et constantes de sidérose des organes et surtout du foie et de la rate avec sclérose; les autres discutées et inconstantes : stigmates d'hémolyse admis par Gouget Chalier, Fiessinger, mais non retrouvés par Achard, Payan, Gros. Le facteur hémolytique ne peut donc tout expliquer ici.

Pathogéniquement bien qu'elles apprécient de façon inégale la part prise par chaque organe, toutes les théories ont incriminé le foie et la rate dans l'apparition de la sidérose :

1. La plus ancienne est la théorie hépatique (Hanot et Chauffard) qui considère la rubigine comme le résultat de l'exagération des fonctions pigmentaires du foie, d'une véritable hyperhépatie. Elle s'appuie sur la notion de la fonction martiale hépatique normale, sur l'apparition des syndromes

pigmentaires au cours des affections hépatiques, sur la sidérose prédominante dans le foie, enfin sur l'expérimentation (Castaigne); mais elle a été attaquée par Letulle, Duvernay qui pensent qu'il s'agit plus de viciation de la fonction martiale que d'exagération. Le rôle du foie, bien qu'indiscutable, ne peut tout expliquer.

2. La théorie hématogène (Regaud, Duvernay, Roque et Charlier) admet que la rubigine provient de la destruction excessive des hématies et invoque l'existence de stigmates sanguins d'hémolyse et l'expérimentation (Peyton Rous). L'hémolyse, fait dominant, aurait lieu dans la rate où se forment les hémolysines, le foie n'ayant plus qu'un rôle secondaire : Elle a contre elle l'inconstance des signes d'hémolyse, et la non proportionnalité entre l'intensité de l'hémolyse et celle de la sidérose.

3. Aussi a-t-on adopté une théorie mixte hépato-hématogène (Fiessinger) : le foie travaillant cependant d'une façon exagérée à cause d'une hyperhémolyse, est débordé dans sa tache et ainsi se réalise la sidérose.

Mais qu'il s'agisse d'hyperhémolyse surtout splénique, ou de mauvaise élaboration du fer, avant tout hépatique peut-être, dans l'étude des syndromes pigmentaires se retrouve le trouble d'une grande fonction hépato-splénique : la fonction hématolytique dont dépend directement la fonction martiale, trouble dont la sidérose semble le type le plus différencié.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1926)

Contre l'alcoolisme. — Au début de la séance, M. LABBÉ vient lire les vœux suivants qui sont adoptés à l'unanimité :

« L'Académie, considérant que la recrudescence de l'alcoolisme constitue un danger pour notre pays, croit urgent de reprendre la lutte contre le fléau national et émet les vœux suivants :

1° Les lois promulguées contre l'alcoolisme pendant la guerre devront rester en vigueur et être appliquées rigoureusement;

2° Dans l'intérêt de la santé publique, le privilège des bouilleurs de cru doit être supprimé. Si pour des raisons diverses la réforme n'était pas réalisée, l'application de cette transaction actuellement inscrite dans la loi devra être soumise à un contrôle effectif et rigoureux;

3° Les droits sur la consommation des boissons alcooliques fermentées et distillées devront être relevés;

4° L'usage de toutes les formes d' « apéritifs » sera signalé comme particulièrement dangereux pour la santé;

5° Le règlement sur les succédanés de l'absinthe devraêtre révisé, précisé et strictement appliqué;

6° Le nombre des débits de boissons alcooliques, fermentées et distillées, devra être limité;

7° Cette mesure sera utilement complétée par diverses améliorations sociales, telles que la construction de logements sains et la création de lieux de réunion populaires où ne seront consommées que les boissons non alcooliques;

8° Une loi analogue à celle qui a été appliquée avec succès en Norvège et en Belgique serait souhaitable en France. Cette loi interdit la vente au détail et la consommation dans les débits des boissons alcooliques dont le titre est supérieur à 14 degrés; ces boissons ne peuvent être vendues dans les magasins d'alimentation qu'à partir d'une quantité minima de 2 litres;

9° L'utilisation alimentaire du raisin et du jus de raisin non fermenté, l'utilisation industrielle de l'alcool devront être facilitées;

10° L'éducation anti-alcoolique sera organisée dans toutes les classes de la société; la propagande anti-alcoolique par les individus, par les ligues et groupements sociaux, par l'Etat, devra être développée. »

Immunité vaccinale et réactions revaccinales. — M. L. CAMUS. Les nombreuses vaccinations qui eurent lieu récemment à l'occasion de quelques cas de variole ont donné lieu, d'une façon générale, à une forte proportion de résultats positifs. On s'est demandé si cette grande réceptivité était l'indice d'une immunité vaccinale moins durable aujourd'hui qu'autrefois ? Si le vaccin qui a servi pendant la guerre était moins immunisant qu'à une autre époque? Ou si une influence cosmique était en cause?

L'auteur pense que si l'immunité vaccinale paraît moins durable c'est peut-être en partie parce qu'on revaccine plus aujourd'hui qu'autrefois et qu'on observe mieux les résultats; mais c'est surtout parce que les vaccins de tous les instituts sont plus actifs qu'ils étaient il y a une vingtaine d'années, et aussi parce que la scarification plus fréquemment utilisée qu'autrefois favorise le succès de l'inoculation. Toutes les fois qu'on utilise un vaccin très actif on s'aperçoit que l'immunité vaccinale s'atténue de façon appréciable après quelques années, et c'est pourquoi il est prudent de se faire revacciner tous les les trois ans.

Parmi les réactions vaccinales positives qui viennent d'être observées, on a signalé assez souvent des réactions très marquées qui ont été dénommées fortes réactions revaccinales. Elles ont été constatées chez des personnes qui n'avaient pas été vaccinées depuis de nombreuses années, elles n'ont eu aucune conséquence sérieuse, mais elles ont incommodé pendant un temps plus ou moins long les sujets qui les ont présentées. Ces réactions sont évitables, il importe d'en bien connaître les conditions de production et de prendre les précautions qu'elles commandent. Trois facteurs sont en cause : le vaccin, le vaccinateur, le vacciné.

Il importe de ne pas chercher à réduire l'activité du vaccin pour en atténuer les effets, car on diminuerait considérablement le succès des vaccinations dans leur ensemble. Les vaccins que l'on trouverait dans le commerce seraient bien souvent, non pas des vaccins légèrement atténués, mais des vaccins complètement inactifs.

On peut d'ailleurs obtenir un effet atténué d'un vaccin très actif en diminuant, chez les sujets que l'on peut supposer très réceptifs, la longueur et le nombre des scarifications. Inoculé en trois points par une scarification très superficielle n'ayant pas plus d'un millimètre de longueur, un vaccin très actif ne donne pas ou à peu près pas de fortes réactions si les trois points sont suffisamment écartés pour que les aréoles n'arrivent pas à confluence. Enfin, il est une précaution pour le vacciné qui, à elle seule, est plus efficace que toutes les autres, c'est de conserver à l'organisme une immunité vaccinale permanente.

Jamais on n'observe de fortes réactions revaccinales chez les sujets qui se font revacciner tous les trois ans.

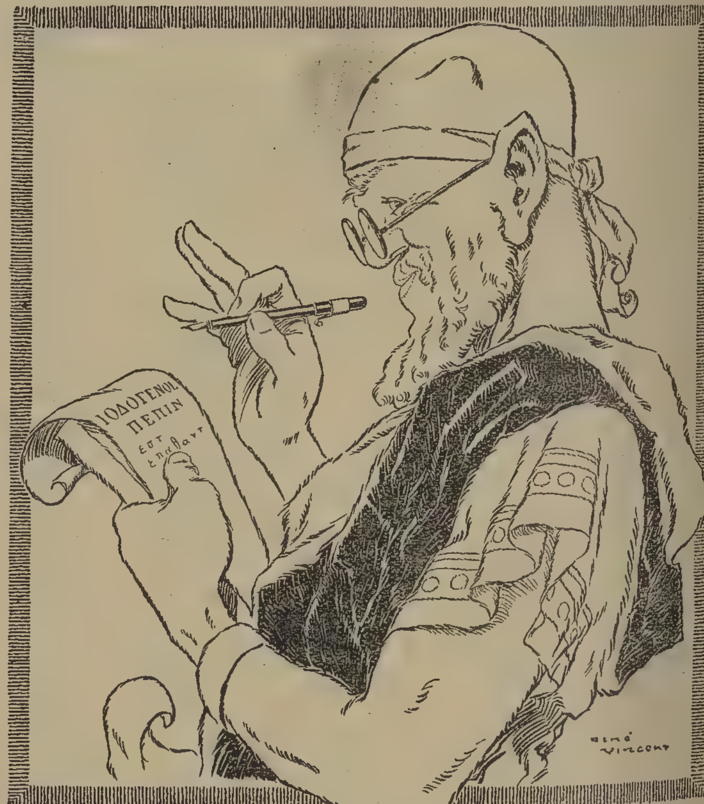
Le rendement alimentaire du blé suivant le taux de blutage, d'après des expériences inédites. — M. LAPICQUE. Devant la perspective d'une mauvaise récolte de blé, M. Lapicque s'est livré à un certain nombre d'expériences sur l'animal pour étudier la valeur alimentaire de la farine suivant le taux de blutage, à 70 p. 100, à 85 p. 100 et à 100 p. 100. Ses observations lui permettent de préconiser l'établissement ferme et invariable de l'extraction à 80 p. 100 qui lui paraît le meilleur taux, tant au point de vue de l'hygiène que de nos finances. M. Lapicque condamne au contraire l'emploi des succédanés et calcule que l'extraction à 80 p. 100 donnerait en année médiocre, comme celle qui s'annonce, un soulagement d'au moins deux milliards dans le déficit de la balance du commerce.

Observations sur la durée de l'immunité vaccinale au cours de l'épidémie algéroise de variole. — M. LEMAIRE.

Recherches sur l'action de l'antitoxine scarlatineuse. — MM. MARINESCO et FARCAS.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



N° 56. — MERCREDI 14 JUILLET 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 14 JUILLET 1926. — N° 56.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 5 juillet. — MM. Sénèque et Bloch (René), 17; Monod (Raoul), 18; Braine, 16.

— POUR LER INTERNES DES HÔPITAUX ATTEINTS DE TUBERCULOSE. — Le Conseil municipal de Paris vient de proposer le renvoi à la cinquième Commission et à l'administration, avec avis favorable, d'une proposition de M. Castellaz tendant au maintien de leur rémunération aux internes des hôpitaux atteints de tuberculose.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 20 janvier 1927, à 16 h. 30, à l'hôpital général.

Se faire inscrire à la direction, enclave de l'hôpital général. au plus tard le 25 décembre 1926, avant 18 heures.

— LYON. — A l'hôpital de la Charité de Lyon a eu lieu la cérémonie en mémoire des frères Maurice et Auguste Pollosson qui furent chirurgiens des hôpitaux et professeurs à la Faculté. Un médaillon réunissant les effigies des deux regrettés chirurgiens a été remis à l'hôpital en présence d'une nombreuse assistance. Des discours ont été prononcés par les professeurs Rollet et Patel (de Lyon), le professeur Lépine, doyen de la Faculté de médecine, le professeur J.-L. Faure (de Paris), M. le docteur Josserand et M. Carle, administrateur-directeur de l'hôpital de la Charité.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — La Faculté de médecine de Paris a accordé les récompenses suivantes pour les thèses qui lui ont été présentées au cours de l'année 1925 :

Médaille d'argent. — MM. Kermorgant, Marchal, Joannon, Lelong, Bernard, Weissmann, Desoubry, Prévôt, Cuel, Hazard, Girot, Mathieu, Perisson, Dubois, Thépenier, Huet, Guellette, Broca, Hellmann, Sohlmann, Lebée, Vesselle, Giroud, Chabanier, Lebon, Cornet, Winter, Grellety-Bosviel, Oury, Turpin, Chauveau, Coste, Chavany, Walser, Hillemand, Zizine, Gley et Legrand.

Médaille de bronze. — MM. Lambert, Denoyelle, Cordey, Lazare, Potez, Vigneron, La Burthe, Parvi, Stanoievitch, Mlle Desgrez, MM. Froment, Giberton, Tardieu, Vincent, Patou, Salasc, Surniant, Jousseaume, Valière-Vialeix, Bonnet, Metzger, Krivine, Christou, Lemaire, Lanos, Aris, Guinard, Allaire, Perivier, Piédallu, Mlle Ostwald, MM. Veil (Prosper), Bourdillon, de Brun du Bois Noir, Musy, Lefournier, Simon, Fabre, Bethoux et Basch.

Mention honorable. — MM. Canuna, Mariani, Wolfsohn, Gory, Lefebvre, Letondal, Mme Ménard, MM. Renard, Capitaine, Derville, Luc, Rebel, Suau, Villière, Menguy, Mlle Cordier, MM. Lorbsch, Merklen, Bruno.

— *Diplôme d'hygiène.* — A la suite des examens qui viennent d'avoir lieu à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, les diplômes d'hygiène suivants ont été décernés :

MM. Menentaud, Ramijean, Pecker, Becker, Coutelen, Fricker, Gousseinbekoff, La Bruyère, Lelièvre, Lontsky, Amaraggi, Perigord, Despontin, Garat, Duclos, Olivier, Gerogiades, Bernheim, Bianquis, Polycrates, Eliava, Breton, Mlle Kharitonowsky.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin inspecteur. — MM. les médecins principaux de 1re classe Roussel et Lacoustx.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un décret modifie le décret du 19 septembre 1919 relatif à la réorganisation de l'Ecole de Lyon.

Ce décret est relatif à la composition des conseils de discipline. Il décide, d'autre part, que les élèves traduits devant ces conseils auront communication préalable de tout leur dos-

sier général, puis du dossier complet du Conseil de discipline.

MARINE. — M. le médecin principal Cristol est désigné pour remplir les fonctions de secrétaire du Conseil de santé du port de Toulon, en remplacement de M. le médecin principal Hénault.

M. le médecin principal Hénault, secrétaire du Conseil de santé du Ve arrondissement, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major de la pyrotechnie, à Toulon, en remplacement de M. le médecin principal Cristol.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Le *Journal officiel* du 10 juillet publie un arrêté instituant au Cameroun une mission permanente de la maladie du sommeil.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Vialard, Ployé et Lesson.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Babin, Lacaze, Lestideau, Bréard, Aubry, Maleville et Maudet.

MARINE MARCHANDE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Palauqui (de la Nouvelle).

GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Schoull, médecin principal honoraire.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Dubuisson, directeur honoraire des asiles publics d'aliénés; Rousseau, publiciste scientifique.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. Vaillant, ex-chef du laboratoire de radiographie à l'hôpital Lariboisière à Paris; M. le docteur Ribot, directeur du Service sanitaire maritime à Marseille.

Rappel de médaille de vermeil. — M. de Goyon, chef du Service de santé des établissements français de l'Inde.

Médaille de vermeil. — M. le docteur Barros (de Kayes).

Médaille d'argent. — MM. Rault, médecin-major des troupes coloniales, et Le Hur; M. le docteur Paris (de Chingking).

Médailles de bronze. — M. le docteur Granet (de Paris), Badelon (de Gafsa), Soldey (de Bamako), François, médecin-major des troupes coloniales, Mme le docteur Pottier (de Paris).

MM. les internes Louet, Moruzi, Coffin, Lambling, Odinet, Van Bockstael, Mlle Wolff (de Paris), M. Fillol, interne provisoire de Paris.

MM. les internes Goguillon et Vankermel (de Lille), Soucomarin et Aroquianadin (de Pondichéry).

MM. les externes Violet, Nicole, Breton, Litchenberger, Feuillastre, Lemaire, Redaud, Lejeune, Petit, Lévy-Nissim, Mlles Pissard, Develay, Pichot, Fournier, Fayet (de Paris).

LES PROCHAINES CROISIÈRES DE « BRUXELLES MÉDICAL ». — LES CANARIES AU DÉPART D'ANVERS, AVEC RETOUR PAR L'ESPAGNE OU LE MAROC. — Aller : Anvers, Le Havre, La Pallice, Bilbao, Vigo, Porto, Las Palmas.

Retour au choix : *A*) Las Palmas, Almeira (Espagne), Marseille. — *B*) Las Palmas, Casablanca, Tanger, Marseille.

Le départ d'Anvers est fixé au 31 août et le retour à Marseille au 20 septembre.

Le prix médical de ces tickets maritimes est de 16 livres sterling.

Le voyage d'aller s'effectuera à bord du paquebot *Malte*, de la Compagnie des Chargeurs Réunis ; le retour, suivant qu'il s'effectuera par l'Espagne ou le Maroc, par le *Plata*, des Transports Maritimes à Vapeur, ou par un bateau de la Compagnie Paquet.

Le séjour aux Canaries sera de 6 jours en utilisant la voie *A* pour le retour, ou de trois jours en utilisant la voie *B*.

CROISIÈRES DES PORTS DE FRANCE. — Trois croisières d'environ quinze jours auront lieu dans le courant d'août et de septembre à bord des paquebots suivants : *Céphé*, *Ville d'Amiens* et *Cap Saint-Jacques*, au départ d'Anvers, Dunkerque ou Le Havre, pour Bordeaux, Lisbonne et Marseille (Tanger facultatif). Prix : 1.800 francs.

CROISIÈRES EN ORIENT POUR ÉTUDIANTS. — Deux croisières spéciales pour étudiants de toutes facultés sont organisées par la Compagnie Fabre au prix de 1.800 francs (voyage *A*) et 2.100 francs (voyage *B*).

Itinéraire : Marseille, Alexandrie, (Le Caire), Jaffa (Jérusalem), Beyrouth (Baalbeck-Liban), Smyrne, Constantinople, Athènes, Messine (Palerme), Naples, Marseille.

Le voyage *A* quitte Marseille le 30 juillet et dure 26 jours.

Le voyage *B* quitte Marseille le 26 août et dure 30 jours (en raison d'un arrêt de 5 jours en Sicile).

Les prix ci-dessus comprennent le ticket maritime, le logement en cabine de seconde, et la table vin compris. Ces voyages se font à bord des beaux bateaux de passagers *Braga* (*A*) et *Sinaïa* (*B*). Un prix forfaitaire comprenant chemins de fer, hôtels, restaurants, pourboires, etc., a été établi pour la visite de toutes les escales et environs : 62 dollars pour la croisière *A* et 75 dollars pour la croisière *B*. La Compagnie informe que ces deux voyages sont accompagnés d'un guide et d'un directeur de voyage, et que les sommes d'argent que les familles voudraient mettre à la disposition des jeunes gens peuvent lui être confiées. Brochure explicative illustrée et très détaillée sur demande à l'adresse ci-dessous.

N. B. — 25 places seulement sont à notre disposition.

Renseignements généraux. — Tous les renseignements concernant les trois projets ci-dessus doivent être demandés en se réclamant de *Bruxelles-Médical*, directement au Service des Croisières Médicales Internationales (Office Belge C. F. Navigation), 29, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alfred Chobaut (d'Avignon); Albert Viger, ancien ministre de l'Agriculture; Henri Chatinière (de Paris); Emile Baillet, ancien interne des hôpitaux de Paris; Ramon Turro, le grand biologiste catalan, décédé à Barcelone; Cattin (de Lorient), Lafont (de Boulou-les-Roses), Jean Michelet (de Tassin la Demi-Lune, Rhône), Charles Charbonneau (de Limoges).

VIENT DE PARAITRE un nouveau supplément à la *Gazette médicale du Centre* et à la *Gazette médicale de Bretagne* : *Les Archives du droit médical et de l'hygiène*, n° 1, sous la direction de Me Jean Letort, avocat à la Cour de Paris, et du docteur Roux-Delimal.

Cette publication a pour heureux effet de grouper pour la première fois, sous forme de répertoire alphabétique facile à consulter et précieux à conserver, les dernières espèces de la jurisprudence, une foule de données pratiques concernant l'exercice de la profession, les questions fiscales, et, enfin, une mise à jour de toutes les questions d'hygiène au sujet desquelles il faut de plus en plus que le médecin se tienne au courant.

L'hygiène se fera avec les médecins où elle ne se fera pas.

RENSEIGNEMENTS

ÉTUDIANT, 12 inscriptions, désire poste assistant ou interne dans laboratoire ou clinique préférence, ville Faculté. — ETUDIANT, 46, rue Clément, Bordeaux.

C. R., 18.000, Seine.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Par P. GASTINEL

DERMATOLOGIE

Anatomie pathologique.

Mélanoses, mélanomes et mélanosarcomes. (J. DARIER. *Réunion dermatologique de Nancy* (à l'occasion du Congrès français de Médecine, 18 juillet 1925). — Dans une très importante communication M. Darier précise l'état actuel de la question des pigmentations cutanées et de l'origine du pigment que les travaux de Bruno-Block et de ses collaborateurs ont rénové grâce à leur réactif appelé « Dopa ». Ce réactif permet en effet de distinguer les cellules qui fabriquent le pigment et sont *mélanogènes* de celles qui n'en sont chargées que secondairement par transmission et ne sont que de simples *mélanophores* ou *chromatophores*. Dans la peau humaine existent deux appareils mélanogènes, l'un ectodermique qui est généralisée et permanent, l'autre mésodermique qui est localisé et temporaire.

L'appareil pigmentaire ectodermique est constitué par des cellules basales de l'épiderme, cellules cylindriques; ce sont elles seules qui élaborent la mélanime. Les cellules pigmentaires conjonctives qu'on rencontre dans le derme sous-jacent n'ont qu'un pigment d'emprunt et sont des chromatophores.

C'est de cette mélanogénèse épidermique que dérive la pigmentation générale du tégument, variables suivant les races et les régions du corps, exagérée aussi par les rayons solaires et ultra-violets. Du même processus de mélanogénèse relève une foule de surpigmentations pathologiques que Darier appelle « les *mélanoses* ». Il en est ainsi pour les *mélanodermies* addisonnienne et pédiculaire, pour l'*acanthosis nigricans*, pour l'hyperchromie de la lèpre, des lichens, des syphilides pigmentaires, pour le diabète bronzé. Est également ectodermique la mélanogénèse des taches hépatiques, du xeroderma pigmentosum et de l'urticaire pigmentaire.

Il en est autrement dans les mélanomes bénins dont le type est le *lentigo*. A la pigmentation se surajoute ici un processus spécial véritablement néoplasique; celui des cellules næviques; de ces mélanomes bénins peuvent provenir des mélanomes malins (nævo-carcinome).

L'appareil pigmentaire mésenchymateux est constitué par des cellules conjonctives pigmentaires qui sont mélanogènes ainsi qu'on l'a démontré par le « Dopa » et qui siègent profondément dans le chorion. Leur localisation profonde explique la teinte bleue des pigmentations qu'elles déterminent. Cet appareil, généralisé et permanent chez certains singes, n'est que régional et temporaire chez l'homme.

Ces cellules pigmentaires mésenchymateuses donnent lieu aux *taches mongoliques* et aux *nævi bleus* décrits par Tiecke qui sont des mélanomes mésenchymateux bénins. Ces taches bleues peuvent d'ailleurs dégénérer et donner des mélanomes malins mésenchymateux qui sont, non pas des nævi-carcinomes, mais bien des *mélano-sarcomes*. M. Darier en a rapporté trois cas à l'Association du cancer.

Etude histologique d'un cas de cutis verticis gyrata (Unna), pachydermie vorticellée (Audry). (F. CURTIS. *Ann. d'anat. path. et d'anat. normale méd.-chir.*, t. III, n° 6, juin 1926, p. 529-570). — De cette très importante étude se dégagent les conclusions suivantes : La *cutis verticis gyrata* ou *pachydermie vorticellée*, ou mieux la *pachydermie encéphaloïde* du cuir chevelu est un véritable néoplasme, une tumeur d'allure bénigne, en raison du haut degré d'organisation des tissus néoformés. C'est un véritable nævo-fibrome en majeure partie pigmentaire dans le cas étudié mais parsemé cependant de points pigmentaires erratiques. Le vrai caractère de la maladie est l'hyperplasie conjonctive énorme produite aux dépens des cellules næviques et qui engendre la pachydermie.

L'origine congénitale de la lésion est démontrée par les faits histologiques et cliniques.

La pachydermie peut être pure aux cheveux ou se compliquer d'un état glabre des téguments. Dans les formes glabres il existe en plus de la pachydermie, une véritable malformation de tout le système pilo-sébacé et sudoripare, ainsi qu'une aplasie élastique qui soulignent la nature congénitale de la lésion. Histologiquement la pachydermie vorticellée est un nævi-fibrome qui offre un exemple presque schématique de la transformation d'une cellule épithéliale en fibroblaste et de la production de collogène aux dépens de cellules næviques modifiées.

Il n'existe dans cette affection aucun élément microbien malgré la présence d'énormes macrophages; ceux-ci n'ont qu'un seul rôle celui de phagocyter les bourgeons pilaires avortés.

Pathologie générale

Glandes endocrines et dermatoses. (WINSTEL. *Revue Franç. d'endocrinolngie*, n° 1, fév. 1925.) — L'auteur passe en revue les divers travaux écrits sur l'action des glandes endocrines dans les dermatoses et donne les résultats de ses recherches personnelles. Il semble bien qu'il y ait un rapport entre les glandes endocrines et les dermatoses : la vérification a été la suivante : 1° chercher par les méthodes spéciales la glande en dysfonction; 2° appliquer le traitement approprié par l'emploi de l'opothérapie correspondante.

Les syndromes d'hérédo-méiopragie ectodermique. (LORTAT-JACOB. *Presse méd.*, 9 sept. 1925.) — L'auteur insiste sur les troubles atteignant à la fois la peau, le système nerveux et les organes des sens dans la vie d'un même sujet. Ces différentes manifestations relèvent d'une pertubation de l'ectoderme et la syphilis est un des plus importants facteurs de cette pertubation. Le traitement arsenical en dehors de son rôle anti-syphilitique est l'agent modificateur par excellence de la peau, des phanères et du système nerveux en raison des affinités tissulaires de l'arsenic.

Quelques enseignements tirés des relations des dermatoses avec les perturbations fonctionnelles de divers appareils. (LORTAT-JACOB. *Presse méd.*, 26 déc. 1925.) — Dans cet article l'auteur insiste à nouveau sur l'interdépendance de la plupart des manifestations cutanées et des troubles viscéraux divers. Il rappelle en particulier la fréquence des altérations de l'appareil digestif et les perturbations de la fonction hépatique. Les relations entre les glandes endocrines et certaines altérations cutanées sont encore à l'étude. Les recherches sur le métabolisme basal permettront sans doute d'orienter la thérapeutique selon des directives physiologiques.

Le traitement des dermatoses par les méthodes de désensibilisation. (HUDELO et RABUT. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 avril 1926.) — Ce travail est une mise au point très intéressante des méthodes de désensibilisation appliquées à la thérapeutique des dermatoses. Le lecteur devra se rapporter à l'article original.

La cryothérapie et son mode d'action. (Lortat-Jacob et Solente. *Bull. méd.*, n° 13, 1926.) — Les résultats obtenus par la cryothérapie ne laisse subsister aucune cicatrice, ce qui est dû à l'immunité relative dont jouit le tissu élastique envers la réfrigération. L'action du froid sur le tissu vasculaire, conjonctif et épithélial et d'autre part son rôle sur les réactions défensives de l'organisme dans le territoire soumis à son action, tels sont les principaux effets de la réfrigération locale expliquant les heureux résultats de son emploi thérapeutique dans les cadres les plus variés.

Clinique.

Erythromélalgie. (Ch. Achard. *Bull. méd.*, 13 janv. 1926, n° 3, p. 69.) — A propos d'un malade de son service de l'hôpital Beaujon, l'auteur publie une de ses cliniques dans laquelle il envisage toute la symptomatologie et la pathogénie du curieux syndrome de Weir-Mitchell.

Sensibilité et sensibilisation aux rayons lumineux. Les maladies par sensibilisation des téguments à la lumière. (Guillaume. *Bull. méd.*, 1926, nos 20, 21 et 22.) — Très intéressant mémoire dont nous ne pouvons donner l'analyse ici et qui autorise l'auteur à formuler une série de conclusions d'ensemble qui s'appliquent au problème des rapports biologiques unissant les unes aux autres l'énergie lumineuse et les modifications tissulaires.

Le coup de lumière acridinique. Son traitement préventif par la résorcine. (Jausion et Marceron. *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, juillet 1925, p. 358.) — Les auteurs montrent que les sujets ayant reçu dans un but thérapeutique une injection intraveineuse d'acridine avaient de ce fait acquis une sensibilisation tégumentaire à la lumière. Les téguments ainsi sensibilisés, lorsqu'ils sont exposés aux rayons lumineux, font des coups de soleil. Cette sensibilisation commence immédiatement après l'injection d'acridine pour décroître après vingt-quatre ou quarante-huit heures et disparaître ensuite en suivant à peu près la courbe d'élimination rénale. On peut désensibiliser ces sujets avec de la résorcine.

Causes et traitement des prurits. (G. Thibierge. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 avril 1926, p. 229.) — L'auteur passe en revue les différentes causes de prurit qui se ramènent presque toujours à des causes toxiques. Elles agissent d'autant mieux qu'elles portent sur des sujets nerveux par prédisposition.

Topographiquement, les prurits doivent être divisés en prurits généralisés et en prurits localisés, le plus souvent péri-orificiels. Les prurits généralisés peuvent être aigus ou chroniques. Aigus, ils sont le plus souvent d'origine toxique succédant à l'ingestion de substances alimentaires nocives ou de médicaments. Subaigus ou chroniques, les prurits relèvent très souvent d'un trouble rénal ou hépatique ou de certaines intoxications, telle que la cocaïne. Il faut, enfin, se souvenir du prurit des leucémies et du mycosis fongoïde.

L'auteur passe en revue ensuite les différentes médications externes des prurits et expose les directives de leur traitement interne.

Insuffisance progressive et atrophie des glandes salivaires et muqueuses de la bouche, des conjonctives et parfois des muqueuses nasale, laryngée, vulvaire, sécheresse de la bouche, des conjonctives, etc. (H. Gougerot. *Bull. méd.*, 1926, n° 13, p. 360.) — Il s'agit d'un syndrome nouveau, non décrit dans les ouvrages classiques, frappant électivement les glandes salivaires et les muqueuses. L'évolution est progressive, chronique et paraît incurable; les traitements les plus variés restent inactifs; l'étiologie et la pathogénie sont obscures.

Ce syndrome doit être séparé du syndrome de Mikulicz, malgré des points de contact et des formes de transition.

Erythème induré de Bazin. Inoculation dans la chambre antérieure de l'œil du lapin. Nodule cornéen et iritis qui guérissent complètement. Paraplégie. Mal de Pott tuberculeux. (Jeanselme et Chevalier. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, nov. 1925, n° 8, p. 390.) — Les auteurs inoculent le produit de raclage d'un nodule gommeux ulcéré dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin. Il en résulte quatre jours après cette inoculation la production d'un nodule cornéen et d'une iritis; quarante jours après le lapin présente une paralysie totale du train postérieur due à un mal de Pott lombaire avec abcès. Le pus caséeux contenait une énorme quantité de bacilles de Koch.

Erythème noueux. (Austin Lendon. *Brit. med. Journ.*, 4 avril 1925.) — L'auteur n'admet aucun rapport entre l'érythème noueux et le rhumatisme articulaire d'une part, la tuberculose de l'autre.

L'érythème noueux se confondrait avec l'érythème polymorphe constituant une infection aiguë spécifique.

Pityriasis rubra pilaris chez un tuberculeux. (Milian et Rime. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, juin 1925, n° 6, p. 269.) — Les auteurs ont observé chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire grave une éruption de pityriasis rubra pilaire qui s'est faite brusquement au moment où l'affection du poumon prenait une forme galopante et rapidement mortelle.

Les excoriations neurotiques. (G. Thibierge. *Bull. méd.*, 1926, n° 13, p. 354.) — L'auteur passe en revue les différents types d'excoriation neurotique qui sont toutes caractérisées par leur production artificielle et le terrain neurotique sur lequel elles évoluent.

Reproduction expérimentale de la lèpre chez les singes inférieurs. (J. Reenstirna. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1926, n° 1, p. 78.) — Empruntant son matériel d'inoculation à deux malades atteints de lèpre tuberculeuse en état aigu, l'auteur a pu déterminer chez macacus sinicus et macacus rhesus, après une longue incubation, le développement de nodules qui ont les mêmes caractères cliniques, histologiques et bactériologiques que les lépromes humains. Ce développement atteste, pense l'auteur, qu'il a réussi à reproduire une infection localisée de lèpre expérimentale.

Les rapports de la syphilis et de la sclérodermie. (E. Bertin. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1926, n° 3, p. 175.) — Des faits cliniques prouvent l'étiologie syphilitique de certaines sclérodermies. Cette étiologie apparaîtra encore plus fréquente lorsqu'on fera systématiquement dans ces cas la recherche des signes humoraux de la syphilis. Au point de vue pathogénique il faut placer au premier plan les lésions de vascularite. Il est peu probable qu'elles puissent à elles seules créer le syndrome; un mécanisme nerveux périphérique interviendrait, commandé par des lésions du système nerveux central ou par des manifestations endocriniennes.

La recherche de l'origine syphilitique a un intérêt pratique car le traitement est susceptible de provoquer dans la majorité des cas une amélioration notable, sinon une rétrocession complète de la sclérodermie.

Condylomes chancrelleux de l'orifice vaginal. (Paul Ravaut et Lambling. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1926, n° 4, p. 215.) — Il s'agit dans l'observation rapportée de condylomes chancrelleux absolument comparables à ceux de l'anus étudiés en 1909 par Ravaut et Bord. Ces formations condylomateuses se développent aux dépens des plis radiés de l'anus ou des reliquats de l'hymen. Ces néoformations survivent presque toujours au chancre et on oublie trop souvent le rôle du bacille de Ducrey dans leur production.

Les enseignements dermatologiques de la guerre 1914-1918. (G. Thibierge. *Ann. de dermat.*, 1925, n° 8, p. 481; n° 11, p. 641; n° 12, p. 705.) — La dermatologie de la guerre a été surtout caractérisée par la fréquence des maladies parasitaires, d'origine animale, microbienne ou mycosique, par l'intensité de leurs manifestations et des complications infectieuses locales. Plus spéciales à la guerre de 1914-1918 ont été les dermatoses provoquées par le contact de certaines substances employées dans l'industrie de guerre, ou que les conditions économiques résultant des hostilités ne permettaient pas d'obtenir avec leur pureté habituelle : telles sont les éruptions produites par les huiles de graissage, les vase-

lines impures; peut-être doit-on rapporter à une cause analogue une variété de mélanodermie sur laquelle l'attention n'avait pas été appelée avant la guerre et qui continue de s'observer depuis la fin des hostilités.

Les dermatoses provoquées ont revêtu des formes variées dont plusieurs, obtenues par des techniques inaccoutumées et empruntées à des découvertes récentes, ont revêtu des types entièrement nouveaux.

Enfin, la connaissance de quelques affections banales a profité des constatations qui ont pu être faites pendant les hostilités et ont fourni en particulier des documents sur leur étiologie.

L'action de l'insuline sur l'évolution du psoriasis. (Paul Ravaut, Bith et Ducourtioux. *Bull. de dermat. et de syphil.*, juin 1925, n° 6, p. 275.) — Les auteurs ont présenté trois malades dont les éléments psoriasiques ont rétrocédé sous l'influence des injections d'insuline. Aucun ne présentait de sucre dans les urines, mais l'un des trois était atteint d'hyperglycémie et d'hérédité diabétique. Ces malades reçurent quinze à trente unités d'insuline; le traitement a duré environ un mois.

Psoriasis et insuline. (Ravaut, Bith et Ducourtioux. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, fév. 1926, n° 2, p. 99.) — Dans ce nouveau travail, les auteurs rapportent 10 cas. Ils ont pu remarquer que seuls les sujets présentant une légère insuffisance hépatique ont été favorablement influencés. Les modifications observées portaient sur les éléments psoriasiques qui disparurent sans traitement externe de façon parfois rapide et sur le prurit dont l'amélioration s'est montrée souvent précoce; sur les arthralgies l'action semble nulle.

Quelques résultats du traitement insulinique chez les psoriasiques. (Lortat-Jacob, Legrain et Pélissier. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, fév. 1926, n° 2, p. 101.) — Ces auteurs ont traité des psoriasis par l'insuline et il ne leur paraît pas que l'on puisse tenir cette médication comme vraiment active dans tous les cas. Ils ont, d'autre part, noté quelques incidents au cours du traitement insulinique : fatigue, frisson, sueur, asthénie. Ils pensent que l'hyper-cholestérinémie est une raison d'échec du traitement insulinique.

SYPHILIGRAPHIE

Bactériologie et réactions humorales.

Milieux solides et liquides pour la culture du spirochète pallida. (W. Krautz. *Centralbl. f. Bakt. I*, 1924, t. XCII, p. 216.) — L'auteur constate que l'anaérobiose est une condition nécessaire; la réaction des milieux joue un rôle important. Le spirochète peut se cultiver sur milieux ne contenant pas d'albumine sérique. L'auteur obtint des cultures sur gélose ou bouillon peptoné.

Une méthode simple de coloration du « Treponema pallidum » et des spirochètes en général. (E. Revaux. *Soc. de biol. belge*, 30 juin 1923, in *C. R. de la Soc. de biol.*, 1923, p. 420.) — Le frottis est fixé au formol à 2 p. 100 additionné de 1 p. 100 d'acide acétique, ensuite il est sérieusement rincé à l'alcool à 95 degrés. Il est recouvert alors d'une solution aqueuse saturée d'acide picrique pendant dix minutes. On lave à l'eau courante et on colore dix minutes à froid par le violet de gentiane phéniqué ou la fuschine de Ziehl.

Recherches sur la présence des tréponèmes dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. (E. Jeanselme et Schulmann. *Presse méd.*, 5 août 1925, n° 62.) — Les recherches des auteurs portent sur vingt-deux malades atteints de syphilis à ses différentes phases et même de neuro-syphilis. Dans aucun cas ils ne purent déceler le tréponème dans le liquide céphalo-rachidien. Ces résultats ne confirment pas les travaux des auteurs étrangers de Wille et de Kirchener qui auraient trouvé le tréponème dans le liquide céphalo-rachidien dans 10 p. 100 des cas.

Présence du spirochète pallida dans le liquide céphalo-rachidien au début de la syphilis. (A. M. Chesney et J. E. Kemp. *Journ. amer. med. Assoc.*, 29 nov. 1924, t. LXXXIII, n° 22, p. 1725.) — Les auteurs ont prélevé le liquide céphalo-rachidien dans trente-quatre cas de syphilis non traitée (trois semaines à six mois). Tous ces liquides étaient d'aspect normal et n'offraient pas de réaction cytologique. Ces liquides étaient inoculés dans le testicule du lapin et l'animal demeurait en observation pendant quatre-vingt-dix jours. Si le résultat était négatif on prélevait un fragment de testicule et on le reportait sur un second lapin qui demeurait en observation également quatre-vingt-dix jours. Le liquide de cinq cas sur trente-quatre a donné la syphilis au lapin. Il est donc à retenir que le spirochète peut se retrouver dans un liquide tout à fait normal.

Le lapin atténue-t-il la virulence, pour l'homme, du tréponème pâle? (Désiré Gahylle. *Soc. de biol. belge*, 11 oct. 1924, in *C. R. de la Soc. de biol.*, t. XCI, p. 911.) — L'auteur rapporte le cas d'un aide de laboratoire piqué par l'aiguille d'une seringue chargée d'un virus gardé sur le lapin depuis deux ans. Il n'y eut pas d'accident local; au bout de deux mois il y eut une roséole avec micro-adénopathie et réaction de Wassermann positive. Traitement efficace au néo-salvarsan.

Les extraits de Meinicke dans le sérodiagnostic de la syphilis. (Hartenfels. *Central f. Bakt.*, I, t. XCI, p. 388, 1924.) — En employant des sérums non inactivés, la réaction d'opacification de Meinicke, donne de bons résultats dans le diagnostic de la syphilis.

Elle se montre plus sensible que la réaction de Wassermann; une réaction négative permet d'exclure la syphilis; une réaction positive doit être contrôlée par la technique habituelle.

L'auteur n'a pas noté de réactions non spécifiques dans la tuberculose.

Les résultats obtenus par la méthode de floculation dans la syphilis. (Glumphy. *Jour. inf. Dis.*, t. XXXV, déc. 1924, p. 540.) — La réaction de Bordet-Wassermann est plus sensible que la réaction de floculation mais donne plus souvent des résultats non spécifiques.

Le séro-diagnostic de syphilis expérimentale du lapin. (S. Mutermilch, S. Nicolau. *Soc. de biol.* Séance du 12 déc. 1925.) — Les auteurs ont appliqué à la syphilis expérimentale les réactions de Meinicke. Sur 27 lapins normaux tous ont donné une réaction négative. Sur 15 lapins syphilitiques 15 ont donné une réaction positive. La réaction est très précoce; elle peut même fournir un résultat positif avant l'apparition des lésions. Le traitement fait disparaître la réaction en même temps que les accidents.

Sur une particularité différentielle de la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis et la lèpre. (S. Nicolau et A. Bauciu. *Société Roumaine de biol.*, 6 nov., 1924. *Comptes Rendus de la Soc. de biol.*, t. XCI, p. 1352.) — Le sérum des lépreux fixe souvent le complément en présence non seulement de l'antigène lépreux, même aussi de l'antigène syphilitique. Mais si on compare des sérums syphilitiques et des sérums lépreux, on constate que ces derniers conservent leurs propriétés fixatrices jusqu'à une dilution beaucoup plus élevée que les sérums syphilitiques : par exemple jusqu'à la 100e et même la 280e dilution au lieu de la 40e et la 80e. On peut ainsi mettre en évidence un caractère différentiel de premier ordre qui sera surtout à utiliser dans les pays à lèpre.

Une femme indemne de tout accident spécifique mais présentant une réaction de Bordet-Wassermann positive peut-elle être contagieuse? (Bizard et Jolivet. *Soc. franç. de dermat.*, 12 fév. 1925.) — A la question ainsi posée les auteurs semblent répondre par l'affirmative et discutent les divers hypothèses d'interprétation.

Clinique.

Réinfection dans la syphilis. (J.-R. Driver. *Journ. de méd. assoc.*, t. LXXXIII, 29 nov. 1924, n° 22, p. 1728, n° 17, p. 1256.) — L'auteur relate 13 cas de réinfection sur

5.000 sujets observés. Il précise les conditions du diagnostic de la réinfection : présence du spirochète dans le chancre, nouveau chancre en un autre endroit que le premier, réaction de Wassermann encore négative. La réinfection peut survenir dès le premier mois après le chancre. C'est donc dit l'auteur qu'il n'y a pas d'immunité acquise contre la syphilis.

Les syphilis cutanées nummulaires purpuriques et gangréneuses des membres inférieurs. (Favre. *Ann. de dermat.*, t. VII, n° 8, mai 1926.) — La lésion primitive est un élément violacé, à contours précis, géométriques. Début brusque et sans phénomènes réactionnels nets. La teinte bleue devient noirâtre et le disque devient insensible; une escharre se forme dégageant une odeur putride.

Le médicament spécifique a amené rapidement la réparation des lésions.

L'auteur attribue ces cas de purpura nummulaire et gangréneux à des altérations veineuses, phlébite syphilitique ou périphlébite aiguë.

Radiodiagnostic de la syphilis tardive ou héréditaire. Les ostéites de la table interne du crâne. (Léri et Cottenot. *Presse méd.*, 26 juin 1926.) — La syphilis tardive acquise ou héréditaire est fort difficile, souvent impossible à dépister. A cette période, la réaction de Wassermann est fréquemment en défaut. Dans ces cas, la radiographie peut rendre de grands services, en décelant des ostéites spécifiques plus ou moins volumineuses de la table interne du crâne. Si chez certains sujets ces ostéites coïncident avec des manifestations antérieures ou actuelles de syphilis, chez d'autres elles ne sont accompagnées ni de stigmates, ni d'anamnestiques de vérole. La constatation radiologique a néanmoins permis aux auteurs d'établir un traitement spécifique dont l'efficacité rapide ne pouvait laisser de doute sur l'étiologie des troubles.

Ces ostéites se présentent sous des aspects analogues à ceux que la syphilis détermine au niveau d'un os quelconque. Il en existe trois variétés : la gomme osseuse, l'ulcération, l'hyperostose. Les auteurs précisent les conditions techniques dans lesquelles il convient de faire la radiographie et rapportent des observations cliniques dans lesquelles l'examen radiographique a seul permis d'interpréter le tableau clinique constitué par différents symptômes suivant les cas : crises comitiales, généralisées ou jacksoniennes, paralysies à forme hémiplégique ou monoplégique, hémiparesthésies, vertiges persistants, céphalées tenaces, etc.

Dans plusieurs des observations rapportées, l'image radiologique seule a permis de soupçonner et souvent d'affirmer la syphilis et d'en instituer le traitement.

La transmission de la syphilis héréditaire, sa prophylaxie individuelle et sociale. (J. Dayras. *Thèse de Paris* 1925, Arnette de Paris.) — Thèse très intéressante qui sera particulièrement lue par tous ceux qu'intéresse le problème de l'hérédo-syphilis. L'auteur admet qu'il n'y aurait pas d'hérédo-syphilis d'origine exclusivement paternelle sans infection de la mère. On pourrait même affirmer qu'il n'y a pas de syphilis héréditaire, il n'y a que des syphilis congénitales.

Tandis qu'en dehors du mariage une syphilis bien traitée ne demeure pas contagieuse au delà de un ou deux ans, dans le mariage au contraire quelle que soit l'ancienneté de la syphilis maritale et quel qu'en ait été le traitement, il est fréquent de la voir se transmettre du mari à la femme dès qu'il y a eu grossesse ou fausse couche.

La syphilis de la mère résultant de ce mode de contamination par conception est presque toujours muette à son début ; elle peut, néanmoins, déterminer plus tard de redoutables manifestations. Le traitement pendant la grossesse est à la base de prophylaxie de l'hérédo-syphilis et il doit être institué dans tous les cas où l'un des procréateurs peut être convaincu de syphilis ou d'hérédo-syphilis. Il doit être commencé précocement et doit être continué très régulièrement. Il faut avant tout éviter un traitement insuffisant qui risque d'être une réactivation et une cause de mort du fœtus.

Traitement.

L'inoculation du paludisme au stade précoce de la syphilis des centres nerveux. (F. Bering. *Münch. Mediz. Woch.*, 1er mai 1925, n° 18.) — Souvent des syphilitiques même activement traités présentent des réactions précoces du liquide céphalo-rachidien. L'auteur a réalisé l'inoculation palustre chez 179 syphilitiques à tous les stades de la neuro-syphilis.

L'évolution du paludisme fut arrêté par la quinine après huit ou dix accès.

L'état du liquide céphalo-rachidien se modifia heureusement chez tous les malades sauf chez un paralytique général.

L'action du traitement est d'autant plus nette qu'il est plus précocement institué.

L'effet curateur semble surtout dépendre des phénomènes réactionnels qui se déroulent au niveau des tissus nerveux.

Le traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme. (Grossman. *Lancet*, 4 juillet 1925, t. CCIX.) — L'auteur a appliqué le traitement dans huit cas de paralysie générale; il en tire des conclusions assez satisfaisantes. Les améliorations sont d'autant plus promptes et plus complètes que le traitement est plus précocement institué. Cependant les réactions humorales du liquide céphalo-rachidien restent immuables autant que les signes somatiques eux-mêmes (signes d'Argyll-Robertson, exagération des réflexes).

Accidents locaux des injections intramusculaires des produits bismuthiques insolubles en suspension huileuse. (R. Barthélemy. *Ann. des mal. vénér.*, août 1925, n° 8.) — Les accidents fort rares dans les premiers temps de l'emploi des injections bismuthiques se multiplient actuellement. Parmi les accidents observés, les plus bénins sont la sclérose du muscle et la nodosité. Plus graves sont les accidents réalisés par le kyste huileux intramusculaire déterminé par la non résorption de l'excipient. La ponction simple suffit généralement en évacuant son contenu. L'abcès aseptique profond a une allure beaucoup plus sérieuse, il survient tardivement (un an) après la dernière injection, amène une réaction intense avec tuméfaction en masse de la fesse mais il ne donne ni température, ni pus, ni culture positive. Cet abcès doit être traité chirurgicalement par incision large et profonde et épluchage des foyers.

L'accident le plus redoutable et le plus grave est l'embolie artérielle. Elle s'annonce par une douleur initiale rapide, une anémie localisée de la peau autour de la piqûre puis par l'apparition d'une escarre sèche, à base cutanée à sommet plus ou moins profond, qui, lorsqu'elle se détache, laisse une cavité lente à se combler.

Pour éviter ces accidents il faut s'astreindre à une technique minutieuse : faire une aspiration préalable pour s'assurer que l'aiguille n'est pas dans un vaisseau mais bien en plein muscle; ne pas répéter les injections trop souvent la capacité de résorptiou du muscle n'étant pas indéfinie. Si l'excipient est huileux il doit être exempt de toute graisse minérale. Enfin l'agent actif doit être dans un état très divisé et finement homogène. Il est prudent d'employer de petites doses avec des séries séparées avec repos assez long.

Le traitement de la syphilis par les composés arsenicaux et les préparations bismuthiques. (Lacapère et Ch. Laurent. Masson édit., Paris 1926.) — Dans la première partie de ce livre, les auteurs étudient les grandes médications syphilitiques : indications techniques, doses et résultats.

La deuxième partie de l'ouvrage est réservée à la thérapeutique appliquée à la syphilis et à ses différentes périodes,

Traitement de la neuro-syphilis par la tryparsamide. (U. J. Wile et L. M. Wieder. *Journ. amer. méd. Assoc.*, 6 déc. 1924, t. LXXXIII, n° 23, p. 1824.) — L'essai a porté surtout sur des cas de paralysie générale. En résumé amélioration dont il faudra voir la durée. Pas de notable amélioration du liquide céphalo-rachidien. Le traitement n'a pas présenté d'inconvénient et il n'a pas été observé de trouble de la vue.

L'emploi de la tryparsamide dans le traitement de la paralysie générale. (F. G. Ebaugh et R. W. Dickson. *Journ. amer. méd. Assoc.*, 13 sept. 1924, t. LXXXIII, n° 11, p. 803.) — La tryparsamide est le meilleur remède de la paralysie générale : sur 52 cas traités 15 ont repris le travail.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La pensée qui guérit, par le docteur Pierre VACHET. Un volume in-16 double couronne. — Prix : 10 fr. — Paris, Bernard Grasset, 61, rue des Saints-Pères.

Études sur la sérologie de la tuberculose. (Travaux et publications de l'Institut prophylactique.) Directeur : docteur Arthur VERNES. Fascicule IV. Une brochure grand in-8. — Prix : 5 fr. — Paris 1926, A. Maloine.

Comparaison de la tryparsamide et des autres médicaments dans le traitement de la neuro-syphilis. (H.-C. SALOMON et H.-R. VIETS. *Journ. amer. méd. Assoc.*, 20 sept. 1924, t. LXXXII, n° 12, p. 888-891.) — Travail concluant favorablement à l'emploi du tryparsamide dans le traitement de la neuro-syphilis. Mauvais remède pour les autres manifestations de la syphilis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 JUIN 1926)

Réflexes conditionnels dans l'immunité. — MM. S. MÉTALNIKOW et V. CHORINE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1926)

Les excellents résultats de la vaccinothérapie sur l'évolution des ulcères variqueux.— MM. Léon TIXIER et P.-R.-BIZE signalent l'influence remarquable des injections intramusculaires de doses progressives de propidon sur la cicatrisation des ulcères chroniques des membres inférieurs. La vaccinothérapie possède une action eutrophique indiscutable.

1° Sur l'ulcère : bourgeonnement, diminution de la suppuration, apparition d'îlots d'épidermisation;

2° Sur les tissus périphériques : atténuation, puis disparition de l'état cyanotique;

3° Sur les douleurs.

La vaccinothérapie des ulcères variqueux, donne des résultats supérieurs à tous ceux qui ont été préconisés jusqu'alors.

Métastases cérébrales et cardiaques d'un cancer du rein. — MM. P. HARVIER et A. LEMAIRE. Il s'agit d'un cancer du rein compliqué de métastases cérébrales et cardiaques. Les hémisphères du côté droit renferment chacun un nodule cancéreux. Autour du noyau néoplasique cérébral, on remarque un œdème important de la substance blanche, déformant l'hémisphère et refoulant la substance corticale. Le cœur contient des nodules cancéreux qui siègent sur le péricarde, dans l'épaisseur même du myocarde, et sur l'endocarde.

Hématome enkysté strictement intradural. — MM. P. HARVIER, J. RACHET et J. BLUM présentent une pièce anatomique provenant de l'autopsie d'un malade ayant subi vingt ans auparavant un violent traumatisme cranien et atteint d'épilepsie généralisée. Cet hématome, comparable à un os de seiche, est contenu tout entier dans un dédoublement de la dure-mère.

Chéloïdes spontanées et familiales survenues chez deux basedowiennes. — MM. F. WIDAL, P. HILLEMAND et LAPORTE présentent une femme basedowienne avec signes d'insuffisance cardiaque.

Cette malade est atteinte de chéloïdes, survenues, semble-t-il, spontanément.

D'autre part sa fille, à l'âge de dix-huit ans, a vu apparaître une maladie de Basedow et une chéloïde également spontanée.

Crises hypertensives paroxystiques au cours d'un lymphosarcome du médiastin. — MM. VILLARET, BLOCH, BARIETY et LAPPAS. Il s'agit d'un lymphosarcome métaplastique typique du médiastin supérieur, ayant englobé le pneumogastrique droit en trois endroits, et ayant donné lieu, en clinique, à des accès de dyspnée inspiratoire avec tirage et cornage, et à des poussées paroxystiques d'hypertension artérielle.

Gangrène pulmonaire dans un cas de cancer de la langue, après une suppuration du Rocher. — M. Maurice RENAUD fait remarquer à propos de ce cas combien sont rares les gangrènes pulmonaires dans les cancers de la bouche, du pharynx et des premières voies aériennes. Il semble que dans l'observation rapportée et dont le caractère est exceptionnel, l'otite ait été, comme cela est fréquent en d'autres circonstances l'étape intermédiaire entre l'infection pharyngée et la gangrène pulmonaire.

La glycorachie : sa valeur séméiologique. — MM. FONTANEL, LEULIER et ROUQUIER. La glycorachie dépend, dans une certaine mesure, de la glycémie, et il existe un rapport hémoméningé à peu près constant comme l'a indiqué Derrien (0,52 ou 0,55). L'étude de ce rapport peut offrir un certain intérêt clinique. Il s'élève chez les encéphalitiques, au moment d'une poussée aiguë et s'abaisse quand celle-ci est terminée. Ces constatations sont confirmées par d'importants travaux d'origine américaine, sur le même sujet.

Anémie splénique. — MM. Noël FIESSINGER et H.-R. OLIVIER rapportent une observation d'anémie splénique curieuse par l'évolution maligne de l'anémie, qui affectait un type plastique avec mégalocytose et myélocytose, et par une splénomégalie considérable rappelant par ses dimensions celle d'une leucémie myéloïde.

Les injections intraveineuses de bicarbonate de soude dans le traitement de la tétanie. — MM. SICARD, PARAF et Ch. MAYER ont eu l'occasion de traiter cinq cas de tétanie, dans ces trois dernières années, deux cas chez les enfants, trois cas chez l'adulte. Dans ces cinq observations ils ont pu constater l'effet remarquable des injections intraveineuses de bicarbonate de soude sur l'évolution de la contracture. Le bicarbonate de soude est injecté à la dose de 5 grammes chez l'enfant, 10 grammes chez l'adulte (solution à vingt pour mille). Une seule injection a suffi dans trois cas pour rétablir l'équilibre nerveux. Ces faits, au premier abord paradoxaux, puisque le bicarbonate de soude abaisse le taux sanguin du calcium libre, paraissent s'expliquer au contraire normalement, si l'on invoque au point de départ de la tétanie les phénomènes de choc.

Accidents sériques et corps thyroïde. — M. V. DE LAVERGNE.

Un cas d'ulcération tuberculeuse du pharynx et du voile du palais. — MM. G. CAUSSADE et JAMPOLWSKI présentent les dessins d'une vaste ulcération du pharynx et du voile du palais (macroscopie et coupes histologiques). Cette ulcération de nature tuberculeuse est survenue chez une femme de trente-trois ans atteinte de tuberculose pulmonaire ulcéreuse bilatérale. Occupant la moitié droite du voile du palais, elle s'était propagée aux deux piliers droits découvrant complètement l'amygdale qui, elle aussi, était ulcérée.

Un cas de névrite consécutive à une injection de sérum antitétanique. — MM. P. LÉCHELLE, A. THÉVENARD et Mlle LACAN présentent un jeune homme atteint de paralysie amyotrophique dissociée du plexus brachial à type supérieur, survenue treize jours après une injection de sérum antitétanique en même temps que des accidents cutanés, urticaire et œdème. Ils insistent sur la coexistence dans une petite zone cutanée du territoire de la Ve cervicale de l'hypoesthésie tactile et de l'aréflexie pilo-motrice, cette dernière aisément constatable ayant une valeur séméiologique importante. Recherchant la cause de la localisation si fréquente des paralysies post-sérothérapiques dans le domaine des Ve et VIe racines cervicales, ils rappellent l'existence d'une disposition de la gaine radiculaire spéciale à ces racines et se bornent à rapprocher ces deux faits sans en vouloir tirer de conclusions prématurées.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 26 MARS 1926)

Luxation métacarpo-phalangienne dorsale externe du pouce incomplète, irréductible. Réduction par arthrotomie antérieure.— M. A. GUIBAL présente le malade, qui a recouvré un usage fonctionnel parfait de son articulation. Il souligne deux points intéressants :

1° Le type anatomique de la luxation. Les luxations incom-

plètes sont le plus souvent, en effet, réductibles. Ici l'irréductibilité tenait à ce que la sangle sésamoïdienne avait déchiré ses insertions marginales métacarpiennes et phalangiennes, en se juchant sur la tête métacarpienne. La face articulaire de la phalange, ainsi dégagée, ne pouvait, dans les tentatives de réduction, repousser sangle et sésamoïde interne, mais grimpait au-dessus et ainsi se coïnçait.

2° L'arthrotomie antérieure, assez rarement tentée, puisque les luxations irréductibles sont celles qui conduisent à intervenir sur la face postérieure de l'articulation. Dans les cas semblables au cas présent, c'est une voie d'accès suffisante et facile.

Le dosage des acides aminés du sang par la méthode de Folin. Influence de la désalbumination acide. — MM. P. Cristol et Trivas montrent que la désalbumination du sang en vue du dosage de l'acide aminé par le B naphto-quinone-sulfonate de soude d'après Folin peut être effectuée par les divers désalbuminants acides. Les chiffres obtenus sont comparables avec les diverses acidités et les divers désalbuminants, dans les limites de l'amino-acidémie habituelle. L'acide trichloracétique a quelquefois des inconvénients dans les dosages portant sur des liquides peu albumineux; ascite, pleurésie, hydrothorax, etc.; dans ce cas, la désalbumination tungstique convient parfaitement.

Le contrôle des laboratoires privés d'analyses biologiques. — M. Lisbonne. A propos d'une communication récente de M. Remlinger à l'Académie de médecine, M. Lisbonne rappelle qu'il avait déjà soulevé la question à l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, en novembre 1925. Il cite, entre beaucoup d'autres, quelques faits très suggestifs qui font toucher du doigt l'intérêt du sujet. Deux méthodes de contrôle peuvent être envisagées; l'une consisterait à n'autoriser l'ouverture d'un laboratoire d'analyses biologiques (et plus particulièrement de réactions sérologiques) qu'à des techniciens pourvus d'un diplôme officiel. L'autre réaliserait une surveillance permanente des laboratoires par une commission de contrôle. Les deux moyens ont leurs inconvénients. Employés conjointement, ils seraient vraisemblablement à même de donner de bons résultats.

(Séance du 16 avril 1926)

Lobe pulmonaire surnuméraire (lobule de Wrisberg). (*Présentation de pièces.*) — M. M. Lapeyrie.

Pyonéphrose dans un rein en ectopie pelvienne. — MM. J. Coulazou, A. Bonnet et Stephan Constantinesco présentent une observation de pyonéphrose droite dans un rein en ectopie pelvienne congénitale, vérifiée à l'autopsie. L'état du malade ne permit point les explorations nécessaires à établir un diagnostic aussi délicat. La cystoscopie, la séparation des urines, la pyélographie qui auraient localisé l'infection et fait découvrir la poche rénale furent impossibles. A vrai dire quelques symptômes subjectifs et objectifs avaient fait penser à une pyélonéphrite et même à la possibilité d'un diverticule vésical. Ce n'est qu'à l'autopsie (la mort du malade étant survenue rapidement) qu'il fut permis d'établir un diagnostic.

Méningite tuberculeuse aiguë bactériologiquement confirmée. Guérison rapide se maintenant après trente-deux mois. — MM. Vedel, G. Giraud et A. Puech ont vu évoluer et céder en cinq jours une réaction méningée aiguë, au cours de laquelle la présence de nombreux bacilles de Koch, tuberculisant rapidement le cobaye, a été constatée dans le liquide céphalo-rachidien. Ce dernier, très légèrement hyperalbumineux (0,45) contenait 170 lymphocytes par millimètre cube. L'affection avait été précédée, pendant un mois, de vagues malaises. Le début de l'épisode aigu a été brusque; la résolution des accidents cliniques très brusque aussi. Perdue de vue

depuis avril 1923, date de l'accident méningitique observé, la malade a été revue en bonne santé en novembre 1925, soit après trente-deux mois. Elle avait, entre temps, contracté la syphilis et subi un traitement arsénobenzolique important.

On peut se demander si l'épisode clinique très franc et très court auquel on a assisté n'a pas traduit la réaction — très anormalement heureuse — de la méninge à un envahissement par des bacilles de Koch venus d'un foyer latent.

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1926)

Tumeur géante de l'ovaire. (*Présentation de pièce.*) — MM. DE ROUVILLE, J. MADON et G. VILLA.

Œdème cyanotique symétrique des jambes chez un hérédo-syphilitique. — MM. J. MARGAROT et E. TRUC rapportent l'observation d'une malade dont les symptômes rappellent ceux décrits par Thibierge et Stiassnie sous le nom d'œdème asphyxique symétrique des jambes chez les jeunes filles lymphatiques. Ils insistent sur une particularité étiologique intéressante, l'existence d'une hérédo-syphilis et pensent que dans ce cas, comme dans beaucoup de tuberculides, l'hérédo-syphilis joue un rôle trop exclusivement attribué jusqu'à présent à la tuberculose.

Thyroïde accessoire goitreuse simulant un ganglion de Troisier dans un cas de cancer du pylore. — MM. VEDEL, A. PUECH et M. JANBON.

Traitement du furoncle et de l'anthrax par le procédé de la ventouse. — M. LAUZE (d'Aimargues) a soigné par ce procédé un grand nombre de furoncles et anthrax, et en a obtenu des résultats meilleurs et plus rapides qu'avec les ordinaires méthodes de traitement. Il pense que la ventouse agit d'abord en éliminant par aspiration une notable quantité de microbes, de toxine et de pus. D'autre part, grâce au sang extravasé, elle réaliserait une véritable autohémothérapie. Enfin, il admet même que la ventouse fabrique sur place par hyperhémie un autovaccin.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES EMBOLIES CÉRÉBRALES [1]

C. **Evolution.** — 1. *Tantôt* en quelques semaines, les lésions régressent et le malade ne garde plus qu'une parésie légère avec un peu de dysarthrie. Ces troubles finissent par rétrocéder presque complètement.

2. *Plus souvent* : régression *rapide mais partielle*.

a. L'HÉMIPLÉGIE. — *A la face* : persistance de la paralysie qui est cependant atténuée.

Au membre supérieur : persistance d'une *monoplégie brachiale* nette : monoplégie SPASMODIQUE caractérisée par :

1. Exagération des réflexes : cubito pronateur, radiopériosté, olécranien;
2. Raideur passagère puis permanente;
3. Attitude du membre (avant-bras demi-fléchi, main en pronation, bras en adduction);
4. Petits signes d'organicité (signe de Raimiste, signe de la pronation, etc.).

Au membre inférieur : régression parfois complète de la paralysie, fait caractéristique de l'embolie, et justifié par la raison anatomique que nous avons vue (intégrité du lobule paracentral irrigué par la cérébrale antérieure).

Cependant, savoir que le membre inférieur peut être paralysé : il présente les signes habituels de spasmodicité, et la jambe étant étendue sur la cuisse, le malade marche en « fauchant ».

Syncinésies. — Elles apparaissent dans certains cas, surtout chez les sujets jeunes avec paralysie persistante et marquée.

Ce sont des syncinésies globales, d'imitation, de coordination.

b. L'APHASIE régresse en général. Cependant, le plus souvent, la malade garde une *dysarthrie* nette avec déficit intellectuel léger. Parfois même, l'aphasie sensorielle ne régresse qu'en partie, laissant pour séquelles de l'alexie ou de la surdité verbale isolée.

c. EN RÉSUMÉ. — Retenir que le plus souvent les paralysies et l'aphasie s'améliorent, que le membre supérieur reste électivement atteint, et que, si après deux ou trois mois l'état est stationnaire, on peut le considérer comme définitif.

Pronostic. — Il est par conséquent relativement bon. Nous avons vu que la mort est possible, mais rare. Il faut surtout craindre les RÉCIDIVES qui apporteront des aggravations successives à l'état antérieur, le malade pouvant devenir hémiplégique, quadriplégique, et finalement succomber par infection urinaire ou bronchopneumonie.

FORMES CLINIQUES

1. **Suivant le siège de la lésion.** — *a.* **Sylvienne.** — 1. Soit *tronc de la sylvienne.* C'est le syndrome que nous avons décrit. Rappeler, en cas de lésion siégeant à gauche, la coexistence d'hémiplégie droite avec aphasie qui doit toujours faire penser au rétrécissement mitral.

2. Soit *branche de la sylvienne.* L'oblitération d'un rameau artériel donne une paralysie plus localisée :

Tantôt paralysie faciale isolée;
Tantôt monoplégie brachiale isolée;
Tantôt aphasie de Wernicke.

b. **Cérébrale antérieure.** — Ses lésions sont beaucoup plus muettes et peuvent rester silencieuses. Signaler la possibilité d'une monoplégie crurale.

c. **Cérébrale postérieure.** — L'embolie de cette artère s'extériorise essentiellement par une *hémianopsie latérale homonyme* qui traduit des lésions du *cunéus* ou même du *pli courbe*. Le début est marqué par des vertiges, sans ictus, et la lésion pourrait passer *inaperçue* si le malade ne s'observait ou si on ne la mettait en évidence par différents petits signes :

1. Difficulté de lire vite;
2. Difficulté d'aller à la ligne dans les hémianopsies gauches;
3. Brusque apparition ou disparition des personnes et des objets dans le champ visuel;
4. Impossibilité de diviser en deux parties égales une ligne inscrite.

Noter la nécessité d'un examen ophtalmologique qui précisera la diminution du champ visuel et noter encore la fréquence de l'alexie surajoutée dans les lésions gauches.

2. **Formes étiologiques.** — *A.* **Au cours des cardiopathies chroniques.** — C'est la stase sanguine, formation de caillots fibrino-cruoriques prenant naissance dans le ventricule gauche et l'aorte, qui est la cause habituelle des embolies cérébrales.

Le *rétrécissement mitral*, est, nous l'avons vu, la cause *majeure*.

L'*insuffisance mitrale décompensée,* la *maladie mitrale*, l'*anévrisme aortique ancien* peuvent également être générateurs d'embolies cérébrales.

C'est à titre très exceptionnel qu'on a observé des embolies formés par ouverture dans l'aorte, d'un foyer d'*athérome* pariétal, avec débris de valvules ou de parois calcifiés.

B. **Au cours des endocardites infectieuses.** — L'embolie n'est plus simplement fibrino-cruorique, mais véritablement tissulaire, entraînant avec lui des microbes qui pourront transformer en foyer suppuratif, la zone de ramollissement cérébral (embolies infectantes).

C. **Causes très exceptiondelles.** — Embolies d'origine *extravasculaire* (gazeuses, métalliques).

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 54, p. 878.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 21 janvier 1927, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin inspecteur général Jacob.

M. le médecin inspecteur Tessier.

M. le médecin inspecteur des troupes coloniales Audibert.

M. le docteur Delaunay, chirurgien en chef de l'hôpital Péan.

Au grade d'officier. — MM. Bovier-Lapierre, Peloquin, Dreyfuss, Duchène-Marullaz, Geysen, Trassagnac, Sorel, Mahaut, Cellerier, Dumery, Boigey, Mayrac, Tournade, Jagues (armée métropolitaine).

MM. Guérard, Augé, Ledoux, Grosfilley, Foll et Perret (des troupes coloniales).

Au grade de chevalier. — MM. Guillorey, Dechet, Michel, Fontaine, Berlandi, Pellat, Jouanne, Talenton, Sourdois, Chaisemartin, Touranjon, Razou, Scharenberger, Bardon, Sayer, Diocles, Carrade, Goursolas (armée métropolitaine).

MM. Campunaud, Dubarry, Lafargue, Toullec, Bacque, Labanowski, Gautron, Jeansotte, Vogel, Herdhebaut, Miguet, Peyronnet de Lafonvielle, Vancel et Bernardin (troupes coloniales).

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Gastinel.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES (Algérie). — *Médaille d'or.* — M. le docteur Eugène Derrieu, chef de service à l'hôpital de Mustapha.

Médaille de vermeil. — MM. Portier (hôpital de Mustapha); le docteur Meinard (de Rebeval).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Bérard (de Douéra) et Vaugien (de Mascara).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Garrez (de Rabelais), Lidy (de Tablat), Vogt (de Marengo), Arnaud (à la Calle), Sesini et Galliarde (ambulance d'El Kettar), Alcay et Marchuel (hôpital de Mustapha).

Mention honorable. — M. Nouchi (d'El Kettar).

GUERRE. — Sont nommés membres de la Commission mixte des travaux publics :

MM. les médecins inspecteurs Roussel et Lascoutx.

— M. le médecin inspecteur Roussel est nommé directeur du Service de santé du 7e corps d'armée à Besançon.

M. le médecin inspecteur Lascoutx est nommé directeur des approvisionnements, des fabrications et des établissements du Service de santé.

— M. le médecin inspecteur Lafforgue, directeur du Service de santé de la 16e région à Montpellier, est nommé directeur du Service de santé de la 17e région à Toulouse; M. le médecin inspecteur Delmas, disponible, est nommé directeur du Service de santé de la 16e région à Montpellier; M. le médecin principal de 1re classe Coullaud, médecin chef de l'hôpital militaire Villemin, est nommé directeur du Service de santé de la 9e région à Tours; M. le médecin principal de 1re classe Poullain, directeur du Service de santé du 8e corps d'armée, est nommé directeur du Service de santé du 13e corps d'armée à Clermont-Ferrand; M. le médecin principal de 1re classe Brice, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans, est nommé directeur du Service de santé de la 8e région à Bourges.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bureau de la statistique a enregistré, pendant la 18e décade (du 21 au 30 juin), 976 décès au lieu de 1.129 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.007, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

Etat sanitaire satisfaisant.

On peut cependant signaler une légère augmentation de la diphtérie, 11 décès (moyenne 4), cas signalés 94 (moyenne 85).

ORCHESTRE MÉDICAL. — La prochaine répétition de l'Orchestre médical est fixée au 14 octobre prochain en vue d'un concert qui sera donné en janvier 1927. Les membres de la famille médicale qui désirent faire partie de cette intéressante phalange artistique sont priés de s'adresser au secrétaire général, le docteur Destouche, 4, rue Thénard (Ve).

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous sommes heureux d'informer nos lecteurs de la création et de l'apparition des *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, fondées par MM. les professeurs Emile Sergent et Th. Tuffier et dont MM. Pierre Pruvost et Jean Quénu sont les rédacteurs en chef.

Le nombre des journaux médicaux est considérable et cependant les *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire* comblent une importante lacune.

Le but de ces *Archives* est de grouper les études et les recherches que poursuivent parallèlement les physiologistes, les médecins et les chirurgiens en vue de préciser, de compléter et de rénover les notions déjà acquises dans le domaine de la pathologie respiratoire.

A l'étranger l'on a déjà compris l'importance de cette collaboration du médecin et du chirurgien et dans certaines villes existent des services mixtes de clinique médico-chirurgicale des maladies respiratoires. Il est souhaitable que nos administration hospitalières suivent cet exemple, mais, en attendant, il a paru à MM. E. Sergent et Th. Tuffier qu'ils pourraient faire œuvre utile en groupant dans une revue périodique les résultats de leurs recherches communes et en faisant connaître en France les travaux publiés à l'étranger,

Les éditeurs, MM. G. Doin et Cie, ont apporté tous leurs soins à la présentation de ce périodique tiré sur très beau papier et qui contiendra chaque année un grand nombre de planches en noir et en couleurs.

24e CONCOURS LÉPINE. — L'Association des petits fabricants et inventeurs français (reconnue d'utilité publique), et dont le siège social est à Paris, 151, rue du Temple, organise en ce moment le 24e Concours Lépine qui aura lieu à Paris au Parc des Expositions du 27 août au 27 septembre prochain.

Ce concours est ouvert gratuitement à tous les inventeurs et créateurs de modèles français de toutes professions, mécanique, électricité, outillage, jouets, ameublement, articles de ménage, etc.

S'adresser pour renseignements au siège de l'Association en joignant un timbre pour la réponse.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Lorenzo Mannino, le dermatologiste très éminent de Palerme.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. JEANSELME.) — *Cours de perfectionnement.* — Dermatologie et vénéréologie, sous la direction de M. le professeur Jeanselme. — Le prochain cours de dermatologie aura lieu du 4 octobre au 30 octobre 1926.

Le prochain cours de vénéréologie aura lieu du 3 novembre au 28 novembre 1926.

Le prochain cours de thérapeutique dermato-vénéréologique aura lieu du 29 novembre au 22 décembre 1926.

Un cours de technique de laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 250 francs.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultraviolets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le musée des moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Les cours auront lieu tous les après-midi, de 1 h. 30 à 5 heures, et les matinées seront réservées aux policliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures. (On peut s'inscrire par correspondance.)

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Burnier, hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPNÉE TOXI-ALIMENTAIRE

Régime lacté exclusif (3 litres à 3 litres 1/2 de lait par jour jusqu'à la disparition de la dyspnée).

Alterner ensuite :

1° Pendant 8 jours, régime lacté absolu et médication iodurée.

2° Pendant 8 autres jours, régime lacté mitigé (2 litres de lait, légumes, quelques œufs, fruits, pas ou peu de viande) et 2 cachets pro die de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée.

Et ainsi de suite pendant quelques mois jusqu'à ce que la dyspnée ait été définitivement vaincue.

LIVRES NOUVEAUX

Les Fractures des mâchoires en pratique (1), par R. DUCHANGE.

Il en est des fractures des mâchoires comme de la plupart des autres enseignements de la guerre : aussitôt finie, aussitôt oubliés.

Avant, rares, dispersées, elles n'avaient pu donner lieu à une étude d'ensemble : le chirurgien, qui en voyait d'aventure, cherchait une consolidation sans plus. Aussi leur traitement était-il rudimentaire et on pouvait, à juste titre, s'étonner que, pour ces lésions, on s'inquiétât si peu des détails, de la restauration de la fonction, de l'esthétique, alors que l'on y portait tant de soins lorsqu'il s'agissait de fractures d'autres os.

Aussi, au début de la guerre, ce fut lamentable et il fallut attendre que des services spéciaux fussent organisés pour voir des résultats et des résultats excellents. Tout naturellement depuis on revient aux anciens errements. Aussi ne saurait-on trop conseiller la lecture de l'ouvrage de Duchange : il remet la question au point comme seul pouvait le faire quelqu'un ayant participé, comme lui, pendant les hostilités, aux travaux d'un service de stomatologie. Il a vécu les cas qu'il rapporte, ce qui rend son œuvre particulièrement vivante et attrayante, et il convient de le féliciter car il évitera ainsi bien des erreurs et des infirmités. A. HERPIN.

(1) Paris 1925, G. Doin.

REVUE GÉNÉRALE

LES SYMPATHÈSES HÉPATO-SPLÉNIQUES [1]

PAR MM.

C. ODDO et J. ZUCCARELLI
Professeur de clinique médicale Chef de clinique
à l'Ecole de médecine de Marseille.

2° Les sympathèses leucocytaires. — Il s'agit ici de faits, d'importance d'ailleurs moindre que les précédents, dans lesquels le foie et la rate prennent une part à peu près égale, dans une action synergique, aux variations des globules blancs.

A l'état adulte on ne retrouve le plus souvent, envers le leucocyte, que des réactions spléniques et les reviviscences myéloïdes et lymphoïdes du foie sont rares en dehors des leucémies.

En effet dans les *syndromes leucémiques* dont la nature toxinfectieuse ou néoplasique n'est pas élucidée, dont la caractéristique réside dans l'hyperplasie des organes hématopoïétiques avec l'hypergénèse des éléments blancs du sang, il y a reviviscence des tissus hématopoïétiques embryonnaires, en particulier du foie et de la rate. Si pour Chauffard le foie leucocythémique est un foie splénique entrant dans sa conception des hépatites d'origine splénique, l'hépatomégalie semblant due dans la leucémie myéloïde surtout, à l'engorgement des capillaires hépatiques par une véritable boue leucocytaire d'origine splénique ; nous ne voulons retenir pour notre part que le trouble synergique hépato-splénique de la fonction leucocytaire et nous remarquerons que l'hyperplasie myéloïde ou lymphoïde porte aussi bien sur le foie que sur la rate. Si normalement à l'état adulte la rate conserve seule ce pouvoir leucopoiétique qu'ils possédaient tous deux chez l'embryon, ici il y a une reviviscence myéloïde, ou transformation lymphoïde simultanée, sinon égale. Le fait saillant reste dans le grand trouble fonctionnel : la réapparition des fonctions leucopoiétiques fœtales.

Suivant le type d'éléments hyperplasiés on peut observer *trois catégories* de sympathèses leucocytaires hépato-spléniques.

1. Le leucémie myéloïde caractérisée par une hyperplasie portant sur tous les points où il existe du tissu myéloïde chez l'adulte, avec reviviscence de ceux où il y en avait chez le fœtus, se révèle cliniquement par un syndrome hépato-splénique très net : rate énorme, lisse, verticale; hypertrophie du foie aussi, mais moindre ; pas d'adénopathies. La formule sanguine montre une hypergénèse portant sur les éléments de la série myéloïde, avec possibilité d'opposition d'une anémie à type pernicieux, ce qui démontre encore l'intrication des divers syndromes hématologiques hépato-spléniques.

2. Dans la leucémie lymphoïde, où l'hyperplasie porte sur tous les fruits où est réparti le tissu lymphoïde, avec hypergénèse des éléments de la série hyaline; le syndrome hépato-splénique ne se retrouve assez net que dans certaines formes spéciales (formes splénomégaliques avec prédominance de splénocytes : Touraine).

3. Dans la leucémie aiguë, où l'hypergénèse porte sur les cellules embryonnaires indifférenciées, on observe souvent, au milieu des signes infectieux bucco-pharyngés et hémorragiques habituels, une hypertrophie spléno-hépatique plus ou moins intense.

Tous ces états leucémiques constituent donc une véritable sympathèse hépato-splénique leucocytaire, moins riche en fait que la précédente, où le foie et la rate fonctionnent couplés comme *au stade hépato-splénique de l'hématopoïèse fœtale*.

3° Les sympathèses hémorragiques. — Dans l'étude de ces syndromes hémorragiques on peut trouver des arguments, que laissait prévoir le rôle normal du foie et de la rate dans la coagulation du sang; permettant de les rattacher à la sympathèse hépato-splénique.

Cliniquement et surtout hématologiquement en effet se retrouve dans les principaux cas complexes hémorragipares actuellement décrits l'intervention hépato-splénique.

a. Parmi ces sympathèses ce sont les syndromes purpuriques qui sont les plus caractéristiques.

Dans les purpuras aigus, primitifs ou secondaires, simples ou hémorragiques se retrouve cette influence hépato-splénique. Mais c'est dans les purpuras chroniques (Hayem, Bensaude), dans l'hémogénie (P.-E. Weill) que l'on constate le plus de faits à rattacher à un trouble de la coagulation hépato-splénique. Cliniquement il existe en effet le plus souvent une hypertrophie plus ou moins importante du foie et surtout de la rate. Mais les faits d'ordre hématologique sont les plus probants. A côté de la fragilité vasculaire démontrée par le signe du lacet, la prolongation du temps de saignement qui est variable dans le temps et l'espace arythmique, constitue, avec la diminution des plaquettes (thrombopénie), le caractère essentiel des états purpuriques chroniques. De la raréfaction des globulins dépendrait l'irrétractilité du caillot qui se sédimente et s'émiette. Le temps de coagulation demeure normal. Parfois avec une réaction myéloïde inconstante (Lenoble), on constate la coloration jaune du sérum (P.-E. Weill).

Ainsi la lésion sanguine essentielle du purpura est la thrombopénie dont dépend l'allongement du temps de saignement (Duke). Mais l'intensité de cette thrombopénie n'est pas parallèle au degré d'allongement du temps de saignement (Roskam) et pour P.-E. Weill il existe de plus toujours des modifications plasmatiques. Aussi le purpura chronique n'est ni une maladie pure des globulins (thrombopénie ou thrombasthénie), ni une affection des vaisseaux (endothélite parcellaire hémorragique de Nolf), mais une affection endothélioplasmatique (P.-E. Weill).

Or à l'origine de ce syndrome endothélioplasmatique on a pu mettre en évidence le rôle associé du foie et de la rate.

En effet si la thrombosthénie, altération qualitative des plaquettes dépend pour Glenzmann de la moelle osseuse, la thrombopénie résulte aussi d'un trouble médulaire mais secondaire à une altération splénique, soit que la rate exerce une action inhibant la formation des globulins aux dépens des mégacaryocytes (Frank), soit qu'elle détruise exagérément les plaquettes (thrombocytolyse de Kasnelzon).

Le rôle du foie est prouvé par les lésions de la glande hépatique constatées chez les purpuriques et la fréquence des signes hémorragiques chez les hépatiques, la ressemblance du syndrome d'insuffisance hémocrasique du foie avec les stigmates san-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 55, p. 885.

guins de l'hémogénie, l'existence de la fragilité vasculaire dans l'insuffisance hépatique (Fiessinger).

Aussi peut-on penser que si le foie tient surtout sous sa dépendance dans ces syndromes les altérations du caillot : retard de formation, émiettement et redissolution, la diminution des hématoblastes avec l'irrétractilité du caillot et l'allongement du temps de saignement relèvent plutôt des lésions spléniques (P.-E. Weill).

Aussi sans nier le rôle du système nerveux ou du facteur endocrinien dans l'apparition ou la localisation de ces signes hémorragiques peut-on admettre à l'origine des syndromes purpuriques une pathogénie spléno-hépatique primordiale rendant compte à la fois des signes sanguins et de la fragilité vasculaire.

Enfin une thérapeutique médicale (opothérapie hépatique, extrait de globulins) ou chirurgicale (splénectomie (corollaire des idées précédentes, confirme encore le rôle du complexe hépato-splénique dans les divers types de purpuras.

b. Les syndromes hémophilique et scorbutique ne semblent pas devoir rentrer aussi nettement dans le cadre de la sympathèse hépato-splénique, du moins dans l'état actuel de nos connaissances.

Bien que des retards de coagulation aient été notés chez certains hépatiques (forme hémophilique de la cholémie de Gilbert et Lereboullet) ou porteurs de gros foies (P.-E. Weill et Claude), bien que l'on ait signalé une amélioration d'ailleurs transitoire de l'hémophilie sous l'influence de l'irradiation splénique, on ne retrouve ici aucune influence splénique directe sur les globulins (pas d'allongement du temps de saignement, ou de thrombopénie) et de plus le retard de la coagulation dépend non d'un excès d'antithrombosine d'origine hépatique, mais d'une mauvaise formation de thrombozyme d'origine cellulaire (Nolf). Enfin l'insuffisance hémocrasique du foie revêt plutôt le type hémogénique et rarement le type hémophilique.

Quant au scorbut si les lésions du foie y paraissent nettes, les réactions spléniques y sont peu importantes et n'autorisent pas la conception d'une pathogénie réellement hépato-splénique.

Les sympathèses de nutrition. — Laissant de côté ce qui se rapporte au métabolisme du fer étudié avec l'hémolyse, nous aurons surtout en vue la sympathèse hépato-splénique dans ses rapports avec le métabolisme des graisses, car en ce qui concerne l'utilisation des matières azotées et des hydrates de carbone, il n'est pas possible de les faire entrer dans le cadre de la sympathèse hépato-splénique clinique à l'heure actuelle.

Normalement le rôle du foie et de la rate, en tant qu'éléments du système réticulo-endothélial est important dans le métabolisme des graisses et de la cholestérine surtout. En pathologie ce fait se retrouve dans certaines affections ou prédomine le trouble du métabolisme cholestérinique : la maladie de Gaucher, et le diabète gras, à un moindre degré, où l'on observe des lésions de même nature et de même siège (Schwetze).

La maladie de Gaucher, affection familiale, féminine, caractérisée par son début dans l'adolescence par une splénomégalie considérable, associée le plus souvent à une hypertrophie modérée du foie, s'accompagne d'hémorragies, d'une anémie légère avec leucopénie inconstante, et évolue lentement. Elle présente des lésions spléniques spéciales et de la sclérose hépatique. Histologiquement dans la rate on constate avec une atrophie des corpuscules de Malpighi des alvéoles remplis de cellules volumineuses, vacuolaires, qui les firent considérer comme un épithéliome primitif de la rate (Gaucher, Picou et Ramond). Récemment fut établie la nature lipoïdique de la substance vacuolaire (De Jong, Siegmond) et l'origine réticulo-endothéliale de ces cellules spéciales. La maladie de Gaucher devenait une maladie de système, caractérisée par une réaction hyperplasique et une transformation vacuolaire (avec surcharge lécithinique) des cellules réticulo-endothéliales (Oberling). De plus l'hypercholestérinémie serait constante dans la maladie de Gaucher et pourrait expliquer peut-être cette surcharge lipoïdique spéciale. Bien plus qu'une maladie de système, la maladie de Gaucher apparaît comme une maladie de fonction, un trouble de la fonction cholestérinique dans lequel le foie et la rate, organes producteurs, destructeurs et éliminateurs de cette substance supportent une grosse part de responsabilité.

Au point de vue digestif les fonctions synergiques hépato-spléniques ne donnent pas lieu à des actions précises et ne se traduisent pas en clinique par des syndromes bien caractérisés.

La sympathèse infectieuse. — La rate et le foie participent à la plupart des processus toxi-infectieux et c'est par la phagocytose et la production d'anticorps qu'ils réagissent tous les deux et souvent parallèlement.

Dans l'ensemble et abstraction faite des nuances étiologiques cette sympathèse toxi-infectieuse hépato-splénique se traduit cliniquement, anatomiquement, et au point de vue humoral de la façon suivante :

Cliniquement dans nombre d'infections générales aiguës ou chroniques, d'affections parasitaires ou de processus toxiques, on constate l'apparition plus ou moins précoce d'une hypertrophie spléno-hépatique variable dans son intensité, souvent douloureuse et s'accompagnant fréquemment de signes qui traduisent mieux encore l'atteinte hépatique : subictère ou ictère grave, hémorragies, insuffisance fonctionnelle du foie. Cette réaction qui persiste dans la plupart des cas pendant toute la durée du processus infectieux, peut lui survivre si les lésions réalisées ont été profondes. Cette hépato-splénomégalie témoigne d'un effort défensif de l'organisme. Mais au point de vue pronostique l'intensité de la réaction hépato-splénique n'est pas toujours proportionnelle à sa valeur défensive, ainsi que le prouve la variété des lésions auxquelles elle peut correspondre.

Au *point de vue sanguin* et humoral, la formule hématologique n'est pas univoque en raison des reviviscences myéloïdes possibles et du rôle associé de la moelle osseuse ou des ganglions lymphatiques.

Mais on retrouve souvent dans les cas favorables une augmentation de la cholestérine du sang et qui serait en rapport avec l'hyperfonctionnement des cellules réticulo-endothéliales du foie et de la rate, chargées à la fois du métabolisme des lipoïdes et de la défense de l'organisme. Ce taux baisse, au contraire, si la réaction est insuffisante.

Les variations de l'index opsonique seraient aussi en rapport avec le fléchissement où l'hyperactivité du foie et de la rate, mais surtout de la glande hépatique (Vincent).

Enfin la déchéance complète de ces réactions défensives se traduit par la facilité avec lequelle ces hépato-spléniques (cirrhotiques le plus souvent)

contractent des infections aiguës secondaires, ou la tuberculose. Ces surinfections s'expliquent par la notion d'anergie hépatique démontrée par Fiessinger et Brodin, mais on peut penser que la rate, dans ces syndromes hépato-spléniques, est aussi responsable de cette absence de réactions de défense.

Anatomiquement, en dehors des lésions spécifiques variables, trois aspects principaux macroscopiques et microscopiques, identiques dans les deux organes, peuvent être isolés ou associés.

1. Réactions congestives : c'est la rate rouge, ferme, grosse, avec dilatation des capillaires, extravasation importante des hématies, avec ou sans foyers hémorragiques, ou lésions de dégénérescence cellulaire. Mêmes modifications histologiques dans le foie toxi-infectieux, gros et brun, premier stade de lésions dégénératives.

2. Réactions hyperplasiques, lymphoïdes ou myéloïdes. C'est le type de rate grise par hyperplasie des corpsucules de Malpighi et prolifération leucocytaire, ou par reviviscence myéloïde. Ce mode de réaction s'observe plus rarement au niveau du foie (Dominici, Nattan-Larrier) ou l'on rencontre plutôt une infiltration leucocytaire périvasculaire et péribiliaire.

3. Les lésions dégénératives se surajoutent souvent aux précédentes. Rate et foie sont mous et diffluents et la nécrose plus ou moins intense peut aboutir à l'abcès.

Enfin les agents pathogènes sont fréquemment rencontrés dans ces deux organes qui constituent pour eux non seulement un lieu de passage, mais souvent un véritable repaire ou le virus sommeille pour se réveiller à des intervalles plus ou moins lointains (paludisme, etc.). C'est d'ailleurs dans les cellules du système réticulo-endothélial des deux organes que l'on retrouve le plus souvent les agents infectieux qu'ils doivent fixer et détruire.

Aussi ces *hépato-splénites* seront-elles surtout le fait d'infections aiguës à type septicémique ou encore de toxi-infections ou maladies parasitaires chroniques atteignant de façon élective le système réticulo-endothélial hépato-splénique.

Parmi les syndromes à évolution rapide la fièvre typhoïde reste le type le plus net de cette participation globale du foie et de la rate. Cliniquement elle est constante aussi bien dans les cas simples que dans les formes compliquées (splénomégalie moyenne classique, signe de Lesieur indiquant l'hypertrophie hépatique) et surtout anatomiquement elle paraît caractérisée par une réaction généralisée du système réticulo-endothélial, les nodules typhiques du foie et de la rate paraissant être constitués par des cellules d'origine réticulaire. De plus les agents microbiens se fixent sur les mêmes éléments cellulaires.

Mais d'autres affections aiguës (pneumonie, érysipèle, variole, granulie, fièvre de malte, fièvre récurrente, etc.) réalisent une atteinte et des réactions identiques.

Parmi les infections chroniques, nous citerons comme faits les plus typiques les hépato-splénites de la tuberculose, du kala-azar, de la lèpre, enfin de la syphilis et du paludisme.

La tuberculose hépato-splénique. — La notion de tuberculose hépatique d'origine splénique a été mise en évidence et utilisée par Chauffard comme argument pour sa conception des hépatites d'origine splénique. Mais à côté de ce type pathogénique et clinique nous avons surtout en vue ici les cas où l'infection par le bacille de Koch, propagée alors par la voie sanguine le plus souvent, atteint simultanément les deux organes.

Cette éventualité se réalise en clinique dans trois circonstances principales :

Chez le nourrisson où l'infection diffuse d'emblée et montre souvent une hépato-splénomégelie nette.

Dans les formes septicémiques à type de typhobacillose et dans la granulie à forme typhoïde.

Dans certaines formes chroniques de tuberculose spléno-hépatique, à lésions anatomiques variables. et bien distinctes des cirrhoses tuberculeuses avec splénomégalie secondaire ou des splénomégalies primitives avec hépatite consécutive plus ou moins tardive.

Enfin dans certaines péritonites bacillaires fibreuses, où l'on observe des cirrhoses hépato-spléniques corticales.

Ici encore le bacille de Koch se localise électivement dans les cellules réticulo-endothéliales qui ont le rôle essentiel dans l'édification des éléments du tubercule.

Le kala-azar. — Ici également, la leishmaniose infantile ou hindoue, est caractérisée cliniquement par l'anémie intense, l'irrégularité de la fièvre, et surtout la splénomégalie énorme, avec participation hépatique incontestable mais moindre, et anatomiquement et au point de vue parasitologique on retrouve l'atteinte constante, et prédominante des éléments endothéliaux du foie et de la rate dans lesquels sont presque exclusivement contenues les leishmanies. Il s'agirait d'une véritable réticulo-endothélite due aux corps de Leishmann (Giraud et Caudière).

Dans la *lèpre* même origine réticulaire des cellules lépreuses et localisation réticulo-endothéliale des bacilles de Hansen (Sabrazès).

La syphilis hépato-splénique. — La syphilis est une des causes qui fournit le plus souvent la constatation de syndromes hépato-spléniques, quels que soient le type ou la période de l'infection spécifique.

Au cours de la syphilis acquise, rate et foie pour Chevallier, seraient touchés en même temps et il en voit la preuve dans l'existence des réactions hépato-spléniques précoces lors de l'ictère contemporain du chancre et dans la rareté, à la période tertiaire, d'une splénomégalie isolée. Les faits de gros foies syphilitiques avec splénomégalie et ictère (Hanot, Hutinel et Hudelo, Ménétrier, Caussade et Milhit) rentrent également dans ce cadre.

Mais c'est dans la syphilis héréditaire précoce que l'atteinte hépato-splénique est constante et manifeste. Depuis les formes rapidement mortelles à type septicémique, où le foie et la rate sont nettement hypertrophiés et regorgent de tréponèmes à l'examen microscopique, jusqu'à la forme hépato-splénique de Chauffard, ou aux types ictériques, anémiques ou hémorragiques, on retrouve la même atteinte prédominante du foie et de la rate sans que l'on puisse séparer, dit Castaigne, ce qui revient à l'un ou à l'autre de ces deux organes.

Le paludisme. — Ici la lésion splénique paraît primordiale et paraît tenir sous sa dépendance certaines hépatites observées au cours du paludisme. Mais il s'agit en réalité d'une maladie dont le parasite envahit tous les viscères et le foie au même titre que la rate. D'ailleurs la participation hépatique qui se manifeste dès le début, dans le paludisme primaire, soit sous forme d'hépatomégalie, de subictère ou

d'insuffisance fonctionnelle, alors que les lésions de la rate n'ont certainement pas eu le temps de créer ces troubles hépatiques, semblent bien établir que la spléno-hépatite palustre existe et qu'il ne doit pas toujours s'agir d'hépatites palustres métasplénomégaliques.

Aussi peut-on donc dire qu'il existe une véritable *sympathèse infectieuse* hépato-splénique. Apparaissant en général, sous des influences identiques, au cours d'une même maladie, simultanément même, les réactions de défense hépato-spléniques, dont le substratum anatomique est semblable dans ses grandes lignes au niveau des deux organes, ont à peu près la même signification pronostique. Elles ne sont que l'exagération pathologique de la commune fonction protectrice normale hépato-splénique.

La sympathèse circulatoire hépato-splénique. — Il est facile ici d'établir les réactions possibles d'organe à organe et nous pourrons envisager trois ordres de faits :

1. Les troubles circulatoires spléniques secondaires à une perturbation de la circulation hépatique, les plus courants.
2. Les troubles simultanés des deux circulations hépatique et splénique, moins fréquents.
3. Les faits rares de trouble de la circulation hépatique consécutif à des modifications d'origine splénique.

1. Les troubles circulatoires spléniques d'origine hépatique. — Les troubles de la circulation intrahépatique, en raison des dispositions anatomiques décrites, retentiront infailliblement sur la circulation porte et en particulier sur la rate.

Cette gêne de la circulation hépatique *s'observe* dans la plupart des cas de cirrhose du foie, veineuses, biliaires, pigmentaires, mais avec une certaine prédilection pour les hépatites scléreuses atrophiques. On pourrait la voir apparaître même au cours des coliques hépatiques (Villard). Certaines tumeurs (cancer, kyste hydatique, ganglions) hilaires comprimant les branches de division de la veine porte et s'accompagnant d'un certain degré d'adhérences et de pyléphlébite les déterminent aussi. Au stade cirrhotique du foie cardiaque on peut rencontrer des faits analogues.

Quoi qu'il en soit des causes qui le déclanchent, ce trouble de la circulation portale, d'origine hépatique, retentit directement sur la rate qui s'hypertrophie. Cette splénomégalie n'est d'ailleurs qu'un des éléments du syndrome d'hypertension portale de Gilbert et Villaret qui constitue la traduction clinique de toute gêne à la circulation porte et correspond aux faits expérimentaux réalisés dans les ligatures lentes de la veine porte (Oré, Cl. Bernard).

Le *syndrome d'hypertension portale* pur, abstraction faite des signes associés, comprend les éléments symptomatiques suivants :

L'ascite rattachée à l'œdème du péritoine, mais reconnaît aussi comme cause souvent des lésions phlébitiques des radicules intestinales de la veine porte ou de péritonite chronique.

La dilatation des veines sous-cutanées abdominales, destinées à suppléer par voie collatérale à la gêne de la circulation porte, et des veines du tube digestif, d'où la possibilité d'hémorragies œsophago-gastro-intestinales et d'hémorroïdes.

Des signes de congestion passive du rein, à cause des anastomoses entre la circulation porte et rénale : oligurie, opsiurie, anisurie.

Enfin, fait qui nous intéresse surtout ici, la rate est toujours augmentée de volume du fait de la stase sanguine. Mais le plus souvent, à cette cause mécanique s'ajoute l'influence des toxi-infections causales qui atteignent directement le tissu splénique. Lorsqu'elle est d'origine mécanique pure, cette splénomégalie est le plus souvent dure, légèrement douloureuse même, et paraît susceptible de variations de volume assez grandes, la stase splénique subissant le contre-coup des fluctuations survenues dans la circulation porte.

Les faits d'hypertension portale sont donc l'exemple le plus net de *sympathèse circulatoire*, bien que la splénomégalie disparaisse souvent en importance au milieu des autres éléments du syndrome. Il est à noter cependant qu'elle paraît être l'un des plus précoces et des plus constants.

2. Les troubles circulatoires simultanés des circulations hépatique et splénique. — Dans un petit nombre de cas, la rate et le foie subissent simultanément la répercussion de modifications circulatoires générales.

A côté des congestions passive ou active du foie et de la rate observées transitoirement après la course, les ingestions d'eau, on a noté des cas rarissimes d'oblitérations simultanée des vaisseaux artériels du foie et de la rate par des thromboses ou des embolies qui déterminent des infarctus spléniques se manifestant par une splénomégalie douloureuse et invétérée, et de la nécrose ou dégénérescence hépatique si l'obstruction artérielle porte au-dessous de la gastro-épiploïque droite.

Mais dans ce groupe ce sont les faits de congestion passive du foie et de la rate au cours de l'*asystolie* qui sont le plus intéressants. Dans l'asystolie en effet, bien qu'à priori, foie et rate, organes vasculaires, doivent être congestionnés de façon égale, il est rare de constater une splénomégalie dont l'intensité soit comparable au développement du foie. Si anatomiquement, à l'autopsie d'asystoliques et en dehors de toute cirrhose cardiaque surajoutée, la rate est toujours distendue, congestionnée, en clinique ce retentissement sur la rate d'un trouble circulatoire d'origine centrale se retrouve de façon inconstante et moins nette. Les faits d'Oulmont et Ramond, de rate avec splénomégalie sont donc rares. Dans ces cas la rate comme le foie est dure, rénitente, douloureuse à la pression et même spontanément. Il s'agit d'une hypertrophie splénique moyenne variable avec les fluctuations de l'asystolie et l'action de la thérapeutique toni-cardiaque. Elle fait l'accordéon, comme le foie, mais de façon moins évidente.

3. Plus rares encore sont les *troubles de la circulation hépatique d'origine splénique*. Dans cet ordre d'idées on peut citer la tuméfaction du foie survenant après rétraction de la rate à la suite d'accès palustres (Chauffard) et les lésions hépatiques qui peuvent accompagner plus ou moins tardivement les splénomégalies des thrombo-phlébites spléniques (Devé, Comboix, Rommelaere). Encore peut-on objecter qu'il s'agit là de propagation aux ramifications intra-hépatiques de la veine porte de l'endophlébite splénique et non pas de retentissement mécanique à distance.

La fréquence des troubles circulatoires hépato-

spléniques est assez grande, mais le facteur mécanique, trouble unique au début, comme dans l'hypertension portale de certaines cirrhoses par exemple, ne devient souvent qu'un des éléments pathogéniques du syndrome par la suite.

A côté des faits précédents où nous avons tâché de faire ressortir le trouble de chacune des grandes fonctions synergiques hépato-spléniques, il est facile de mettre en évidence en pathologie hépato-splénique de nombreux cas où se révèle nettement l'influence des lésions primitives de l'un des organes sur l'apparition secondaire de troubles dans l'autre. Les connexions mécaniques, nerveuses, humorales qui existent entre le foie et la rate créent des mécanismes d'*interractions* nombreux et associés et expliquent la difficulté qu'il peut y avoir parfois à établir quel est des deux organes celui qui a déclenché le processus morbide.

Nous aurons schématiquement deux séries de faits à étudier : 1. La rate hépatique comprenant les splénomégalies dont le point de départ réside dans la glande hépatique ; 2. Le foie splénique où les lésions ou troubles hépatiques sont commandés par des atteintes spléniques primitives.

Les procédés par lesquels rate et foie réagissent l'un sur l'autre sont d'ordres divers, intervenant isolément ou en association (Agasse Lafont). Ils sont :

1. D'ordre circulatoire comme nous venons de le voir.

2. D'ordre infectieux. Une infection hépatique peut causer une réaction splénique ou inversement et dans les deux cas l'infection se transmettra par la circulation porte, artérielle ou lymphatique.

3. D'ordre cytologique. Toute hyperérythrolyse splénique entraîne une hyperbiligénie hépatique et inversement la cholémie (Ribadeau-Dumas) détermine une réaction splénique secondaire.

4. D'ordre humoral si l'on admet avec Charrin que l'hypertrophie splénique, au moins dans ses débuts est une réaction de suppléance pour les fonctions antitoxiques du foie déficientes dans certaines cirrhoses. Le réciproque serait vraie. Ces divers mécanismes agiront non seulement en association, mais pourront réagir les uns sur les autres, en de véritables « chocs en retour ».

A. **La rate hépatique.** — Le terme de rate hépatique sert à désigner toutes les splénomégalies observées à la suite ou au cours de lésions hépatiques. Mais si la fréquence et la réalité de ce type n'est pas contestée, la description des lésions et l'interprétation de leur mécanisme pathogénique restent encore distées.

D'une façon générale la *splénomégalie* est un signe constamment retrouvé dans les cirrhoses du foie. Ce sont les cirrhoses présplénomégaliques de Chauffard. Cliniquement en effet la recherche de ce signe permet déjà d'établir pratiquement une division importante dans les diverses affections du foie. Dans un premier groupe on peut classer celles qui ne s'accompagnent pas de splénomégalie. Parmi elles le cancer du foie est la plus importante et l'absence de rate reste un des meilleurs signes différentiels d'avec les cirrhoses. Il faut penser cependant à la possibilité de cirrhoses microspléniques.

Dans une deuxième catégorie rentrent les affections hépatiques s'accompagnant d'hypertrophie splénique constante, mais modérée, discrète, et qui doit être recherchée. C'est le fait de la plupart des cirrhoses ascitogènes où la rate est seulement percutable et de quelques cirrhoses biliaires hépato-splénomégaliques.

Enfin le troisième type de faits réunit toutes les hypersplénies observées dans les affections du foie ; ce sont les cirrhoses biliaires mégalospléniques en particulier qui réalisent le mieux cette éventualité. On l'observe aussi fréquemment dans nombre d'ictères chroniques depuis la cholémie familiale jusqu'aux ictères chroniques simples par angiocholite (Hayem, splénomégalies métaictériques de Gilbert et Lereboullet) qui par transitions insensibles nous ramènent aux cirrhoses lithiasiques ou non, également le plus souvent hyperspléniques.

En somme cliniquement, si le foie reste le primum movens des signes morbides, la rate garde ici toute son importance diagnostique et même pronostique.

Anatomiquement on observe des lésions variables avec chaque type de cirrhose :

Dans les cirrhoses atrophiques (Laennec) ou hypertrophiques veineuses (Hanot et Gilbert), la rate est volumineuse, indurée, scléreuse, avec périsplénite. De couleur lie de vin, elle présente à la coupe des cloisons fibreuses entrecroisées. Le tissu réticulé est épaissi, les vaisseaux sont le siège de péri-artérite et les sinus dilatés. Le tissu propre de la rate est comme étouffé, les cordons de Billroth sont réduits et les corpuscules de Malpighi peu modifiés.

Dans les cirrhoses biliaires, la rate, très grosse (950 à 1.300 grammes) est atteinte de périsplénite. La pulpe, tantôt ferme, tantôt molle, est un peu gorgée de sang. Les corpuscules de Malpighi ne paraissent pas hyperplasiés, mais on retrouve de l'épaississement des tractus conjonctifs et des parois vasculaires.

Quant aux cirrhoses pigmentaires, la rate y paraît atteinte initialement, bien que le trouble hépatique, primitif ou secondaire suivant les auteurs, puisse agir à son tour sur elle.

Au *point de vue pathogénique*, les discussions reparaissent. L'interprétation des divers auteurs concernant le processus histo-pathologique et la nature des rates cirrhotiques n'est pas unique.

Sur ce point et bien qu'ils admettent tous l'absence de différences anatomiques essentielles entre la rate des cirrhoses veineuses et biliaires, l'opinion de Gilbert et Lereboullet s'oppose à celle de Gauckler, adoptée par Roch dans son rapport au Congrès de médecine (1910).

Pour Gilbert et Lereboullet (1904-1910) cette splénomégalie relève avant tout de l'hypertension portale, elle-même sous la dépendance de la sclérose hépatique. Les lésions essentielles de la rate cirrhotique seraient des lésions congestives. Et leurs examens microscopiques leur ont, en effet, montré les sinus de la pulpe dilatés et remplis d'hématies, alors que l'hyperplasie des corpuscules de Malpighi, par contre, apparaissait minime. Mais ils admettaient aussi, ne jouant d'ailleurs qu'un rôle secondaire, l'influence de l'infection subaiguë déjà à l'origine de la cirrhose du foie et qui déterminerait dans la rate une réaction lymphoïde, parfois même myéloïde légère. Enfin aux deux facteurs précédents pourrait s'ajouter l'action des anémie et cholémie secondaires à la sclérose hépatique. Quoi qu'il en soit pour ces auteurs la pathogénie des rates cirrhotiques est complexe et le facteur le plus important reste le facteur circulatoire. La rate cirrhotique, ou rate hépatique, est une rate de stase, une rate congestive.

Pour Gauckler et pour Roch, le rôle de la congestion est secondaire, car, disent-ils, la rate cardiaque est rare, modérément grosse et ce sont les lésions de sclérose qui y prédominent étouffant à la fois la pulpe et les corpuscules de Malpighi. De plus ce sont les cirrhotiques sans hypertension portale qui présentent les plus fortes splénomégalies (cirrhoses biliaires). Anatomiquement enfin la rate des cirrhotiques n'est pas non plus une rate infectieuse, bien que l'infection soit responsable des phénomènes d'hyperhémolyse dont elle semble dépendre, car on n'y retrouve aucune modification des corpuscules de Malpighi. C'est la sclérose hypertrophique pulpaire qui serait, d'après eux, la caractéristique anatomique des rates cirrhotiques. Elle est constituée tout d'abord par une prolifération du réticulum de la pulpe apparaissant en même temps qu'une réaction macrophagique notable. Puis il se produit une organisation scléreuse hypertrophiante qui peut, mais secondairement seulement, comprimer, puis envahir les corpuscules de Malpighi. La sclérose atrophique peut d'ailleurs évoluer de son côté et c'est le rapport entre l'intensité des deux processus atrophiant et hypertrophiant qui règle le volume de la rate (Gauckler). Cette sclérose pulpaire, substratum anatomique de la rate cirrhotique serait le résultat d'un processus splénique d'hyperhémolyse lui-même déclanché par les lésions hépatiques. La rate cirrhotique serait donc une rate hémolytique.

Peut-être pourrait-on élucider la question de la pathogénie des rates cirrhotiques, en étudiant spécialement les affections où la rate est normale ou peu augmentée de volume, en particulier dans les cirrhoses micro-spléniques, les néoplasmes hépatiques. L'absence de splénomégalie dans certaines cirrhoses serait due à la sclérose préexistante de l'organe, ou bien à ce que l'atteinte splénique se produit à un âge avancé et c'est chez le vieillard que les cirrhoses microspléniques sont le plus fréquentes. Pour le néoplasme hépatique l'absence de rate peut, elle, s'expliquer par l'absence de trouble circulatoire portal et d'infection.

A l'heure actuelle il semble difficile, en face de ces opinions diverses, d'adopter une pathogénie univoque et la multiplicité des facteurs entrant en jeu oblige à rester éclectique.

B. **Le foie splénique.** — Le foie splénique constitue, depuis les premiers travaux de Banti, Popoff, Chauffard et Castaigne, un des chapitres les plus importants des sympathèses hépato-spléniques. Mais si la conception des hépatites d'origine splénique paraît bien établie, on discute encore sur la nature des lésions hépatiques, leur mécanisme, sur les rapports qui unissent entre elles les différentes manifestations du foie splénique. Nous tâcherons ici plutôt que des différences, d'établir entre ces divers états englobés sous la même rubrique des analogies, de montrer les liens qui les rapprochent,

Le type le plus parfait et le plus connu de ces hépatites d'origine splénique, est la maladie ou syndrome décrit par Banti en 1894. C'est lui que nous envisagerons d'abord, groupant ensuite autour de cette description les divers autres syndromes hépatiques à point de départ splénique.

1° Le syndrome de Banti. — En 1894, *Banti* décrivit un syndrome bien délimité au point de vue anatomique, clinique et pathogénique.

Cliniquement il s'agissait d'une affection à lente évolution, apparaissant plutôt chez l'homme entre vingt-cinq et cinquante ans et passant par les trois phases suivantes :

1. Période de splénomégalie souvent énorme, avec anémie légère, mais sans trouble marqué de l'état général. Elle peut durer des années et parfois même constituer le seul stade de maladie et ces faits de Banti « arrêtés » paraissent bien proches des « anémies spléniques » déjà vues;
2. Période intermédiaire caractérisée par l'entrée en scène des signes hépatiques : gros foie, troubles digestifs et signes d'insuffisance hépatique, avec anémie progressive. Ce stade est de courte durée, avec parfois des rémissions;
3. Période ultime de cirrhose atrophique du foie à type Laennec, avec ascite, quelquefois de l'ictère, avec des hémorragies, anémie, cachexie terminale apparaissant rapidement.

Au point de vue hématologique, les modifications sont communes à l'anémie splénique et au Banti : anémie moyenne avec oligochromémie, leucopénie et mononucléose, thrombopénie, coagulation normale, pas d'hémolysines.

Anatomiquement, pour Banti, les lésions seraient tout à fait spéciales et permettraient la distinction de la splénomégalie du syndrome décrit par lui d'avec les rates hémolytiques des anémies spléniques et les rates scléreuses des cirrhoses. Il s'agirait de lésions de fibro-adénie qui reproduiraient un aspect inverse de celui attribué aux lésions spléniques d'ordre congestif, hématolytique, lesquelles débuteraient par la pulpe (sclérose pulpaire de Gauckler). Cette fibro-adénie réalise une splénomégalie ferme, avec sclérose diffuse des corpuscules de Malpighi, sans pigmentation ni macrophagie marquées, sans dilatation des sinus et n'atteignant que secondairement la pulpe. Quant au foie il est le siège d'une cirrhose veineuse banale.

Au point de vue pathogénique il rentre dans la conception des hépatites d'origine splénique émise par Banti, Chauffard et basée par celui-ci sur des faits cliniques, anatomiques et expérimentaux. Au point de vue anatomique c'était l'importance de la veine splénique apportant au foie les éléments issus de la rate ; sur des faits cliniques : paludisme chronique, foie leucocythémique, foie typhoïdique, certains cas d'ictères chroniques splénomégaliques et de cirrhoses biliaires hypertrophiques, tous états où la précession de l'atteinte splénique paraissait nette; sur des notions expérimentales montrant avec Castaigne, la possibilité pour des particules solides, poudres colorées ou bacilles tuberculeux injectés dans la rate d'atteindre le foie par la veine splénique et de s'y fixer.

Dans le Banti, la propagation des lésions de la rate au foie semble se faire; soit par des toxines spléniques (produit d'autolyse probablement, pour Fiessinger) ou encore par l'intermédiaire d'une splénophlébite antérieure (Devé, Cauchoix) ou secondaire aux lésions de la rate (Oettinger et Fiessinger, Kelsch et Kiener).

Au point de vue étiologique, après avoir démontré qu'il ne s'agissait point de faits d'anémie splénique due au kala-azar ou au paludisme, on a incriminé la syphilis, la tuberculose, ou encore un virus inconnu et spécifique (Banti). Telle était la conception de Banti, défendue en France par Chauffard, Castaigne, Cheinisse, Floresco.

Mais *Gilbert* et Lereboullet n'admettent pas l'existence de la maladie de Banti. En effet pour eux, au

point de vue clinique, les faits qu'il vise sont disparates et s'expliquent par des causes classées et multiples (paludisme, tuberculose, syphilis, etc.). Ce sont, en somme, celles de toutes les cirrhoses du foie.

Anatomiquement les lésions de la rate dans ce que l'on a décrit sous le nom de maladie de Banti, ne diffèrent pas de celles des rates cirrhotiques. Ce sont encore des lésions de stase.

Pathogéniquement on reproduit ces lésions en réalisant l'hypertension portale ou la rétention biliaire. La rate « se comporte comme le ganglion du foie » ici encore et les prétendus foies spléniques ne sont, pour Gilbert et Lereboullet, que des rates hépatiques.

D'autres auteurs (Senator, Maragliano, Long) admettent l'existence du Banti, mais en élargissent le cadre et y font entrer tous les faits d'anémie splénique. En effet si cliniquement et pathogéniquement Roch et Gauckler adoptent la conception de Banti, anatomiquement la fibro-adénie ne se différencie pas, disent-ils, de la sclérose pulpaire des anémies hémolytiques. Aussi la rate du Banti leur apparaît-elle identique à la rate hémolytique et à la rate des cirrhoses par suite. Enfin pour certains auteurs, l'anémie splénique ne serait qu'un syndrome de Banti arrêté à la première période.

Quoi qu'il en soit de ces opinions diverses sur la nature du Banti, avec Castaigne et Chiray, M. Léon Kindberg, il semble que le syndrome décrit par Banti ait une individualité anatomo-clinique et pathogénique. Il s'agit vraisemblablement d'un syndrome anatomo-clinique d'origine splénique dû à des causes multiples.

2° LES AUTRES SYNDROMES HÉPATIQUES D'ORIGINE SPLÉNIQUE. — Ainsi, très près du syndrome de Banti, puisqu'elles n'en diffèrent que par des détails anatomiques, des nuances cliniques et évolutives et s'en rapprochent par les données hématologiques, pathogéniques, et parfois étiologiques, identiques, se placent les *anémies dites spléniques* que nous avons déjà citées. De plus, si anatomiquement il semble que l'on puisse opposer la fibro-adénie de la rate du Banti à la sclérose pulpaire de l'anémie splénique une même thérapeutique, la splénectomie donne dans les deux affections des résultats remarquables et comparables, confirmant ainsi d'une autre façon la conception des hépatites d'origine splénique.

D'ailleurs dans certaines anémies spléniques on peut déjà retrouver des signes hépatiques : subictère, insuffisance fonctionnelle, hémorragies, de sorte que ce groupe morbide déjà proche d'un côté du Banti, se relie d'autre part aux ictères hémolytiques et aux ictères chroniques splénomégaliques de Gilbert.

Dans ce groupe de faits où l'ictère coïncidant avec une anémie plus ou moins marquée, serait consécutif à une atteinte splénique, selon la conception de Chauffard, on rencontre une série d'états qui sont les degrés naissants d'un même processus hémolytique, à point de départ splénique. Depuis la *cholémie* familiale (qui pour Cade et Chalier, aurait des formes hémolytiques, fait contesté par Brulé) on passe par les *ictères hémolytiques* jusqu'aux ictères chroniques splénomégaliques, aux *cirrhoses biliaires* métasplénomégaliques (Chauffard).

Nous n'avons plus qu'à rappeler le rôle que les théories hématogène et hépato-hématogène ont fait jouer à la rate dans les *cirrhoses pigmentaires* pour avoir parcouru à peu près tout le cycle des manifestations hépatiques dont l'apparition relève de l'influence nocive de la rate et en particulier d'un trouble de sa fonction hémolytique.

En effet ces divers types de foies spléniques, loin de constituer des entités irréductibles, ne sont pour la plupart, que des stades, des degrés du trouble d'une même grande fonction hépato-splénique : l'hémolyse. Quelle que soit l'étiologie de ces faits, ils ont (Rieux, Liutwarew) un substractum physiopathologique semblable : l'hyperérytrolyse à point de départ splénique, des signes hématologiques et cliniques proches, enfin une thérapeutique identique.

Aussi peut-on envisager ces syndromes non dans la forme d'une simple énumération, mais sous l'aspect d'une véritable chaîne dont les anneaux seraient :

Les anémies spléniques avec anémie forte, sclérose pulpaire de Gauckler, sans cirrhose hépatique.

Les ictères hémolytiques, où il n'existe pas de cirrhose du foie (anémie hémolytique avec ictère);

Les hépatites métasplénomégaliques, où en plus de l'ictère apparaît la sclérose hépatique ;

Les hépatites sidérogènes avec infiltration ferrugineuse hépato-splénique prédominante.

Nous mettrons un peu à part le Banti car si pour le créateur du syndrome au moins dans certaines formes, pour Roch et Gauckler il rentre bien dans le cadre de ces affections d'origine hémolytique, pour d'autres en raison de son substratum anatomique spécial de fibro-adénie, il forme un syndrome s'éloignant un peu des précédents.

Déductions thérapeutiques. — Il sera ainsi possible, dans certains cas, de baser sur des notions physiopathologiques et cliniques précises, des indications vraiment pathogéniques. Au préalable faudra-t-il déterminer la fonction synergique troublée ou la plus déficiente et établir, dans les cas spéciaux, quel est du foie ou de la rate, l'organe point de départ des phénomènes morbides. A ce point de vue, rappelons avec Chabrol et Bénard, que précession hépatique ou splénique des phénomènes, ne veut pas toujours dire origine hépatique ou splénique de ceux-ci.

Si l'on a pu établir l'*influence pathogène* de l'un des organes on agira de façon variable suivant qu'il s'agit du foie ou de la rate.

1° Si le foie est le premier en jeu il faut agir sur les grandes fonctions hépatiques, de façon variable suivant les types cliniques observés. On veillera à la régularisation du régime circulatoire hépatique, fait utile surtout dans les cirrhoses veineuses atrophiques où le syndrome d'hypertension portale domine le tableau morbide. On y parviendra un certain temps par le régime, les purgatifs drastiques et salins, les diurétiques associés parfois aux toni-cardiaques. Plus tard l'ascite sera vidée par ponctions ou même on l'attaquera chirurgicalement (drainage du péritoine, opération de Talma).

Dans la plupart des hépatites chroniques on aura à stimuler les fonctions de la cellule hépatique par un régime d'excitation fonctionnelle, l'opotherapie hépatique qui réveille la cellule du foie et neutralise les anticorps formés à la suite des poussées dégénératives, véritable action prophylactique des lésions spléniques (Fiessinger), l'opothérapie biliaire et les stimulants de la série minérale, végétale ou animale, les cures hydro-minérales (Vichy), et la médication ferrugineuse, véritable excitant direct de la cellule hépatique (Carnot et Castaigne).

Parfois, on aura à réaliser l'antisepsie biliaire et hépatique, médicale, ou chirurgicale (drainage des voies biliaires).

Dans tous ces cas il n'y a pas à agir directement sur la rate, car elle n'est qu'un phénomène secondaire.

2° Si la rate est atteinte en premier lieu on pourra avoir au contraire une action directe et chirurgicale :

En présence de phénomènes hémolytiques (ictères, anémies spléniques, cirrhoses pigmentaires) on leur opposera des moyens d'intensité croissante : cholestérine, radiothérapie splénique (Parisot et Heuilly), splénectomie.

Lors de syndromes de purpura chronique après avoir employé les extraits de globulins et le sérum anti-plaquette, la radiothérapie splénique, la splénectomie sera la dernière ressource.

Si les phénomènes infectieux prédominent, la splénectomie reste discutable.

Aussi splénectomie et radiothérapie ont dans les hépatites d'origine splénique des indications que l'on pourrait ainsi schématiser.

La splénectomie est désirable dans tous les cas ou l'hémolyse, une infection localisée ont leur origine dans la rate : anémies spléniques (excepté les anémies pseudo-leucémiques), les ictères hémolytiques après échec des traitements médicaux, l'anémie pernicieuse, les purpuras chroniques. Enfin le syndrome de Banti, qu'il soit hémolytique ou infectieux, est guéri par la splénectomie si elle est pratiquée avant la dernière période,

Elle est discutable lorsque le processus est diffus. Ainsi en est-il dans le paludisme, le kala-azar, la syphilis, les cirrhoses pigmentaires. Cependant dans la maladie de Gaucher, malgré la diffusion du processus, elle serait la moins mauvaise des thérapeutiques employées.

Elle est contre-indiquée dans les cirrhoses du foie ou la splénomégalie est secondaire, dans les leucémies ou il y a spléno-hépatomégalie. En la radiothérapie, qui peut être déjà utilisée dans les phénomènes d'hémolyse reprend ici tous ses droits.

3° Lorsque l'atteinte hépato-splénique est simultanée ou globale, toute thérapeutique chirurgicale étant proscrite, on utilisera les grandes médications fonctionnelles hépato-spléniques : circulatoires, antihémolysantes, coagulantes, anti-infectieuses.

Ainsi médicales et défficacité transitoire et réduite dans les faits de rate hépatique, les actions thérapeutiques mettent en œuvre, dans les hépatites d'origine splénique, des procédés chirurgicaux d'influence plus souvent favorable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1926)

Spirochètes dans la péritonite expérimentale par perforation intestinale chez le cobaye. — M. SABRAZÈS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 JUILLET 1926)

Un cas de bouton d'Orient contracté à Marseille. — M. JEANSELME. Paul Ravaut, en 1920, avait déjà signalé un cas de bouton d'Orient autochtone. M. Jeanselme rapporte une nouvelle observation relative à un bouton d'Orient contracté à Marseille, par un marin russe, au contact d'émigrants arméniens.

Rapports. — La majeure partie de la séance est consacrée à des rapports.

C'est d'abord M. CAMUS qui, au nom de la Commission permanente de la vaccine, indique quelques mesures à prendre contre la variole.

Puis M. GUILLAIN fait un rapport au sujet d'une demande de reconnaissance d'utilité publique concernant l'Institut Coué. Il conclut au rejet de la demande.

M. RENAULT fait deux rapports au nom de la Commission de l'hygiène. Dans le premier, concernant la vente du lait écrémé, il indique que ces laits, aussi bien à l'état liquide qu'à l'état de lait concentré ou en poudre, ne peuvent, en raison du déficit de leur valeur alimentaire, être vendus qu'avec la mention suivante : « A ne donner aux jeunes enfants et aux malades que sur l'indication du médecin. »

Dans un second rapport, il signale « la possibilité de la transmission de certaines maladies par les livres ayant servi aux enfants qui en sont atteints ».

M. MEILLÈRE fait un rapport sur des demandes d'autorisation d'exploiter des sources d'eaux minérales.

M. J.-L. FAURE lit un rapport sur les effets thérapeutiques de certains remèdes au nitium.

Tétanos utérin postabortum. — M. AUVRAY insiste sur la gravité du tétanos d'origine utérine dont le pronostic n'a subi aucune amélioration dans ces trente dernières années. La mortalité reste toujours très élevée et varie de 86 à 90 p. 100. Ses conclusions au point de vue thérapeutique sont les suivantes : l'idée d'instituer une sérothérapie préventive comme on le fait pour les plaies ordinaires, surtout dans les avortements criminels, est une idée à retenir. Dès que le tétanos est constitué, il faut instituer immédiatement et simultanément la médication calmante, la sérothérapie et le traitement chirurgical. Le sérum antitétanique sera prescrit à des doses élevées, plus élevées que celles qui sont généralement employées. Il faudra recourir d'emblée au traitement chirurgical; le curettage sera réservé aux tétaniques trop gravement atteintes pour supporter le choc d'une hystérectomie même rapidement menée; mais, toutes les fois que l'état de la malade le permettra, la meilleure conduite à suivre me paraît être de supprimer le foyer d'infection en recourant d'emblée à l'hystérectomie. Il y a un intérêt majeur à instituer d'emblée la thérapeutique médicale et chirurgicale la plus active.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE (3 ET 4 JUILLET 1926)

Cette assemblée s'est occupée principalement de la question *assurance maladie* qui a fait l'objet de trois séances. L'assemblée s'est nettement prononcée pour le *tarif non limitatif* et pour la *participation à la gestion des Caisses et à l'organisation technique*.

A la question : « Si la loi et le règlement d'administration publique donnent aux tarifs une action limitative, êtes-vous disposé à refuser à collaborer à la loi d'assurance sociale? » l'assemblée a répondu oui par plus de 8.000 voix contre 585 et 454 abstentions.

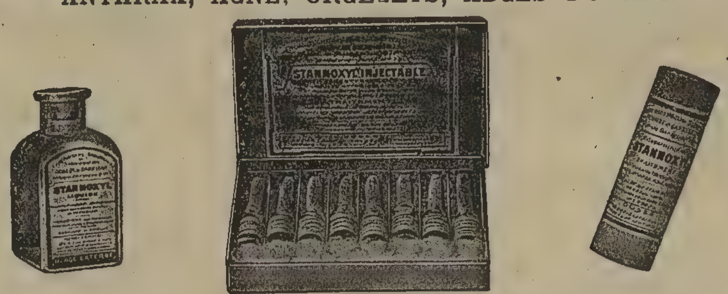
Comme complément à cette réponse, elle a voté en outre le premier ordre du jour suivant :

« L'assemblée générale des syndicats médicaux de l'union, réunie le 3 juillet 1926 proclame sa volonté de maintenir la médecine dans son cadre de profession libérale.

A. Affirme la volonté du corps médical syndiqué de refuser sa collaboration à la loi d'assurances sociales.

1° Si celle-ci permet la possibilité d'un forfait quelconque pour le règlement des honoraires médicaux.

2° Si la loi ne laisse pas aux syndicats qui le voudront la certitude de pouvoir :



Soit passer avec les Caisses des contrats comportant un tarif non limitatif,

Soit passer avec celle-ci un contrat ne comportant aucun tarif, le taux des honoraires étant établi par entente directe entre le médecin et son malade.

B. Donne mandat au conseil de l'Union :

a. De faire connaître cette volonté au législateur ;

b. De préparer dès maintenant la lutte par action directe de tous les syndiqués, qui deviendrait nécessaire au cas où le législateur ne tiendrait pas compte de cette volonté du corps médical.

Nota. — Il est entendu que l'entente directe se fera suivant les tarifs syndicaux, chaque syndicat restant chargé de la discipline dans son service. »

A la question : « Votre Syndicat veut-il participer à la gestion des Caisses? » l'assemblée a répondu oui par 8.052 contre 1.104 et 96 abstentions.

Comme complément à cette réponse, l'assemblée a voté le second ordre du jour suivant :

« L'assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux estime que les délégués du corps médical organisé doivent pénétrer dans tous les organismes de gestion (administratifs et techniques) qui seront prévus par la loi d'assurance sociale, y compris les Conseils des Unions Régionales et des Caisses de garantie et de compensation; étant entendu que tout ce qui regarde les modalités du contrôle sera réglé exclusivement par les contrats syndicats-caisses. »

Une seconde question avait été posée sur l'*opportunité d'une revision de la position du corps médical devant la médecine sociale.*

L'assemblée a voté un ordre du jour maintenant l'orientation actuelle par plus de 8.000 voix contre 585 et avec 454 abstentions.

La question de la *scission* n'était pas au programme mais elle a été abordée franchement.

L'assemblée à la quasi unanimité a nommé une délégation composée de MM. Geussel, Guy, Cibrie, Dibos et Renon avec la mission de se mettre en rapport avec une Délégation semblable de la Fédération.

Cette délégation n'avait aucun pouvoir de décision, mais elle recevait la mission d'étudier tous les moyens permettant la reconstitution du corps médical en écartant toute question de personne de part et d'autre et en s'efforçant de trouver un terrain d'entente ne comportant ni vainqueurs ni vaincus.

L'introduction dans le premier ordre du jour des termes : « entente directe entre le médecin et son malade » avait même été faite dans le désir de faciliter le rapprochement.

Les circonstances ont permis à la délégation de l'Union de prendre contact immédiatement avec quatre représentants autorisés de la Fédération.

Avant toute discussion ces représentants de la Fédération ont remis aux délégués de l'Union les remarques écrites suivantes pour être communiquées à l'assemblée générale de l'Union.

« Les représentants autorisés de la Fédération nationale, les docteurs Vanverts, Vauzanges, Desrousseaux, Bouvat, ont été saisis officieusement par M. le docteur Cibrie, de la proposition suivante :

L'assemblée générale de l'Union propose la réunion d'une Commission mixte composée de délégués de l'Union et de la Fédération à l'effet de rechercher les moyens de reconstituer l'unité du corps médical.

Avant toute discussion les représentants dûment qualifiés de la Fédération nationale tiennent à présenter à l'assemblée générale des délégués de l'Union leurs remarques sur les points suivants :

1° De toutes les questions qui préoccupent à juste titre le corps médical, la plus urgente et la plus angoissante est celle des assurances sociales;

2° L'assemblée générale extraordinaire de l'Union de l'après-midi du 3 juillet 1926 a voté un ordre du jour dont on peut dire qu'il représente en grande partie le point de vue de la Fédération nationale sur la question des assurances sociales;

3° Il est indiscutable que cet ordre du jour est en contradiction absolue avec les directives générales qui ont été données au Syndicalisme médical, directives générales dont la réalisation a été poursuivie jusqu'à ce jour par les dirigeants de l'Union.

Dans ces conditions, les représentants autorisés de la Fédération nationale estiment qu'on ne peut aborder d'une façon efficace le problème de la suppression de la scission et la reconstitution de l'unité du corps médical organisé, tant que les représentants responsables de l'Union sont ceux-là mêmes qui ont suivi jusqu'à ce jour une politique syndicaliste qui vient d'être formellement condamnée par l'unanimité moins six voix, des délégués des syndicats restant adhérents à l'Union.

La Fédération nationale ne peut s'engager dans la voie de la reconstitution du front unique tant que l'assemblée générale de l'Union n'aura pas réalisé les changements nécessaires dans les personnalités dont elle a formellement condamné l'action.

La Fédération nationale ne saurait en effet, accepter de ralentir ou d'arrêter sa propagande, tant qu'elle n'a pas acquis la certitude que les revendications du corps médical dont elle a été la fidèle interprète ne seront soutenues par des hommes dont le passé et les doctrines répondent de l'avenir.

Ce geste nécessaire, une fois réalisé, la Fédération nationale est toute prête à entrer en relations avec les délégués de l'Union des syndicats.

Elle demande que la question des assurances sociales soit mise la première à l'étude, étant donné son caractère urgent et promet d'apporter toute sa ferme volonté à réaliser, — dans le cadre général de ses revendications qui semblent acceptées à l'heure actuelle par la grande majorité des syndicats, — l'unité du corps médical organisé dont la division à l'heure actuelle n'est qu'apparente. »

*
* *

Contrairement à la pensée de l'assemblée de l'Union qui avait déclaré qu'il ne fallait ni vainqueurs ni vaincus, les représentants de la Fédération exigeaient que l'assemblée de l'Union obligeât tout au moins le bureau, sinon tout le Conseil, à se retirer.

Ce fut une stupéfaction pour l'assemblée dont le désir ardent de la reconstitution de l'unité du corps médical organisé était patent.

Elle a eu la sagesse, dans son ordre du jour, de maintenir sa délégation, de se contenter d'enregistrer la réponse de quatre des dirigeants de la Fédération et d'attendre la réponse de l'assemblée générale de ladite Fédération. Naturellement elle a maintenu sa confiance au Conseil et adressé au secrétaire général l'assurance de toute sa sympathie. (*Communiqué.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 58. — MERCREDI 21 JUILLET 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 21 JUILLET 1926. — N° 58.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr. POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 16 juillet. — MM. Richard, 15; Oberlin et Bloch (J.), 18.

Candidats admissibles : MM. Petit-Dutaillis et Bloch (Jacques), 63; Oberlin et Bloch (René), 62; Monod, 61; Sénèque et Braine, 60; Richard, 59.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le Conseil de la Faculté assemblé a présenté à l'unanimité pour la chaire de pathologie générale et thérapeutique : en première ligne, M. J. Carles, professeur sans chaire; en seconde ligne, M. le professeur agrégé R. Dupérié; et pour la chaire de médecine expérimentale : en première ligne, M. le professeur agrégé P. Mauriac; en deuxième ligne, M. le professeur agrégé H. Bonnin.

Ces présentations ont rallié l'unanimité des votants.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Bailleul (de Paris).

GUERRE. — (Réserve.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Lefort et Gaudier.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Laporte, Bonnette, Azaïs, Gauran, Robert, Ragnaud, Spindler, Jacques, Ardin-Delteil, Patel, Sicard, Vedel et Lallement.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Ribot, Chailly, Ferras, Legrand, Aulong, Fidon, Sarda, Guerrier, Baverey, Moner, Rigaux, Abel, Thurel, Tartavez, Leblanc, Talpain, Loygue, Robin, Clerc, Franco, Couffon, Schneider, Quintard, Buisson, Cruveilhier, Vignaud, Vedel, Delage, Mercier, Borderes, Leuret, Rambaud, Mallie, Rechou, Rudler, Mauriac, Pierret, Minet, Faugere, Delmas, Delaunay, Roubier, Mac-Auliffe, Blanc, Gimbert, Monod, Lisbonne, Audy, Bellet, Gautie, Marsoo, Muller, Monfort, Oberthur, Laval, Hutinet, Genova, Gerst, Lamy, Lassonnery, Pintaud-Desallées, Savoure, Mazeran, Turcan, Pince, Marnay, Maillard et Rabourdin.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Dupuy, Brissot, Le Louet, Matet, Morillon, Guignot, Lebrun, Moisset, Donnezan, Pratbernon, Balteaux, Mallet, Maillard, Couturier, Pizard, Larche, Chevalier, Delbreil, Guedeney, Dalmas, Daniel, Sauvagnat, Lernout, Besançon, Sigwalt, Benon, Compayre, Lernout, Mary, Lavielle, Renevey, Delor, Fenard, Montagard, Touret, Vuillermoz, Barachon, Vilfroy, Masselot, Delage, Gueit, Rebaud, Bregeon, Pesque, Meslier, Chevallier, Jacquemin, Eymeoud, Torne, Dumas, Edelmann, Roussel, Heugas, Heydenreich, Pigassou, Lagarde, Collet, Verrière, Raillard, Marois, Deshayes, Binet du Jassonneix, Bonnedame, Portret, Pujol, Duffleux, Plaziat, Gaudefroy, Ménard, Goulfier, Guillaume, Dunoyer, Chalard, Benet, Haller, Charlet, Ferry, Gautier, Cabanne, Beaurepaire, Bocquillon, Simon, Rault, Walser, Wéry, Zwirn, Saint-Girons, Betbeze, Paul, Guerain, Gerest, Debonnelle, Pebrier, Rocher, Caïn, Cotoni, Nogues et Girode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — PRIX GINGEOT (triennal). — Le sujet mis au concours pour l'année 1928 est le suivant : « Les hépatites pigmentaires. »

Les mémoires devront être remis au secrétaire général avant le 1er novembre 1928.

INSTITUT DE TECHNIQUE SANITAIRE ET HYGIÈNE SPÉCIALE DES INDUSTRIES. — L'enseignement gratuit de l'Institut de technique sanitaire est destiné à la formation de techniciens de l'assainissement : constructeurs, ingénieurs, architectes, hygiénistes des collectivités.

Les cours préparatoires à l'obtention du brevet de technicien sanitaire commenceront, au Conservatoire national des Arts et Métiers, à la prochaine rentrée scolaire. Ce brevet est décerné aux élèves régulièrement inscrits qui satisfont à l'examen final, mais l'enseignement total ou réduit à l'une de ses branches reste ouvert aux auditeurs libres qui se font inscrire.

Les inscriptions sont reçues à la direction du Conservatoire, 292, rue Saint-Martin.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

LOI DU 9 AVRIL 1898.

FRAIS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

Il est de principe que les dispositions de la loi du 9 avril 1898 sont d'ordre public, et la liberté des conventions est écartée par l'article 30 de cette loi. Mais la prohibition ainsi édictée, sauf la dérogation prévue par l'article 21, est restreinte aux conventions ayant trait aux rentes viagères en cas de décès ou d'infirmité permanente et aux règles de compétence et de procédure édictées par cette loi; *elle est inapplicable aux accords relatifs aux frais médicaux et pharmaceutiques.*

C'est ce que vient de juger la Cour de cassation dans un arrêt du 28 avril 1926.

Le 18 septembre 1922, la demoiselle J..., ouvrière dans l'usine de la Société anonyme ..... à Oloron Sainte-Marie, fut, au cours de son travail, victime d'un accident du travail. Elle demanda à être soignée par le docteur P... lequel, au lieu de la faire transporter à la clinique de l'hôpital Notre-Dame où sont habituellement placés les ouvriers blessés à l'occasion du travail, la fit admettre « à raison du mauvais état de cette clinique et de la rigueur de la saison » dans une salle particulière de l'hospice des femmes *réservée aux malades payants.* Pendant le traitement à l'hospice, qui se prolongea jusqu'au 9 février 1923, le docteur P... délivra quarante-deux ordonnances qui furent exécutées par B..., pharmacien. Ce dernier n'ayant pu obtenir le paiement des médicaments fournis, s'élevant à 1.933 fr. 70, cita la Société, au service de laquelle se trouvait la demoiselle J..., victime de l'accident, devant le juge de paix du canton ouest d'Oloron Sainte-Marie, qui fit droit à la demande. Appel ayant été interjeté, le Tribunal civil de cette ville confirma le jugement du juge de paix, le 10 décembre 1924.

Pourvoi en Cassation de la Société condamnée au paiement de 1.933 fr. 70. Cette dernière vint soutenir devant la Cour suprême qu'elle ne devait supporter que les frais d'hospitalisation, lesquels, tous frais même médicaux et pharmaceutiques, ne pouvaient excéder le tarif édicté par l'article 4, paragraphe 3 nouveau de la loi du 9 avril 1898.

Mais il résultait des circonstances de fait que le directeur de l'usine de la Société et l'agent de la Compagnie d'assurances avaient adhéré à ce que la blessée fût soumise, en tant que malade payante, au traitement spécial que comportait la gravité de son état et à assumer la charge de tous les frais de ce traitement. Dès l'instant que cet accord était constaté, celui-ci pouvait être apprécié souverainement et par le juge de paix et par le Tribunal civil, saisi de l'appel, parce que les accords relatifs aux frais médicaux et pharmaceutiques ne tombent pas sous le coup de la prohibition de l'article 30 de la loi de 1898.

On sait qu'aux termes de l'article 4 de cette loi, modifié par la loi du 31 mars 1905, la victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Si le chef d'entreprise se laisse imposer ce choix, il n'est tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément au tarif arrêté par le ministre du Commerce; mais si, au contraire, il accepte le choix fait par la victime, il accepte en même temps la charge de payer les frais pharmaceutiques et médicaux. Et, pour obtenir leur paiement, les médecins et les pharmaciens ou les établissements hospitaliers peuvent actionner directement le chef d'entreprise (art. 4, loi de 1898).

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

LE BROMURE DE SODIUM EN GASTRO-THÉRAPEUTIQUE (1)

Par M. le docteur L. Roux.

Contre la douleur dyspeptique proprement dite, qui est surtout, d'après M. Leven « une manifestation de l'hyperesthésie du plexus solaire », M. Roux conseille de faire une thérapeutique symptomatique et de traiter particulièrement l'hyperexcitabilité gastrique. En dehors de l'atropine et de l'ésérine et même parfois mieux que ces derniers, le médicament de choix, dans ce cas, du système nerveux, le plus actif, et le moins toxique est, semble-t-il, le bromure de sodium. Comme M. Leven l'a constaté, ce médicament paraît précieux « dans les cas où il est d'usage d'utiliser les alcalins, les préparations calmantes, les médicaments opiacés ou belladonés ». En effet, le bromure de sodium a non seulement une action antispasmodique très nette, d'où son utilité dans les accidents aérophagiques, par exemple, avec spasmes pyloriques ou coliques, mais aussi une action sédative qui fait disparaître assez rapidement le symptôme douleur. De plus, il est reconnu qu'il régularise la sécrétion gastrique. Enfin, mieux que le bromure de potassium, il a l'avantage d'être très bien toléré par l'estomac (Arnozan et Carles). Mais il est ennuyeux pour le médecin de prescrire le bromure sous forme de solution désagréable au goût; d'autre part, la prescription en cachets est impossible à cause de la déliquescence du produit. Enfin, certains malades, par suite de préventions erronées, acceptent difficilement de prendre du bromure : la meilleure forme d'administration de ce médicament est le sédobrol « Roche » qui a l'avantage, non seulement de cacher au malade le nom réel du médicament qu'il prend, mais encore d'être absorbé sous forme de bouillon agréable au goût et qui, de plus, par sa saveur, permet de faire supporter le désagrément du régime déchloruré. Administré à la dose de deux à trois tablettes par jour, au moment des repas, le sédobrol a toujours donné les meilleurs résultats à l'auteur qui conclut que le bromure de sodium, sous cette forme spécialisée, est le médicament auquel on devra recourir en thérapeutique gastrique dans la plupart des cas de dyspepsie flatulente ou douloureuse que l'examen des malades fait rapporter à une solairalgie..

(1) *Concours médical*, n° 19, du 9 mai 1926.

LE TÉTANOS UTÉRIN D'ORIGINE PUERPÉRALE [1]

PAR

M. AUVRAY et FRANTZ

Chirurgien de l'hôpital Laënnec. Interne du service de Laënnec.

L'un de nous a présenté à la Société de gynécologie, dans la séance du 8 mars 1926, l'histoire d'un cas de tétanos à marche aiguë survenu à la suite d'un avortement. Cette observation rare a été le point de départ de recherches sur le tétanos puerpéral que nous avons poursuivies en collaboration avec notre interne M. Frantz; c'est le résultat de ces recherches et les quelques réflexions suggérées par l'évolution du tétanos chez notre malade, que nous exposons dans cet article, où nous aurons surtout en vue le tétanos utérin post-abortum.

Voici notre observation résumée : Il s'agit d'une malade qui a fait une fausse couche tout à fait au début de sa grossesse, puisqu'elle accuse simplement un retard de règles de vingt jours. Tout semblait devoir évoluer normalement; pendant les six premiers jours passés à l'hôpital la malade perd encore un peu de sang, mais l'écoulement n'a aucune fétidité, l'état général est bon et la température oscille de 36°8 à 37°3. Le sixième jour apparaissent les premières manifestations du tétanos ; nulle part ailleurs que du côté utérin on ne trouve de porte d'entrée à l'infection tétanique; force est d'admettre l'existence d'un tétanos d'origne utérine; la malade nie toute tentative d'avortement criminel. Nous pratiquons dès le début des accidents un curettage; nous ramenons à la curette des débris placentaires, très nets, mais peu abondants; le curettage est suivi d'une injection intra-utérine d'eau oxygénée. La malade est immédiatement soumise au traitement antitétanique : on injecte le premier jour (23 février) 120 centimètres cubes de sérum antitétanique (moitié par voie sous-cutanée, moitié par voie intramusculaire); en plus 40 centimètres cubes de glycérine phéniquée suivant la méthode de Baccelli et toutes les trois heures un gramme de chloral est administré par voie buccale. Le deuxième jour du tétanos (24 février) on injecte 240 centimètres cubes de sérum antitétanique, 20 centimètres cubes de glycérine phéniquée et un gramme de chloral toutes les trois heures. Le troisième jour on institue le même traitement que celui auquel on avait eu recours dans la journée du 24. Malgré tout les accidents vont s'aggravant et la mort survient, à la fin du troisième jour. Il n'y a rien eu de spécial à signaler au point de vue clinique, si ce n'est l'absence de fièvre pendant les deux premiers jours de l'évolution du mal; c'est le troisième jour seulement que la température s'élève à 38°2 le matin et atteint le soir 40°4, en même temps le pouls qui était resté aux environs de 75 passe à 120. Les débris intra-utérins prélevés au moment du curettage ont été inoculés à deux cobayes qui ont succombé au tétanos en moins de quarante-huit heures.

Il ne sera pas question bien entendu dans l'étude que nous allons entreprendre du tétanos gynécologique, c'est-à-dire de celui qui succède aux opérations sur l'appareil génital de la femme, mais uniquement du *tétanos puerpéral* qu'on peut observer soit à la suite d'un accouchement à terme, soit à la suite d'un avortement le plus souvent criminel.

Bien que dans sa communication au congrès de Marseille de 1898, Sépet ait réuni 125 cas de tétanos puerpéral, auxquels nous pouvons ajouter depuis le travail de Sépet une cinquantaine d'observations nouvelles, le tétanos puerpéral doit être considéré heureusement comme assez rare, car la gravité du pronostic dans cette variété du tétanos est particulièrement grande.

Les cas de **tétanos post-partum** étaient surtout fréquents à une époque où la pratique de l'asepsie et de l'antisepsie était ignorée ou peu répandue. Sépet en 1898 sur les 125 cas de sa statistique comptait 77 cas après l'accouchement à terme. Il fut une époque où de véritables épidémies de tétanos post-partum furent observées dans des maternités. Une des dernières est celle de la maternité de Prague en 1898, dont Rosthorn nous a donné la relation dans *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie*, 1899 et que signale Schneider dans un travail récent sur lequel nous aurons l'occasion de revenir. Il y eut dans cette maternité 35 cas de tétanos, dont 33 moururent et 2 seulement guérirent. Les premiers signes du tétanos apparaissaient en moyenne du huitième au neuvième jour après l'accouchement; l'évolution fatale se faisait en deux à trois jours. La recherche du bacille de Nicolaïer dans les lochies et l'inoculation à la souris furent plusieurs fois positives. L'épidémie prit fin après fermeture provisoire de la maternité et réfection à neuf de la salle de travail.

Un fait est signalé, c'est que le tétanos apparaît surtout à la suite des accouchements qui ont nécessité une intervention obstétricale; dans 40 p. 100 des cas cités par Gautier il aurait été observé à la suite d'une délivrance artificielle; on l'a vu aussi se développer à la suite des tamponnements utérins, des versions, des applications de forceps, d'incisions du col, de déchirures et d'opérations sur le périnée. L'influence de la contagion apparaît très nette dans certaines observations : Heinricius (*Revue des sciences médicales*, 1894) cite le cas d'une sage-femme qui inocula le tétanos en pratiquant le toucher vaginal après avoir pansé la plaie ombilicale d'un enfant lui-même atteint de tétanos. L'infection peut être transmise d'une accouchée à une autre; ainsi Rubeska (analyse de la *Semaine médicale*, 26 février 1898) cite trois cas observés à quelques jours d'intervalle, dans lesquels la transmission d'une femme à l'autre semble établie. Mais avec les précautions prises dans la pratique moderne des accouchements il faut bien reconnaître que le tétanos post-partum est devenu tout à fait une exception. Depuis le travail de Sépet (1898), en dehors des cas relatés dans l'épidémie de Prague, nous avons trouvé 9 cas rapportés par Pitha en 1899, et cités dans le travail récent de Schneider, observés à la suite d'accouchements avec forceps ou avec manœuvres et qui tous se sont terminés par la mort; un cas de Morton 1908 qui est apparu seize jours après l'accouchement, a pris une évolution chronique d'une durée d'un mois et s'est terminé par la guérison ; un cas de Courtellemont 1911 dont la période d'inoculation a été de dix jours et qui prenant la forme chronique a évolué en un mois vers la

(1) Une communication concernant le tétanos post-abortum, et plus particulièrement son troitement, a été faite à l'Académie de médecine par M. Auvray dans la séance du 13 juillet 1926.

guérison ; enfin deux cas de Spiegel qui l'un et l'autre se sont terminés par la mort.

Les faits de tétanos puerpéral les plus fréquents et les plus intéressants pour le chirurgien, sont ceux qui sont observés **à la suite des avortements** et en particulier des avortements criminels. Depuis le travail de Sépet nous en avons réuni 41 cas qui ont servi de base à cette étude. On conçoit facilement que le tétanos soit particulièrement fréquent à la suite des avortements criminels provoqués à l'aide d'une injection intra-utérine septique telle la solution savonneuse si souvent employée, ou à l'aide d'instruments (une aiguille, une sonde) ramassés on ne sait où et contaminés par le bacille de Nicolaïer et d'autres germes qu'on trouvera associés à l'infection tétanique.

La **période d'incubation** du tétanos à la suite de l'avortement est très variable en durée ; elle peut être très courte, de un à deux jours, de deux, de trois jours ; elle peut être par contre très prolongée et atteindre onze, douze, quinze jours ; mais il nous a paru que le plus souvent les accidents apparaissaient du quatrième au sixième jour. La période d'incubation ne nous paraît donc pas plus longue que celle du tétanos d'origine externe contrairement à ce qui a été dit.

Il n'y a rien d'intéressant à noter au point de vue **anatomique** dans l'état de l'utérus. Il n'y a pas de lésion spéciale de l'organe caractéristique du tétanos utérin. Les auteurs signalent seulement des lésions d'endométrite puerpérale, rétention de débris placentaires comme dans notre cas, rétention d'un liquide purulent et sanguinolent souvent d'odeur putride, existence de déchirures du col, du vagin ou du périnée ; dans certains cas l'infection a dépassé les limites de l'utérus et il y a déjà des lésions de salpingite et de pelvi-péritonite.

Plus intéressantes sont les notions de **bactériologie** rapportées dans quelques observations trop peu nombreuses à la vérité, mais qui montrent de façon évidente le point de départ utérin du tétanos. Dans notre cas personnel les produits de curettage de l'utérus ont été inoculés à deux cobayes qui succombèrent en moins de quarante-huit heures dans des crises tétaniques. Cette reproduction expérimentale du tétanos prouve d'une façon indéniable dans notre cas l'origine utérine de la maladie. D'autres auteurs l'ont obtenue, ainsi Sépet (1898) sur trois cobayes a fait l'inoculation sous-cutanée de tampons d'ouate imbibée de liquide recueilli dans le vagin et provoqué la mort des animaux en expérience et dans un cas il a pu isoler de façon très nette une culture de bacille de Nicolaïer. Brault et Faroy (1908) ont inoculé le liquide utérin à une souris qui mourut du tétanos en trente-six heures. Des auteurs ont pu déceler directement la présence du bacille de Nicolaïer dans le liquide utérin recueilli soit pendant l'existence, soit à l'autopsie, tels Sabrazès et Lapauze dans deux cas. Enfin dans un des deux cas rapportés par Brault et Faroy l'ensemencement des lochies utérines en milieu anaérobie a donné au bout de quarante-huit heures des cultures abondantes de bacille de Nicolaïer. Beaucoup d'autres auteurs chez des femmes mortes de tétanos utérin ne sont pas parvenus à déceler la présence du bacille de Nicolaïer, mais ils ont signalé la présence d'autres germes associés ; ces germes sont non seulement ceux des suppurations banales, mais aussi ceux de la gangrène gazeuse comme dans un cas dont Schneider a rapporté l'histoire dans son article de la *Klinische Wochenschrift* (17 décembre 1925) dans lequel l'examen bactériologique des sécrétions utérines a pu isoler un streptocoque et des germes anaérobiques de la gangrène gazeuse.

La lecture des observations ne nous a rien révélé de bien spécial, **au point de vue clinique**. C'est le plus souvent l'allure clinique du tétanos viscéral ou splanchnique ; les contractions commencent par du trismus, de la raideur de la nuque ; elles se généralisent plus ou moins, coupées par des secousses convulsives plus ou moins répétées, accompagnées de dysphagie, de crises de dyspnée intense avec cyanose provoquées par les tentatives de déglutition, qui se répètent jusqu'à devenir parfois subintrantes, et conduisent rapidement le malade à la mort par asphyxie. C'est ce tableau clinique de la maladie que nous avons observé chez notre malade. Nous n'insisterons pas sur ces faits qui sont connus. Un fait cependant mérite de retenir l'attention, c'est la marche de la température qui bien que nous soyons ici en présence d'un tétanos viscéral nous a paru variable suivant les cas : il existe dans le tétanos utérin, comme du reste dans le tétanos en général, Richelot l'a établi depuis longtemps, divers types de température : il y a des cas dans lesquels la température s'élève à peine ou reste normal, ainsi Scherb dans un cas qui a évolué vers la mort en trois jours insiste sur l'apyrexie qui se continuera jusqu'à la fin, et Bonnet dans un cas qui aboutit à la mort en trente-deux heures signale une température de 37°2 le premier jour et des températures de 36°8 et 36°4 le deuxième jour ; et cependant dans ces cas-là le pouls peut être rapide, Bonnet signale un pouls de 100 à 104. Il y a des cas dans lesquels la température normale au début s'élève lentement tout d'abord puis brusquement et très haut dans la dernière phase de la maladie, c'était le cas de ma malade, qui fit 36°9 le matin du premier jour et 37°1 le soir avec un pouls aux environs de la normale, dont la température était le deuxième jour de 37°3 le matin et 37°9 le soir avec un pouls à 76, et qui le troisième jour avait le matin 38°2 et le soir 40°4 avec un pouls à 120. Enfin parfois la température est haute dès le début et va croissant jusqu'à la fin où il n'est pas rare d'observer des températures de 40 à 43 degrés avec un pouls qui peut battre à 120, 140 et jusqu'à 156 pulsations chez deux malades de Sabrazès et Lapauze.

L'évolution du tétanos utérin post-abortum est essentiellement variable ; elle n'a pas toujours eu l'allure très aiguë qu'on attribue au tétanos viscéral. Il y a certes des cas qui ont évolué de cette façon, mais nous avons rencontré toutes les formes depuis le tétanos suraigu jusqu'au tétanos à évolution chronique, lente. Dans 24 cas de notre statistique où la durée du tétanos est indiquée, nous relevons trois cas seulement où la maladie a évolué d'une façon suraiguë en vingt-quatre heures ou moins de vingt-quatre heures ; il y en a cinq où elle a duré de un à deux jours, cinq où elle s'est prolongée de deux à trois jours ; deux de quatre jours, un de cinq jours ; puis viennent six cas où la maladie prend une allure chronique et évolue en dix jours, onze jours, quinze jours, vingt et un jours, vingt-huit jours ; trois de ces cas à évolution lente guérissent. C'est donc une proportion élevée de tétanos chroniques.

Le tétanos puerpéral présente un **pronostic** extrêmement grave, mais il n'est pas fatalement mortel. Vinay (de Lyon) en 1891, sur 106 observations de tétanos puerpéral accusait une mortalité de 88,67 p. 100; cette mortalité serait à peu près la même qu'il s'agisse d'un tétanos post-partum ou d'un tétanos post-abortum, elle serait de 88,13 p. 100 dans le tétanos post-partum et de 89,36 p. 100 dans le tétanos post-abortum. Dans la statistique de Sépet l. mortalité s'élève à 86 p. 100.

Si nous analysons au point de vue du pronostic les cas de tétanos post-partum que nous avons réunis depuis le travail de Sépet en y comprenant l'épidémie de Prague, nous voyons que sur 48 cas, il y a eu 44 morts et 4 guérisons, soit 91,66 p. 100 de mortalité. Pour 41 cas de tétanos post-abortum nous enregistrons 35 morts et 6 guérisons soit une mortalité de 85,36 p. 100. On voit malheureusement par notre statistique que le pronostic du tétanos puerpéral ne s'est pas amélioré depuis 1898, époque où Sépet publiait sa statistique au Congrès de Marseille.

La **question thérapeutique** offre donc ici une importance considérable, c'est elle qui doit surtout retenir notre attention dans la question du tétanos utérin.

On peut dire que toutes les méthodes préconisées dans le traitement du tétanos ont été mises en œuvre dans la lutte contre le tétanos puerpéral.

La **médication sédative** destinée à agir sur le système nerveux par des médicaments calmants a été employée seule à l'exclusion de toute autre thérapeutique dans quelques rares observations (celles de Turenne 1899, de Brault et Faroy 1908, de Morton 1908 qui fut assez heureux pour guérir sa malade). Mais le plus souvent cette médication calmante a été associée aux autres modes de traitement. Les médicaments employés ont été : le chloral administré par la bouche et en lavement, à des doses de 10 grammes, 12 grammes et 20 grammes en vingt-quatre heures (Scherb); la morphine; le bromure [6 grammes en potion] (Bonnet); la scopolamine (Simon); les inhalations de chloroforme (Simon); l'acide phénique que Baccelli a préconisé comme un bon modérateur du système nerveux (Sabrazès, Scherb), et que Sabrazès emploie en injections sous-cutanées toutes les deux heures de 2 centimètres cubes d'une solution d'acide phénique à 5 p. 100. Nous avons nous-même, chez notre malade, associé la méthode de Baccelli aux autres moyens thérapeutiques; nous lui avons fait injecter le premier jour 40 centimètres cubes de glycérine phéniquée, les deuxième et troisième jours 20 centimètres cubes de la même solution. La plupart des auteurs ont associé les uns aux autres les différents médicaments que nous venons d'énumérer; que de fois nous avons vu prescrits en même temps le chloral, la morphine, la médication phéniquée.

Scherb a dans un cas adjoint à la médication sédative les *saignées* répétées, sous la forme de deux saignées de 350 grammes.

A la liste des médicaments employés dans le traitement du tétanos il faut ajouter le sulfate de magnésie dont Schneider s'est servi, en l'adjoignant au sérum, en solution à 25 p. 100, à raison de deux injections de 20 centimètres cubes chacune par jour.

Il va de soi que l'isolement du malade dans une chambre à l'abri de la lumière et du bruit complétera très utilement la thérapeutique médicale instituée.

La **sérothérapie antitétanique** a été conseillée à titre **préventif** et pratiquée à titre **curatif**.

La sérothérapie *préventive* a été récemment préconisée d'une façon systématique dans les avortements criminels (au même titre qu'elle est appliquée d'une façon systématique dans les plaies de la pratique courante) par Simon dans *Centralblatt für Gynækologie* 1923 (p. 545-550), par Wohlgemuth qui dans le même *Centralblatt* (p. 1008) appuie l'opinion émise par Simon, et par Schneider dans un article tout récent de la *Klinische Wochenschrift* (décembre 1925). L'idée d'une sérothérapie préventive à appliquer à la suite des avortements reconnus criminels n'est pas encore entrée dans la pratique courante; nous savons bien qu'on objectera à cette idée la très grande fréquence des avortements criminels et l'extrême rareté du tétanos puerpéral. L'idée à notre avis ne mérite pas moins d'être retenue, car dans la pratique courante le tétanos est une maladie heureusement très exceptionnelle et des milliers d'injections de sérum antitétanique sont faites chaque jour à titre préventif dont l'utilité pourrait être discutée eu égard au petit nombre de tétanos observés. Or quand on sait dans quelles conditions de septicité sont réalisés un grand nombre d'avortements, on ne voit vraiment pas pourquoi ces plaies utérines qui sont si propices au développement des infections ne seraient pas traitées à titre préventif comme toutes les plaies en général.

La sérothérapie *curative* a été appliquée sous toutes ses formes, rarement seule, le plus souvent associée à la médication calmante. Ce sont surtout les injections sous-cutanées de sérum antitétanique qui ont été utilisées. Elles l'ont été pensons-nous à des doses généralement beaucoup trop faibles et pas assez prolongées. Cependant Scherb a associé à la médication calmante intensive les injections répétées d'antitoxine tétanique. De Massary et Léchelle dans un cas qui a guéri ont administré en quinze jours 2.250 centimètres cubes de sérum sous-cutané. Nous avons nous-même eu recours aux fortes doses de sérum en injections moitié sous-cutanées et moitié intramusculaires; en trois jours notre malade a reçu 600 centimètres cubes de sérum.

Les injections intraveineuses n'ont été utilisées qu'une seule fois par Schneider. De même une seule fois les injections épidurales conseillées dans le tétanos consécutif à une blessure des membres inférieurs ont été employés par Courtellemont chez une malade qui du reste a guéri; les injections épidurales ont été répétées trois fois à des doses de 10 centimètres cubes, 14 centimètres cubes et 20 centimètres cubes et ont été associées aux injections sous-cutanées et à la médication calmante. « Il est logique de penser, dit Courtellemont, qu'on peut atteindre par ce moyen la voie nerveuse la plus imprégnée de toxines. »

Les injections intrarachidiennes lombaires ont été beaucoup plus souvent employées, seules ou associées; Simon, Fritsch, Galtier, Sabrazès y ont eu recours. La dose injectée par Fritsch est de 15 centimètres cubes; Sabrazès injecte des doses plus élevées allant de 30 centimètres cubes à 60 centimètres cubes. Bien entendu ces doses de sérum antitétanique ne doivent être injectées qu'après soustraction d'une certaine dose de liquide céphalo-rachidien.

Il nous reste à parler des injections intracraniennes de sérum antitétanique. Fritsch est le seul auteur qui y ait eu recours; il préconise la méthode dans un article qu'il a consacré au traitement du

tétanos puerpéral par l'injection intracranienne de sérum antitétanique (*Centralblatt für Gynækologie* [Leipzig], 8 sept. 1923.) Chez une tétanique à laquelle il avait injecté le premier jour du traitement 25 centimètres cubes de sérum antitétanique sous la peau, puis 15 centimètres cubes à l'intérieur du rachis le deuxième jour du traitement, il se décida devant l'aggravation des accidents à pratiquer l'injection intracranienne; il fit une trépanation bilatérale avec injection de 5 centimètres cubes de sérum sous la dure-mère de chaque côté, en ayant soin de pousser l'injection très lentement; le lendemain la dyspnée avait disparu et les accidents allèrent s'atténuant jusqu'à la guérison complète qui fut obtenue en trois semaines. Bien qu'il fût en présence d'un cas favorable à incubation longue et dans lequel les contractures n'ont augmenté que lentement, il croit cependant que la malade a été sauvée par l'injection intracranienne de sérum.

L'auteur rappelle les expériences de Roux et Borrel et les résultats mauvais obtenus par cette méthode par Courmont et Doyen, et par Kocher. Il ajoute que pendant la guerre des auteurs allemands ont repris la méthode des injections intracraniennes avec succès, c'est la raison pour laquelle il l'a adoptée. Il recommande comme traitement, le traitement sérique seul, sans intervention portant sur l'utérus : on fera tous les jours 25 centimètres cubes de sérum sous-cutané; 15 centimètres cubes de sérum intra-rachidien par ponction lombaire; 15 centimètres cubes de chaque côté de sérum intracranien par injection sous-durale.

Le traitement de la plaie d'inoculation, autrement dit le **traitement chirurgical**, est un point très discuté dans la thérapeutique du tétanos puerpéral. Il est rejeté par Simon, par Fritsch; Simon considère comme inutile toute thérapeutique portant sur l'utérus, curettage ou hystérectomie. La seule chance de succès réside dans la sérothérapie à haute dose et plus encore dans l'emploi systématique de la sérothérapie préventive toutes les fois que l'on suppose être en présence d'un avortement criminel. Par contre le traitement chirurgical même très actif, par l'hystérectomie, pratiquée alors que la malade est encore en état de subir une opération grave, a ses défenseurs. Kiehne (*Centralblatt für Gynækologie*, 1923) a plaidé la cause de l'hystérectomie spéciale que Caraven avait déjà pratiquée en 1908 chez une malade de Brault et Schneider (*Klinische Wochenschrift*, décembre 1925) a défendu l'hystérectomie abdominale. Mais Kiehne de même que Schneider associent le traitement chirurgical au traitement médical et sérothérapique. Kiehne préconise ce qu'il appelle le traitement combiné, comportant l'hystérectomie vaginale avec association au traitement médical, chloral et sérum antitétanique à hautes doses. Dans quatre cas où cette pratique a été suivie, il a obtenu les résultats suivants : deux morts, une guérison en six semaines, une mort par embolie tardive après guérison clinique du tétanos. L'auteur oppose aux résultats obtenus par son traitement combiné les résultats connus jusqu'alors : six cas d'hystérectomie, *sans* traitement sérique associé, ont donné six morts. Ces cas ont été publiés par Wolko, Rubeska et Pitha. D'autre part à la suite du traitement sérique simple, *sans* hystérectomie, Winckel accuse une mortalité de 89 p. 100 et Kentmann de 93 p. 100.

Schneider (décembre 1925) se range à l'avis de Kiehne, il faut supprimer le foyer d'infection par l'hystérectomie quand l'état général de la malade permet cette intervention. Schneider s'est trouvé en présence de deux tétanos puerpéraux, l'état de sa première malade était tellement grave que toute intervention chirurgicale était impossible; dans son second cas l'hystérectomie abdominale totale faite au quatrième jour du tétanos a amené une amélioration nette mais passagère et la malade a fini par succomber à des accidents de gangrène gazeuse du pelvis associée au tétanos.

Il est bien difficile d'étayer une opinion ferme sur la valeur du traitement chirurgical en s'appuyant sur d'aussi courtes statistiques. Mais nous ne voyons vraiment pas pourquoi toute action sur l'utérus, lorsqu'il est réellement le point de départ des accidents tétaniques, serait systématiquement rejetée. Pourquoi, au moins par un simple curettage, ne pas débarrasser l'utérus des débris de placenta qu'il renferme, comme nous le faisons si souvent avec succès dans les infections puerpérales simples succédant aux avortements. Chez notre malade nous n'avons pas hésité à pratiquer le nettoyage de la cavité utérine d'où furent enlevés des débris placentaires; le curettage était nettement indiqué par la rétention de ces débris (ce sont eux qui inoculés à deux cobayes ont provoqué le tétanos). Nous croyons donc que le curettage suivi d'un lavage utérin à l'eau oxygénée est le minimum d'intervention chirurgicale qui doive être tenté et la gravité de l'état général ne peut pas être une contre-indication à cette opération si simple; les injections d'eau oxygénée utilisées par plusieurs auteurs sont à conseiller. Chez notre malade nous nous sommes demandé, lorsque nous avons vu les accidents s'aggraver malgré le curettage et la médication sérothérapique instituée, si l'hystérectomie n'était pas indiquée; nous avons reculé devant cette opération à cause de la gravité de l'état général; c'est pourquoi nous pensons que si l'on doit recourir à l'hystérectomie, il faut que celle-ci soit pratiquée dès le début des accidents avant que la situation soit pour ainsi dire désespérée; l'évolution du tétanos puerpéral peut être si rapide dans certains cas qu'il y a un intérêt majeur à instituer d'emblée la thérapeutique médicale et chirurgicale la plus active.

Nos conclusions au point de vue thérapeutique sont actuellement les suivantes : l'idée d'instituer un traitement préventif du tétanos surtout dans les avortements provoqués comme l'ont proposé récemment plusieurs auteurs allemands (Simon 1923, Wohlgemuth 1923, Schneider 1925) est une idée à retenir. Dans notre service, depuis le cas malheureux que nous avons observé, nous avons appliqué déjà plusieurs fois la sérothérapie préventive à des femmes qui avaient avoué ou chez lesquelles nous soupçonnions l'avortement criminel.

Lorsque le tétanos est constitué, il faut dès les premiers symptômes, recourir au traitement curatif le plus énergique. On instituera simultanément la médication calmante, la sérothérapie et le traitement chirurgical.

Le chloral soit en lavement, soit par la bouche, à des doses élevées, au moins 10 à 12 grammes par jour, pourra être associé à la morphine.

Le sérum antitétanique sera prescrit à des doses très élevées en injections sous-cutanées; chez ma malade j'ai injecté en trois jours six cents centimètres cubes de sérum; de Massary et Léchelle ont injecté

sous la peau, en quinze jours, chez une malade qui a guéri, deux mille deux cent cinquante centimètres cubes de sérum. Nous n'osons pas formuler d'opinion au sujet des injections intra-veineuses qui seront souvent difficiles à faire chez des malades en crises répétées, et au sujet des injections intra-craniennes; il s'est fait depuis la guerre, dans certains milieux allemands, un retour en faveur de la sérothérapie intra-cranienne. En ce qui concerne le traitement chirurgical nous n'hésiterons pas à conseiller d'y recourir d'emblée; le curettage sera réservé aux tétaniques trop gravement atteintes pour supporter le choc d'une hystérectomie même rapidement menée; mais toutes les fois que l'état de la malade le permettra la meilleure conduite à suivre nous paraît être de supprimer le foyer d'infection en recourant d'emblée à l'hystérectomie. Devant une maladie aussi grave que le tétanos puerpéral tous les moyens d'action les plus énergiques doivent être mis en œuvre dès le début des accidents.

A consulter : Thèse de concours de VELPEAU, 1834. — SIMPSON. *Trans. of obst.*, Londres 1854. — Thèses de PILLIOL, Paris 1869; de LARDIER, Paris 1874, n° 212; de COLLONGUE, Paris 1878. — GAUTIER. *Revue de la Suisse romande*, 1889, t. IX, p. 745. — VINAY. *Lyon méd.*, 1891, p. 537. — ROLLIN. Tétanos puerpéral, *Th. de Paris*, 1892. — SÉPET. *Congrès périodique de gyn. et d'obst.*, Marseille, 1898. (Il y a dans la communication de Sépet un index bibliographique assez complet concernant la littérature antérieure à 1898.) — RUBESKA. *Arch. Gyn.*, 1898, t. LIX. — OLSHAUSEN. *Verh. d. Deut. Ges. f. Gyn.*, 1899, t. VIII. — PITHA. *Centralbl. f. Gyn.*, 1899, t. XXIII. — TURENNE. *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris 1899. — GALTIER. *Bull. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 1901, p. 192. — MARTIN. *Centralbl. f. Gyn.*, 1906. — SEEGERT. *Centralbl. f. Gyn.*, 1906. — POISOT et MERRY. *Arch. gén. de méd.*, 1906. — SCHERB. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1908. — BRAULT et FAROY. *Presse méd.*, 1908, p. 795. — MORTON. *Brit. med. Journ.*, 1908, p. 808. — COMMANDEUR et ESSARD. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1908, p. 402. — COURTELLEMONT. Tétanos utérin à forme chronique, *Progrès méd.*, 19 août 1911, n° 33. — PIERRET et LEROY. *Echo méd. du Nord*, 1913, p. 131. — LAPAUZE. Le tétanos utérin postabortif, *Th. de Bordeaux*, 1919. (Travail du service de M. le professeur Sabrazès.) — DE MASSARY et LÉCHELLE. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 avril 1920. — GAUJOUX et FLAISSER, VALOIS. *Réunion obst. et gyn. de Montpellier*, 8 déc. 1920. — ROTHSCHILD. *Münch. med. Woch.*, 1922. — SIMON. *Centralbl. f. Gyn.*, 1923, p. 545-550. — WOHLGEMUTH. *Centralbl. f. Gyn.*, 1923. — KIEHNE. *Centralbl. f. Gyn.*, 1923, t. XLVII, n° 1. — NAGY. *Centralbl. f. Gyn.*, 1924. — FRITSCH. *Ceutralbl. fur Gynækol.*, 8 sept. 1923. — SCHNEIDER. *Klin. Woch.*, 17 déc. 1925, p. 2438. — (On trouvera dans l'article de Schneider un index bibliographique où figure un travail de Spiegel qui a publié plusieurs cas de tétanos puerpéral, in *Arch. f. Gyn.*, t. CIII.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de bactériologie, par le professeur J. COURMONT. Cinquième édition revue, augmentée et corrigée, par P. COURMONT, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, directeur de l'Institut bactériologique. In-16 de 1.278 pages avec 324 figures dans le texte et 40 planches en couleurs hors texte. — Prix : cartonné toile, 85 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Les Tumeurs du cerveau, par le professeur Viggo CHRISTIANSEN, médecin en chef de l'hôpital royal de Danemark, membre de l'Académie de médecine de Paris. Deuxième édition publiée avec le concours du docteur Edmond Terris. Un volume de 400 pages avec 107 figures. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

(Session des 26 au 30 juin 1926.)

Les Journées Médicales de Bruxelles viennent de clore leur VIe Session. Leur succès a été encore plus éclatant que les années précédentes. Elles sont à l'heure actuelle la plus imposante de toutes les réunions médicales périodiques et leur fréquentation tend à leur donner de plus en plus le caractère d'une réunion vraiment internationale; aussi convient-il de leur garder jalousement leur appellation initiale de *Journées médicales de Bruxelles* et de ne pas laisser s'introduire celle de *Journées médicales Belges*, le docteur Léopold MAYER, un des principaux organisateurs, le faisait remarquer avec infiniment d'à-propos, dans les quelques paroles qu'il a prononcées au banquet de clôture de Louvain. Sous cette dernière dénomination elles seraient mal caractérisées, réduites à une manifestation nationale, alors que le chiffre de leur adhérents étrangers s'amplifie d'année en année et que les pays qui s'y font officiellement représenter sont en nombre grandissant à chaque Session.

* * *

Un compte rendu de ces réunions, dans la forme usuelle, résumant chacune des conférences ou des communications qui y furent apportées, ne serait pas expédient et peut être serait-il fastidieux.

Il ne correspondrait pas à la formule si nouvelle, qu'ont voulu leur donner leurs organisateurs, qui a assuré leur succès, et suscité déjà de nombreux imitateurs en France et en Algérie.

Les Journées Médicales de Bruxelles ne sont pas un Congrès, on ne saurait trop le répéter, mais plutôt un cours de perfectionnement destiné aux médecins praticiens auxquels le labeur quotidien ne permet pas toujours de suivre l'évolution des idées médicales nouvelles et de connaître les techniques ou les thérapeutiques récentes.

C'est pour cela que les conférences y ont été multipliées, qu'elles sont demandées aux plus grands et aux plus compétents des maîtres des Universités ou des spécialistes Belges et étrangers et qu'elles portent sur les sujets les plus variés. Mais le programme ne se borne pas à ces conférences auxquelles sont consacrées les après-midi, et les matinées se passent dans les hôpitaux, les cliniques et les Instituts si nombreux à Bruxelles et dans les communes circonvoisines, ils s'ouvrent tous et largement aux congressistes. Là encore, sont données par les chefs de service des conférences cliniques sur les sujets qu'ils ont particulièrement étudiés, là surtout le praticien se perfectionne dans les techniques nouvelles d'investigation et de traitement, ou s'initie à elles s'il les ignorait encore. Aucun ne rentre dans ses foyers où l'attend le labeur quotidien, sans avoir pu enrichir la somme des connaissances qui lui sont utiles pour soulager quand ce n'est pas pour guérir.

Il convient d'ajouter que les soins des organisateurs ne se sont pas limités à la préparation minutieuse de ce côté technique et instructif des Journées médicales. Ils ont eu aussi le souci de créer une atmosphère de sympathie confraternelle dans laquelle se nouent souvent des liens de bonne et fidèle camaraderie, en recevant à leur table un grand nombre de congressistes.

Ils se sont préoccupés enfin d'assurer un souvenir durable de chacune de ces réunions par un programme varié et séduisant de fêtes et de réceptions.

Voilà tout ce qui caractérise les Journées Médicales instaurées à Bruxelles, ce qui leur donne une attirance si spéciale, ce qui a assuré leur rapide et prodigieux succès ; rien ne saurait être retranché de ce programme, rien peut-être ne saurait y être ajouté, sans en modifier, jusqu'à les dénaturer la physionomie et l'attrait; ceux que la pleine réussite des Journées de Bruxelles, pourrait inciter à des organisations analogues dans d'autres régions et dans d'autres pays, agiront sagement en s'imprégnant bien des idées et des méthodes de nos confrères Belges s'ils ne veulent pas courir le risque de connaître des mécomptes et des déceptions.

Association de la Presse médicale française.

*
* *

Trois faits principaux et qu'il paraît opportun de souligner en quelques mots semblent avoir donné à la session actuelle des Journées Médicales de Bruxelles, une physionomie et une caractéristique propres :

a. *Une participation plus complète encore que les années précédentes des pouvoirs publiés aux différentes réunions.* — S. M. la reine de Belgique comme les années précédentes a honoré de sa présence la séance d'ouverture; S. A. R. Mgr le duc de BRABANT a présidé le banquet du 26 juin offert au maréchal LYAUTEY; enfin les congressistes ont eu pour la première fois, l'insigne honneur d'être reçus au Château royal de Laecken et d'y être présentés à Leurs Majestés le Roi et la Reine. Avant d'être introduits dans la salle de la Rotonde où devaient se faire les présentations, ils ont traversé les immenses serres du Château qui leur ont offert le spectacle féerique de longues voûtes fleuries aux couleurs délicatement nuancées de géraniums et de fuchsias grimpants, entrecoupées de bosquets de plantes et d'arbres exotiques.

A noter également la présence de M. JASPAR, président du Conseil des Ministres qui a présidé la séance d'ouverture, à laquelle il a prononcé un magnifique discours, et qui a participé à plusieurs autres des réunions.

Enfin et pour la première fois également les congressistes ont été reçus à l'Ambassade de France par leurs excellences M. et Mme HERBETTE.

Les Journées médicales de Bruxelles, fruit de l'initiative privée de nos trois grands amis les docteurs Léopold MAYER, René BECKERS et Raoul BERNARD, ont donc reçu cette année la consécration officielle et totale des pouvoirs publics. Il convenait de signaler ce résultat magnifique dû à la persévérance dans l'effort des organisateurs du Congrès et à la sympathie personnelle qu'ils inspirent à tous. Quel bel hommage à l'utilité de l'œuvre réalisée.

b. *Une manifestation éclatante de sympathie franco-belge.* — La présence du maréchal LYAUTEY aux diverses réunions des Journées médicales a été l'occasion de cette manifestation qui s'est renouvelée à différentes reprises, et qui s'adressait aussi bien à la France tout entière qu'à l'illustre soldat. Ceux qui ont entendu les applaudissements nourris qui ont salué le Maréchal en ont éprouvé une émotion réconfortante et en garderont un souvenir impérissable. Ces applaudissements ont éclaté à la séance d'ouverture après le discours si vigoureux du Maréchal; au banquet présidé par S. A. R. Mgr le Duc de BRABANT; au banquet offert à Louvain par le bourgmestre et le collège des échevins; à la soirée de Gala au Grand théâtre où toute la salle s'est levée frémissante et tournée vers le Maréchal au moment où il prenait place dans sa loge; enfin et surtout à la réception à l'Université de Louvain, lorsque Mgr LADEUZE, recteur magnifique, eut annoncé qu'il remettait au Maréchal le diplôme de *Doctor honoris causa,*

c. *La visite à l'Université catholique de Louvain.* — Pour comprendre la portée et la signification de ce geste d'union sacrée il convient de rappeler que les deux Universités de Bruxelles et de Louvain ont un caractère philosophique nettement opposé, qui les avait dressées l'une contre l'autre et en avait fait des rivales pour ne pas dire des ennemies jusqu'en 1914. A Louvain : Université catholique; à Bruxelles : Université de libre-pensée. Et puis la guerre a rapproché beaucoup d'esprits et beaucoup d'âmes dans le malheur commun et dans le partage des souffrances. Louvain fut une des victimes sur lesquelles s'est particulièrement appesantie la fureur teutonne. Après le massacre des habitants ce fut l'incendie qui détruisit plus de 1.200 habitations et monuments publics. Dans toutes les mémoires persiste le souvenir de l'émotion qui s'empara du monde entier lorsqu'on apprit la destruction complète de la célèbre bibliothèque de l'Université contenant plus de 250.000 volumes et des manuscrits d'une valeur historique inestimable. Le recteur de l'Université libre de Bruxelles devant les cendres encore fumantes communia dans une même émotion avec le recteur de l'Université catholique de Louvain et partagea la même indignation devant le crime qui venait d'être perpétré contre le patrimoine intellectuel humain. Cette rencontre était le prélude de celle à laquelle nous avons eu l'émotion d'assister cette année et au cours de laquelle nous avons pu entendre des paroles de sympathie intellectuelle échangées entre M. le professeur Jean DEMOOR, de l'Université libre de Bruxelles, président des Journées médicales de 1926, et Mgr LADEUZE, recteur magnifique de l'Université de Louvain. Paroles d'autant plus significatives qu'elles s'échangeaient dans la salle en reconstruction de la bibliothèque incendiée. La science nous offre donc un terrain sur lequel les hommes venus de tous les horizons philosophiques peuvent fraterniser et faire la trêve d'éternelles querelles en respectant de part et d'autres les convictions les plus opposées, quand elles sont sincères. Cela remet en mémoire les résultats de l'enquête instituée récemment par un des grands quotidiens de Paris sur les prétendus conflits de la science et de la foi, théorie surannée dont les savants aux noms les plus illustres, aux idées les plus variées et les plus différentes ont tous fait justice dans les réponses adressées à l'enquêteur parisien.

*
* *

Il convient enfin de dire quelques mots de l'Exposition des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation chirurgicale et physiothérapique et de la librairie médicale qui était comme les années précédentes annexée aux Journées médicales. Elle avait groupé un nombre de participants beaucoup plus grand encore que dans le passé et nous y avons rencontré en particulier la plupart des directeurs de nos grandes firmes pharmaceutiques françaises. A signaler le gros effort fait par les firmes pharmaceutiques belges. Enfin pour la première fois des récompenses ont été attribuées aux exposants après délibérations d'un Jury composé de personnalités particulièrement compétentes. Nous avons eu toutefois le regret de constater que nos administrations de stations thermales françaises n'avaient pas fait encore pour cette Exposition l'effort qu'on pourrait attendre d'elles et qui ne manquerait pas de leur donner les résultats les plus intéressants.

Il nous plaît de signaler en passant le geste généreux de la librairie MALOINE de Paris qui a fait don à la bibliothèque de l'Université de Bruxelles de toute la collection des publications éditées sous sa firme. Voilà de la bonne, très utile et très patriotique propagande.

*
* *

Enfin qu'il nous soit permis d'adresser des remerciements très chaleureux aux principaux organisateurs des Journées médicales. Ils ont réservé au délégué de l'Association de la Presse médicale française, une réception courtoise et empressée et ont eu pour lui les attentions les plus délicates, ces remerciements s'adressent spécialement à nos confrères MAYER, BECKERS, BERNARD, WEYMEERSCH et TANT que nous sommes heureux de saluer en terminant ces quelques mots

*
* *

Peut-être sera-t-il de quelque intérêt pour les lecteurs de ce Journal de trouver ci-dessous les noms des principaux conférenciers qui ont pris la parole au cours des réunions tenues au Palais de cinquantenaire, avec l'indication des sujets traités par eux.

A la séance d'ouverture ont pris la parole :

M. le premier Ministre;

M. le professeur BRACHET, recteur de l'Université libre de Bruxelles;

M. le professeur Léon BERNARD (de Paris), au nom des délégués des gouvernements étrangers;

M. le docteur René BECKERS, secrétaire général des Journées médicales;

M. le professeur Jean DEMOOR, président des Journées médicales de 1926.

M. le maréchal LYAUTEY.

PRINCIPALES CONFÉRENCES

M. le docteur Adrien BAYET, professeur honoraire à l'Université libre de Bruxelles : **Les résultats de la lutte contre la syphilis en Belgique.**

M. le docteur Albert GOVAERTS, chef de service à la polyclinique du parc Léopold, secrétaire général de la Société belge d'eugénique : **L'examen médical préventif.**

M. le docteur Léon BERTRAND, chef de service honoraire des hôpitaux civils d'Anvers : **Les acquisitions récentes dans le domaine de la vaccinothérapie des affections microbiennes aiguës.**

M. le docteur ZIMMERN, directeur de l'Institut municipal d'électroradiologie de Paris : **Les accidents de l'électricité industrielle et domestique.**

M. le docteur Thierry DE MARTEL, chirurgien de l'Hôpital américain de Paris : **Chirurgie des tumeurs cérébrales.**

M. le docteur TRICOT-ROYER (d'Anvers), président de la Société internationale d'histoire de la médecine, président d'honneur de la Fédération médicale belge : **Les conditions sociales des lépreux dans l'ancien Duché de Brabant.**

M. le docteur Jean SICARD, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker : **La chirurgie de la douleur.**

M. le docteur Edmond LESNÉ, médecin de l'hôpital Trousseau : **De l'asthme infantile.**

M. le docteur Louis-E. PHANEUF, professeur de clinique gynécologique au Tufts College medical School, chef des services de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Carney (de Boston) : **Le traitement du prolapsus complet des femmes âgées par l'interposition de l'utérus.**

M. le docteur SIFFRE (de Paris) : **La thérapeutique préventive des malpositions dentaires.**

M. le docteur Lucien BECO, professeur de clinique médicale à l'Université de Liége, membre de l'Académie royale de médecine : **Etat actuel de nos connaissances cliniques sur la pneumonie franche.**

M. le docteur Lucien DECOSTER : **Les insuffisants maxillo-nasaux. Leur traitement par expansion squelettique.**

M. le docteur GOLDENBERG (de Paris) : **La vaccinothérapie par la voie intradermique. Ses fondements biologiques, ses résultats.**

M. le docteur Léon BERNARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine : **Le début de la tuberculose chez l'homme.**

M. le docteur R. CHARLET (de Paris) : **Les applications du froid en odontologie (cryothérapie).**

M. REGNART (de Paris) : **L'insuffisance thyroïdienne et le système dentaire.**

M. le docteur Léon DEKEYSER, chef de service à l'hôpital Brugmann : **La thérapeutique par les rayons ultraviolets.**

M. le docteur Jean SAIDMAN : **Les rayons infrarouges. Leur rôle adjuvant en actinothérapie.**

M. le docteur Jules DE NOBELE, professeur à l'Université de Gand : **La diathermie.**

M. le docteur Paolo MANCINI, professeur de pathologie médicale à l'Univérsité de Milan : **La systématisation des syndromes carentiels au point de vue des vitamines.**

M. le docteur René VERHOOGEN, professeur à l'Université libre de Bruxelles : **Les mutations des types morbides.**

M. le docteur Mameli SPINELLI, professeur de clinique gynécologique à l'Université de Naples : **Radiothérapie des myomes utérins.**

M. le docteur J.-J. VAN LOGHEM, professeur d'hygiène à l'Université d'Amsterdam, directeur honoraire de la division d'hygiène tropicale de l'Institut colonial : **L'assainissement d'une ville tropicale.**

M. le docteur Pol GÉRARD, professeur à l'Université libre de Bruxelles : **Les nouvelles idées sur la structure du placenta.**

M. le docteur RAPPIN, directeur de l'Institut Pasteur de la Loire-Inférieure, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Nantes : **Vaccination et vaccinothérapie de la tuberculose.**

M. le docteur Léopold MAYER, agrégé de l'Université libre de Bruxelles : **Etat actuel de la curiethérapie dans le cancer.**

M. le docteur VERMEULEN, médecin hygiéniste, inspecteur du travail : **Où en est la santé du peuple belge?**

M. le docteur E. LAUWERS, chirurgien, à Courtrai : **La cordotomie.**

VICTOR GARDETTE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1926)

Action de l'acétylecholine sur la tension artérielle. — MM. VILLARET, BARIÉTY et Justin BESANÇON. En opérant sur le lapin, les auteurs ont constaté que l'acétylcholine en injection intraveineuse ou sous-cutanée amenait une baisse de la tension artérielle avec bradycardie.

Fièvre de Malade. Guérison par une injection d'endo-protéine. — MM. COURTOIS-SUFFIT, GARNIER et LIÈGE.

Coup de soleilacrinidique. — MM. F, RATHERY et Julien MARIE rapportent l'observation d'une malade atteinte d'érythème noueux polymorphe, hyperpyrexique qui présenta à la suite d'une série d'injections intraveineuses de chlorhydrate de diamino-méthyl acridine (trypaflavine), un coup de soleil acridinique. Les conditions d'apparition du phénomène démontrent, en effet, qu'il s'agissait bien d'une sensibilisation transitoire des téguments à la lumière, due à l'acridine.

La réponse du facial par la compression du nerf auriculo-temporal chez les encéphalitiques parkinsoniens. — MM. H. DUFOUR, DUHAMEL et HUREZ. Foix a montré que si on comprime fortement et des deux côtés simultanément, avec les index, les cols des condyles du maxillaire inférieur en arrière au niveau du passage du nerf auriculo-temporal, on obtient chez certains hémiplégiques surtout à la phase comateuse une contraction très nette des muscles innervés par le facial du côté non paralysé. Il n'y a point de réponse du côté paralysé. Il en résulte une assymétrie faciale passagère indiquant aux médecins le côté hémiplégié. Les auteurs ont recherché ce signe chez les encéphalitiques parkinsoniens au masque facial figé. Chez 22 malades sur 25 observés environ dans ces deux dernières années ils ont noté l'absence de la réponse du facial des deux côtés. Chez quelques-uns la réponse est unilatérale comme chez les hémiplégiques. Dans les cas litigieux, cette unilatéralité permet d'orienter le diagnostic dans le sens d'un parkinsonisme encéphalitique.

Dégénérescence amyloïde très améliorée par les rayons ultra-violets. — MM. Fernand BESANÇON, André JAQUELIN et Jean CELICE relatent l'observation d'un coxalgique, fistulisé depuis cinq ans, atteint de dégénérescence amyloïde à forme grave (polyurie, albuminurie importante, œdèmes périphériques, vomissements, diarrhée incoercible, très gros foie et très grosse rate) et chez lequel la radiothérapie et les rayons ultra-violets commencée en novembre 1924 ont déterminé une disparition des symptômes digestifs et une régression de l'hépatomégalie, de l'albuminurie et de la splénomégalie.

Deux cas de pléthore familiale. — MM. P.-Emile WEIL et R. STIEFFEL rapportent deux observations du pléthore chez un frère et une sœur. Ils rappellent les caractères généraux de la pléthore (obésité, faciès congestif, polyglobulie, tendance aux hémorragies) et montrent que rien ne distingue les cas familiaux des cas isolés. L'un des deux cas étudiés présentait en plus du syndrome habituel, des signes de néphrite chronique azotémique et hypertensive. Dans les deux observations, les auteurs ont pu mettre en évidence l'existence de substances hémopoïétiques dans le sérum des malades.

Un cas de paralysie des quatre dernières paires craniennes (syndrome de Collet) d'origine vraisemblablement traumatique. — MM. Louis RAMOND, Maurice BARCOURRET et ROUQUES. Présentation d'une malade chez qui à la suite d'une chute sur le crâne datant d'un an après laquelle se manifestèrent une céphalée violente et des vertiges intenses, s'est montré un hémisyndrome bulbaire (paralysie des 9e, 10e, 11e, 12e paires) rigoureusement unilatérale du côté gauche. A ce propos les auteurs discutent le diagnostic qui se pose à propos de leur malade (tumeur cérébrale, pachyméningite) et concluent à une fracture probable des trous déchirés postérieurs et condyliens antérieurs.

Balle intracranienne, Epilepsie tardive. — MM. Babonneix et Mornet présentent les radiographies du crâne d'un sujet entré à l'hôpital pour épilepsie. Il racontait qu'il avait été blessé par une balle, en 1915, et il existait en effet, dans la région temporo-pariétale droite, une brèche osseuse de 3 centimètres sur 4. En réalité, l'épilepsie doit très vraisemblablement être rattachée, non à des adhérences méningées de la région rolandique droite, mais à l'existence d'une balle située dans l'étage postérieur de la boîte cranienne, du côté gauche. Pendant dix ans, cette balle n'a pour ainsi dire donné lieu à aucun phénomène morbide.

Un cas d'hémoglobinurie a frigore par fragilité globulaire. — MM. P.-Emile Weil et R. Stieffel publient un cas d'hémoglobinurie à frigore qui n'est pas liée à la présence d'hémolysines dans le sérum, (épreuve de Donath et Landsteiner négative) mais à une diminution considérable de la résistance globulaire. Les auteurs étudient deux lésions essentielles du sang :

1° Un pouvoir agglutinant extraordinaire du sérum pour ses propres hématies et pour les hématies étrangères, pouvoir agglutinant tel qu'il a été impossible et de faire une numération globulaire, et de déterminer le groupe sanguin du malade.

2° Une fragilité globulaire vis-à-vis des solutions salines, même hypertoniques, fragilité dont on ne trouve pas de cas semblables dans la littérature.

Abcès aigus et chroniques de la rate d'origine typhoïdique — MM. Pr. Merklen, A. Froelich et E. Stulz présentent deux cas d'abcès typhoïdique de la rate. Dans le premier cas, il s'agit d'une forme aiguë, dont la splénotomie a amené la guérison complète. Ces abcès typhiques de la rate sont très rares. Il n'y en a guère qu'une trentaine de cas publiés.

Le test de transsudation. — MM. Noel Fiessinger, J. Sandor, H. R. Olivier rapportent la technique d'une épreuve qui permet l'évaluation quantitative d'un œdème loeal provoqué par striction. Ils étudient les affections où cette épreuve est positive ; cardiaque rénaux avec œdèmes, cachectiques et hépatiques, en période d'insuffisance fonctionnelle complète. Le test de transsudation donne des renseignements de même ordre que le test d'Aldrich et Mac Clure, et permet de démontrer dans les œdèmes, l'importance de la résistance endothéliale aux transsudations.

Temps de résorption d'une boule d'œdème intra-dermique. — MM. Merklen et Wolf.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 18 JUIN 1926)

Présentation. — M. Pierre Robin présente un appareil **masso-dilatateur naso-pharyngien.**

Grossesse douloureuse. — M. Keim rapporte un cas de diagnostic difficile de grossesse douloureuse. La radiographie faite à cinq mois trois quarts montre un fœtus avec les membres en extension. Cela fit croire à une grossesse extra-utérine. Seule la laparotomie qui supprima la douleur d'origine appendiculaire montra qu'il s'agissait d'une grossesse normale qui se termina à terme sans nouvel incident.

Syphilis du voile du palais. — M. Raymond Petit rapporte l'observation d'une femme de soixante-trois ans, atteinte de gomme syphilitique ulcérée du voile du palais, qui avait été prise pour une tumeur. Les signes cliniques étaient tellement nets et classiques que le traitement spécifique fut immédiatement institué bien que l'interrogatoire, l'examen général et les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht fussent négatifs. Ce traitement amena la guérison locale en dix jours. Par réactivation, les réactions de Wassermann et de Hecht devinrent positives. A cette occasion l'auteur insiste sur les rapports de la clinique et du laboratoire, il montre la nécessité de leur collaboration et la prépondérance que doit garder la clinique en cas de désaccord.

LIVRES NOUVEAUX

La dilatation du cœur. Étude radioscopique (1), par Emile Bordet. Préface du docteur H. Vaquez.

Dans leur ouvrage : « Le cœur et l'aorte » MM. Vaquez et Bordet avaient déjà étudié les signes radioscopiques de la dilatation cardiaque. Mais ils s'étaient bien gardés d'entrer dans le détail, estimant, non sans raison, que des précisions nouvelles ne pourraient être apportées que par une patiente accumulation de documents cliniques, de protocoles d'autopsies et d'expérimentations.

Ce sont quelques-uns de ces documents que M. Bordet nous apporte aujourd'hui. Il nous rappelle, pour commencer, la valeur séméiologique de la dilatation, qui ne peut signifier autre chose qu'insuffisance du myocarde, et l'importance de la radioscopie pour en reconnaître et l'existence et les principales caractéristiques. Etudions tout d'abord la *dilatation physiologique*, produite par l'effort musculaire. Aux rayons, diminution de l'ombre du cœur répondant, non à une dilatation vraie de l'organe, mais à une dilatation qui se manifeste par l'amplification des battements, c'est-à-dire par une réplétion diastolique plus grande ; quant à l'augmentation systolique, elle n'est pas appréciable, mais les mouvements de retrait, brefs et fortement marqués, marquent l'énergie avec laquelle le cœur se contracte. Passons maintenant à la *dilatation expérimentale*, que l'auteur a étudiée avec Giroux ; on peut, grâce à elle, suivre les variations de l'aire, voir dans quels cas elle est parallèle à celle des cavités cardiaques, et arriver à cette notion que la dilatation artificielle du cœur cadavérique donne aux contours une configuration sphérique. Voici maintenant quelques *recherches anatomo-pathologiques*. En cas de grosse dilatation du cœur gauche, le cœur est ovoïde ; à la radioscopie, augmentation considérable de volume du ventricule gauche, parallélisme évident, dans les grandes lignes, des données nécropsiques et radioscopiques. La dilatation porte-t-elle sur le ventricule droit, celui-ci subit, selon les cas, diverses déformations, auxquelles correspondent les configurations radioscopiques dites en sabot, triangulaire ou transversale. La dilatation se révèle-t-elle par des *signes radioscopiques précoces* ? Oui et non : pas d'augmentation de volume appréciable, mais amplitude exagérée des battements, laquelle persiste pendant le repos, au lieu de s'apaiser, signe caractéristique d'une dilatation pathologique du ventricule gauche, constatation bien fréquente chez les jeunes gens qui s'adonnent aux sports sans être sufisamment entraînés, et font des crises brèves, mais répétées d'insuffisance cardiaque. Ce n'est que plus tard qu'apparaît l'accroissement de dimension du cœur. Abordons l'étude des *dilatations localisées*. S'agit-il de dilatation du ventricule gauche ? Aux rayons X, développement exagéré du profil gauche du cœur, allongement de son diamètre. A la dilatation du ventricule droit correspondent trois aspects : cœur en sabot, triangulaire ou de type exagérément transversal. En cas de dilatation de l'oreillette gauche, développement excessif de l'arc moyen gauche, avec abaissement du point D par rapport au point G, contour droit plus saillant et plus développé qu'à l'état normal. La dilatation porte-t-elle sur l'oreillette droite, le contour droit de l'ombre subit un développement excessif, avec exagération du profil auriculaire en O. A. D. On voit à quel point peuvent être complexes les déformations pathologiques du bord droit et combien il peut être difficile de les interpréter. Grâce à la clinique et à la radioscopie, on y arrive toutefois, de même qu'on parvient à élucider le mécanisme des augmentations de volume du cœur et la réaction de la musculature cardiaque. Les *grandes dilatations*, elles, ont une image radioscopique différente selon qu'il s'agit d'anévrisme artério-veineux, d'insuffisance cardiaque ou de symphyse péricardique. Pour *l'évolution* des cardiopathies, la radiologie donne des renseignements précieux : de même, elle aide au *diagnostic*, et, bien souvent fournit des *indications thérapeutiques* précieuses.

Telle est en quelques lignes, l'ordonnance de ce livre où

(1) In-8. — Paris 1926, J.-B. Baillière et fils.

les faits sont présentés avec une rigueur toute scientifique, et qui fait le plus grand honneur à son auteur.

L. BABONNEIX.

L'Asthme. Uricémie respiratoire spasmodique d'origine hépatique (1), par le docteur J. SÉDILLOT, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous ne manquions pas de théories pour expliquer la pathogénie de l'asthme et orienter son traitement. En voici une autre, sinon nouvelle, au moins renouvelée de l'*hépatisme* de Glénard, à l'autorité duquel l'auteur ne cesse de recourir. C'est que, pour M. Sédillot, l'asthme est une manifestation de l'hyperuricémie et par conséquent une modalité de l'arthritisme. Il appartient donc à cette diathèse et est dépendant des mêmes causes; mais ses causes sont multiples; l'insuffisance hépatique avec son retentissement rénal et vasculaire, les sécrétions endocrines, les infections et surtout la syphilis, le système nerveux enfin y jouent leur rôle et voilà pourquoi il y a des asthmes hépatiques, infectieux, thyroïdiens, vagotoniques, psychiques. Mais puisque ces formes cliniques dérivent en réalité de la même source, elles ne peuvent avoir qu'un traitement unique, au moins dans ses lignes essentielles, car, en définitive « l'asthme est une manifestation d'une défaillance hépatique ». Ce traitement peut se résumer en quelques mots : régime lacto-végétarien déchloruré pendant quatre semaines, puis régime de moindre fatigue hépatique, avec peu de viande, une seule fois par jour, sans purines ni excitants, vin, café, etc.; iodure de potassium à petites doses, laxatifs cholagogues (calomel, sulfate de soude), diurétiques, boldo et opothérapie hépatique; s'abstenir d'adrénaline, qui est un médicament dangereux; pour les gros foies, conseiller Vichy, pour les enfants nerveux, le Mont-Dore, pour les uricémiques dont le foie est redevenu normal, les eaux lixiviantes (Vittel, Evian, Martigny, etc.).

Cette thèse originale, mérite de retenir l'attention.

J. L.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES EMBOLIES CÉRÉBRALES [2]

DIAGNOSTIC

I. **Positif**. — Il est basé sur l'âge, le mode d'apparition, la brièveté du coma et ses signes particuliers, la prédominance de la paralysie au membre supérieur, la coexistence possible d'aphasie, et la régression relativement rapide de ces phénomènes avec persistance de troubles psychiques légers et de dysarthrie.

La ponction lombaire. — A surtout un *intérêt négatif* permettant d'éliminer de nombreux diagnostics.

a. *Dans la règle* : Liquide clair, normal à tous points de vue.

b. *Parfois* : *Méningite puriforme aseptique* (Babinski et Gendron).

II. **Différentiel**. — Différents problèmes se posent suivant l'âge du malade et l'étape évolutive envisagée :

A. **Chez les sujets jeunes**. — 1° A LA PHASE DE COMA. — On ne saurait s'attarder au diagnostic de coma urémique ou diabétique. Il s'agit d'un coma avec hémiplégie, et il faut avant tout éliminer l'hémorragie cérébrale et le ramollissement par artérite ou thrombose endo-artérielle. Ces deux grandes causes relevant toutes deux de la SYPHILIS.

a. *Hémorragie cérébrale*. — Ici, schématiquement des signes différentiels bien nets : Début brutal apoplectique.

Coma profond avec pâleur de la face, déviation conjuguée de la tête et des yeux; hypothermie au début, bradycardie. En cas d'inondation ventriculaire : convulsions ou contractions généralisées. En tout cas l'examen complet du malade dépiste un bruit de galop, de l'hypertension artérielle, une albuminurie plus ou moins abondante.

b. *Le ramollissement par artérite ou thrombose*. — La lésion anatomique terminale étant la même ici que dans le ramollissement par embolie, on conçoit le peu de secours des signes nerveux pour le diagnostic différentiel. On se basera beaucoup plus sur le *mode de début* : ici, *prodromes encéphaliques nets* (céphalée, fourmillements, aphasie, parésies transitoires) et début *progressif*.

Dans les deux cas : le diagnostic n'est pas toujours aussi schématique. Il faut savoir que c'est souvent l'examen complet du malade qui démasquant la SYPHILIS, tranchera la question.

c. *Coma de l'hémorragie méningée essentielle* des sujets jeunes.

Contractures généralisées.
Ponction lombaire qui ramène un liquide sanglant.

2° A LA PHASE D'HÉMIPLÉGIE. — *a*. Il faut penser avant tout à la SYPHILIS (ramollissement par endartérite syphilitique avec thrombose). Se baser sur :

Le début progressif;

L'absence de coma;

Les autres signes de syphilis. Il faut pratiquer un examen complet du malade et rechercher les stigmates cutanés, muqueux, commissuraux, les signes de syphilis nerveuse (Argyll-Robertson, tabes fruste, lymphocytose rachidienne) faire le Wassermann dans le sang.

b. *Les encéphalopathies non vasculaires* (tumeurs cérébrales, abcès du cerveau) seront aisément éliminées grâce aux signes concomitants qui leur sont propres.

B. **Chez les sujets âgés**. — L'ensemble est rare. Il faut surtout penser au *ramollissement par athérome* (artères flexueuses et dures, souffle rude d'aortite).

EN RÉSUMÉ : Chez les sujets jeunes, éliminer avant tout la SYPHILIS. Notion d'un intérêt pratique capital, car une erreur de diagnostic étiologique pourrait entraîner l'absence du traitement spécifique indispensable et si salutaire dans la syppilis

Chez les sujets âgés éliminer le ramollissement par *athérome*, l'embolie cérébrale étant rare d'ailleurs à partir de cinquante à soixante ans.

PATHOGENIE ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. Après oblitération d'une artère cérébrale par un caillot, il se produit une *ischémie* correspondante au territoire cérébral tributaire du vaisseau. On sait que les artères *corticales*, sans être aussi terminales que le voulait Duret, sont insuffisamment anastomosées pour assurer la vie du cerveau par voie collatérale. Chez les sujets jeunes cependant, la suppléance est partiellement possible. D'où *régression partielle dans les lésions corticales*. Les artères *centrales* au contraire sont strictement terminales : d'où ischémie *définitive*.

2. A l'ischémie définitive fait suite la *mortification*, le *ramollissement*. Anatomiquement, il passe par trois stades successifs :

a. **Ramollissement blanc** (phase d'ischémie, durée dix à vingt heures). Il n'est presque jamais constaté. Microscopiquement il y a chromatolyse avec vascuolisation.

b. **Ramollissement rouge** (phase de congestion).

Macroscopiquement, on voit à la coupe des placards rouge foncé qui sont le siège de suffusions sanguines.

Microscopiquement : trois faits caractéristiques :

1. Diapédèse polynucléaire.
2. Ruptures capillaires avec hémorragies microscopiques.
3. Corps granuleux de Valentin et Glüge.

c. **Ramollissement jaune**. — *Macroscopiquement* : Constitué trente à soixante jours après le début :

Profondément : La substance nerveuse a fait place à une bouillie trouble comparable « au lait de chaux ».

Dans les lésions corticales : plaques jaunes et résistantes (Durand-Fardel).

Microscopiquement : Cicatrisation progressive.

d. Finalement : Cicatrice **blanchâtre**, dure, et rétractile.

---

(1) Un volume in-8. — Prix : 14 fr. — Paris, 1926, Arnette.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 54, p. 878, et n° 56, p. 911.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Train spécial a prix réduits pour Fontainebleau, Thomery et Moret. — Pour favoriser les excursions dans la région de Fontainebleau, la Compagnie des Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée mettra en marche, tous les dimanches, juqu'au 19 septembre 1926, un train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris à Fontainebleau, Thomery et Moret.

Aller : Paris, départ 7 h. 31 ; Fontainebleau, arrivée 8 h. 31 ; Thomery, arrivée 8 h. 42 ; Moret arrivée 8 h. 49.

Retour : Par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Prix des billets (aller et retour) : Paris-Fontainebleau, 2e classe 16 fr ; 3e classe, 10 fr. 50 ; Paris-Thomery-Moret, 2e classe, 18 fr. ; 3e classe 11 fr. 50.

Le nombre des places est limité.

Le train spécial donnera, à la gare de Fontainebleau, la correspondance avec le service automobile P.-L.-M. d'excursions en forêt.

Seraices automobiles P.-L.-M. de Marseille a Menton. — La Cie P.-L.-M. continuera à mettre en circulation, jusqu'au 30 septembre, le service d'autocars entre Marseille et Nice. A ce service seront affectés des cars rapides à 14 places, effectuant le parcours dans la même journée, par Toulon, Hyères, la Côte des Maures, l'Estérel et Cannes. En outre, des excursions périodiques, au départ de Marseille, permettront, tout l'été, de visiter ses environs : la Sainte-Baume, les Martigues et l'Etang de Berre. De même, les services automobiles d'excursions au départ de Nice continueront à fonctionner jusqu'au 30 sept.

N° 59. — SAMEDI 24 JUILLET 1926. 99ᵉ ANNÉE. SAMEDI 24 JUILLET 1926. — N° 59.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6ᵉ

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9 fr. 50.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : **55** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Médecine opératoire.* — Séance du 19 juillet. — Questions données : « Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des muscles scalènes. — Désarticulation médio-tarsienne par la méthode dite de Chopart. »

MM. Braine, 23; Oberlin, 27; Richard, 22; Monod, 28; Bloch (René), 21; Petit-Dutaillis, 26: Bloch (Jacques), 27; Sénèque, 25.

Epreuve orale. — Séance du 21 juillet. — Question donnée : « Cancer du testicule. »

MM. Oberlin, Monod (Raoul) et Petit-Dutaillis, 17; Bloch (Jacques), 19.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MODIFICATIONS AU RÈGLEMENT DES ÉPREUVES DE L'EXAMEN DE L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Les articles 4 et 12 de l'arrêté du 14 mars 1924, modifié et complété par les arrêtés des 5 février et 3 août 1925 et 5 février 1926, sont modifiés et complétés ainsi qu'il suit :

« *Article 4.* — Les candidats sont répartis entre les divisions et sections suivantes :

1ʳᵉ DIVISION. — MORPHOLOGIE.

. . . .

Section D. — Anatomie pathologique :

1° Une composition de pathologie interne ou externe;
2° Une composition d'anatomie pathologique générale ou spéciale.

Article 12. — Les catégories de la deuxième épreuve sont au nombre de 22, savoir :

Catégories.		*1ʳᵉ épreuve correspondante.*
. . . .		
11° Anatomie pathologique. .	1ʳᵉ division. . .	Section B. Section D.
	3ᵉ division.	

. . . . »

(Le reste sans changement.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — La chaire de clinique médicale infantile de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille (Ecole dont la transformation en Faculté est imminente) est vacante.

Les candidatures pourront être posées auprès du directeur de l'Ecole jusqu'au 8 août prochain.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Lagrange (de Bordeaux).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Antheaume, Blanc, Descomps, Le Play, Lobligeois et Roubinovitch (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Baronaki (de Blois), Basset (d'Ydes), Talon (Mme), née Chauveau (de Paris), Cochet (de Broons), Dufoix (de Nîmes), Ehrhardt (de Paris), Frappaz (de Villeurbanne), Gastaud, Labouré et Laignier (de Paris), Latronche (de Poitiers), Le Roux (de Périgueux), Mossé, Nissim et Roche (de Paris), Tariel (d'Issy-les-Moulineaux), Tzanck (de Paris), Vauthey (de Vichy), Védrine (de Paris).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Tamzali Abdennour ben Ismail (d'Alger), Moussa Kacem Chérif ben Salah (de Constantine).

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Bandalini (de Biarritz).

Médaille d'argent. — M. le docteur Martin (de Lambersart).

Médaille de bronze. — M. le docteur Fouquier (de Viroflay).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme) est actuellement vacant.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs André Cayla (de Bergerac), Lafay, pharmacien à Paris, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre; Rioux, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades à Bordeaux, victime du devoir professionnel; Joseph Pauliet (de Bordeaux), Pouzol (de Matha); Simyan, sénateur de Saône-et-Loire; Mlle Vera Markoff et M. Pierre Gautier, étudiants en médecine.

DÉMONSTRATIONS DES TECHNIQUES RÉCENTES DE SÉMÉIOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GASTRO-ENTÉROLOGIQUES. — Le docteur René Gaultier, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, fera du lundi 2 août au samedi 7 août, de 10 à 11 h., à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations pratiques de gastro-entérologie.

Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire près de la surveillante de la salle Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, ou par lettre chez le docteur René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

Mme GRANCHER

Samedi dernier, s'est éteinte, en son hôtel de la rue Beaujon, la veuve du professeur Grancher. Comment laisser partir sans lui adresser un suprême adieu cette noble femme qui n'a eu, de toute sa longue existence, qu'une pensée, faire le bien, qu'une passion, répandre le bonheur autour d'elle?

Née à Santa-Clara de Cuba, le 7 juin 1844, elle avait, le 17 novembre 1879, épousé celui que, quelques mois auparavant, elle était venue consulter. Depuis cette époque, elle n'avait jamais cessé d'être pour lui la compagne qu'il avait rêvée. Elle avait su le comprendre. Elle avait deviné la tendresse qui, cachée derrière ce masque impassible, le portait vers les pauvres et vers les malheureux. Confidente de toutes ses pensées, elle l'avait encouragé à fonder l'*Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose* qui, si justement, porte aujourd'hui leur nom. Elle s'était dit que, s'il en était le cerveau, elle pourrait en être le cœur. C'est grâce aux incessantes et magnifiques libéralités de cette Française d'adoption que tant de petits enfants ont pu être arrachés aux taudis parisiens et transplantés en pleine campagne pour devenir des hommes sains et vigoureux. C'est à son activité, à son tact, à sa finesse toute féminine, que tant d'obstacles ont été surmontés, tant de difficultés aplanies. Le professeur Grancher disparu, elle n'a pas cru pouvoir mieux servir sa mémoire qu'en continuant sa tâche. Sera-t-il permis, maintenant qu'elle n'est plus, de rappeler que, de son immense fortune, elle a été peut-être la seule à ne pas profiter, qu'elle se reprochait toujours de trop dépenser pour ses besoins personnels, et qu'elle, si généreuse, se soumettait, dès qu'il s'agissait d'elle-même, aux plus rigoureuses restrictions? Ils s'en doutaient bien un peu, les élèves de son mari, auxquels elle réservait si bienveillant accueil. Ils n'ignoraient pas non plus qu'aux heures d'affliction, elle savait découvrir, pour avoir été tant de fois éprouvée par l'adversité, les paroles qui consolent, les mots qui réconfortent. De tous ceux qui ont eu l'honneur d'être reçus chez elle, nul qui ne lui garde un souvenir attendri! Nul qui ne l'ait accompagnée en pensée, au cours de sa lente et cruelle agonie! Nul qui, en la perdant, n'ait cru perdre une aïeule vénérée! Ne détenait-elle pas le secret du bonheur? Toutes les formes de la bonté ne lui étaient-elles pas familières? En matière de délicatesse, qui, plus qu'elle, a connu d'exquises trouvailles? N'a-t-elle point, en toute occasion, mérité la fervente reconnaissance de tous ceux qui l'ont approchée?

L. BABONNEIX.

LIVRES NOUVEAUX

L'Année psychologique [25e année, 1924] (1), publiée par Henri PIÉRON, professeur au Collège de France et à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris. Directeur du laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne.

Le nouveau volume qui vient de paraître de l'Année psychologique, marque une date dans l'histoire de cette publication; si le premier volume remonte à 1895, l'actuel est le vingt-cinquième effectivement paru, et dans le prochain tome, des tables générales des Mémoires renfermés dans les vingt-cinq tomes parus, marqueront l'importance de leur apport pour la psychologie sous toutes ses formes. Le présent volume, une fois de plus, par la variété des articles qu'il contient, donne un utile aperçu des buts variés et des méthodes différentes de la psychologie scientifique contemporaine.

On y trouvera d'abord un très intéressant article de Ch. Ladd Franklin sur l'*Etat actuel du problème de la nature des sensations de couleur*, examinant de façon serrée la théorie de Helmholtz et celle de Hering en comparaison avec sa théorie évolutive de la sensation chromatique. Signalons ensuite deux mémoires. L'un de N. Kleitman et Henri Piéron, faisant suite à d'autres recherches sur l'établissement de la sensation lumineuse, de l'un des auteurs, étudie *Les caractères spécifiques des cônes et des bâtonnets, et les spécificités chromatiques dans l'excitation des cônes*; l'autre, de Saint-Velinski, est consacré à *La théorie du contraste simultané, envisagé d'après des recherches sur l'image consécutive indirecte*.

Un article de M. Foucault sur *Le rôle du repos dans le travail mental*, aborde ces problèmes du travail et de la fatigue intellectuels si critiques au moment où l'on cherche à améliorer nos vieilles méthodes pédagogiques.

Le docteur Mignard, avec l'appui de cas personnellement étudiés, a donné une brève et suggestive étude sur *La subduction mentale morbide et les théories psycho-physiologiques*.

Enfin, M. J. M. Lahy, dont on connaît le travail considérable et les travaux originaux effectués depuis de longues années en vue d'une psychologie appliquée à portée sociale et pratique réelle, rapporte en un substantiel article, minutieux et précis, les résultats auxquels il est arrivé au laboratoire de la S. T. C. R. P., en vue de la sélection des conducteurs de tramway.

Dans les Notes et Revues, deux notes techniques : l'une, de Mme Henri Piéron, donne de précieuses indications sur *L'étalonnage des tests mentaux de complément de séries*; l'autre, de Marcel François, décrit *Un nouveau dispositif expérimental pour l'étude de la sensibilité thermique*.

A tous ces mémoires viennent s'ajouter plus de 500 pages d'analyses qui rappellent tous les travaux les plus importants de psychologie parus en 1924.

L. G.

(1) Un volume in-8 de la « Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Prix : 45 fr. — Paris, F. Alcan.

REVUE GÉNÉRALE

LE SIGNE D'ARGYLL-ROBERTSON

PATHOGÉNIE ET SÉMIOLOGIE

PAR MM.

P. NAYRAC et A. BRETON
Chef de clinique à la Faculté de Lille. Interne des hôpitaux

(*Travail du service de M. le Professeur* RAVIART.)

L'iris se contracte, rétrécissant l'orifice pupillaire, dans deux circonstances principales : quand la lumière qui inonde la rétine augmente d'intensité (c'est le *réflexe lumineux*); quand l'œil s'accommode à la vision de près (c'est la *réaction à l'accommodation*). Dans certains cas pathologiques, liés surtout à la syphilis nerveuse, tabès ou paralysie générale, on peut voir disparaître le réflexe lumineux et persister la réaction à l'accommodation. C'est le signe qu'Argyll-Robertson (d'Edimbourg) décrivit en 1869.

Schématiquement on peut dire qu'il se présente sous deux formes principales : soit comme un état définitif, soit comme un stade évolutif vers l'immobilité pupillaire complète. Il est généralement bilatéral, mais peut être limité à un seul œil.

Les recherches de ces dernières années ont apporté certaines lumières sur la pathogénie de ce signe si particulier. D'autre part, sa séméiologie a évolué de façon assez importante. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de réunir en un travail d'ensemble les idées qui ont cours sur ces deux points.

Mais cette étude ne peut être entreprise qu'après la description des voies réflexes qui commandent à la motricité, et plus spécialement à la constriction, de l'iris. Nous allons donc les revoir rapidement.

VOIES IRIDO-CONSTRICTRICES

Voies centripètes. — Les vibrations lumineuses venues de l'extérieur excitent les cellules neuro-épithéliales de la *rétine*, cônes et batonnets (contrairement à l'opinion peu admise de Schirmec attribuant la transmission des excitations iridopètes aux cellules amacrines). Puis, suivant Cajal et Van Gehuchten, l'influx nerveux gagne, par l'intermédiaire des cellules bipolaires de la couche granuleuse interne, les grandes cellules de la couche ganglionnaire. Leurs prolongements centripètes, gros ou petits, myéliniques, sans gaine de Schwann, forment, après passage à travers la lame criblée de la sclérotique, le *nerf optique*.

La coupe du nerf optique à son passage dans le canal optique, montre, correspondants aux secteurs rétiniens temporal et nasal, un faisceau homolatéral externe et un faisceau controlatéral interne entourant un faisceau central (ce dernier contenant les fibres qui viennent de la partie centrale de la rétine, de la fovéa). Puis, au niveau du *chiasma* se produit la décussation des faisceaux controlatéraux et peut-être, d'après Henschen, d'une partie du faisceau de la fovéa. Il paraît prouvé qu'à ce niveau il n'existe aucune fibre récurrente se rendant d'un nerf optique dans l'autre. (Mitchel, Bechterew, Bernheimer.)

Des angles postérieurs du chiasma s'éloignent les *bandelettes optiques* formées chacune d'un faisceau direct (secteur temporal) et d'un faisceau croisé (secteur nasal). Les commisures de Gudden et de Meynert, que l'on trouve dans leur voisinage ne jouent aucun rôle dans l'acte de la vision.

Suivant les données classiques, ces fibres nerveuses optiques se terminent au niveau des corps genouillés externes, du pulvinar de la couche optique et des tubercules quadrijumeaux antérieurs. Ce ne sont que des centres de relais d'où partent des neurones secondaires.

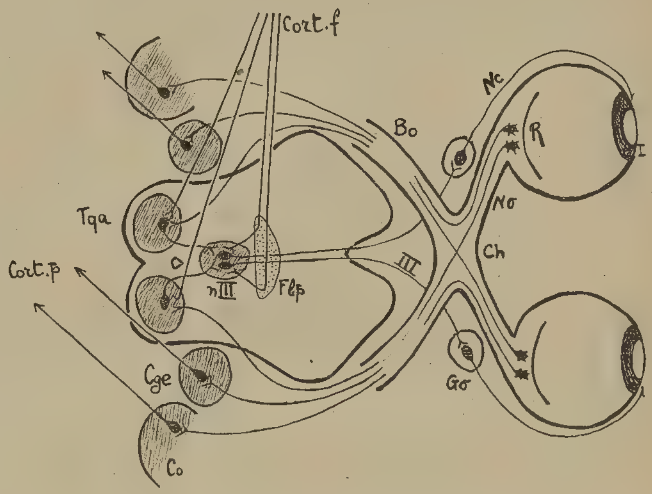


Schéma des voies irido-constrictrices.

R : rétine; — No : nerf optique; — Ch : chiasma ; — Bo : bandelette optique; — Co : pulvinar de la couche optique; — Cge : corps genouillé externe; — Cort. p. : fibres corticopètes ; — Cort. f. : fibres corticofuges; — Flp : faisceau longitudinal postérieur; — Tqa : tubercule quadrijumeau antérieur; — nIII : noyau pupillaire; — III : nerf moteur oculaire commun; — Go : ganglion ophtalmique; — Nc : nerf ciliaire; — I : iris.

A. La majeure partie des fibres de la bandelette se termine dans le *corps genouillé externe*, où existent des synapses avec les fibres d'un neurone diencéphalo-cortical : la radiation géniculo-corticale, qui traverse successivement le champ de Vernicke, le faisceau fronto-occipital pour se rendre à la portion rétro-lenticulaire de la couronne rayonnante, dans le faisceau longitudinal inférieur. De là, elle gagne par le stratum sagittal externe la *scissure calcarine* et accessoirement les circonvolutions occipitales et le gyrus angularis.

B. Les fibres émanées du *pulvinar* constitueront la radiation thalamo-corticale, suivant plutôt le stratum sagittal interne pour se terminer au *gyrus angularis* et à la portion latérale et basale du lobe occipital.

Ces deux voies centrales A et B ne jouent aucun rôle immédiat dans la prodnction du réflexe lumineux.

C. Au contraire, les *tubercules quadrijumeaux antérieurs* doivent être étudiés avec une attention particulière. Ils sont considérés comme centres des réflexes optiques inférieurs.

Centres réflexes. — Les anatomo-pathologistes et les neurologistes ont été amenés par des examens anatomiques de sujets atteints de cécité ou de tumeurs cérébrales, par des études comparatives menées chez les oiseaux, les lapins et les rats (en particuliers par Gudden, Ganser, Winkler) aux conclusions suivantes :

a. Les grosses fibres optiques venues de la bandelette se terminent dans les couches superficielles des tubercules quadrijumeaux antérieurs, servant à la transmission du réflexe lumineux.

b. Des fibres venues de l'écorce cérébrale aboutissent dans les mêmes couches.

c. De là, perforant les couches profondes s'éloignent des fibres radiaires (Meynert) qui contribuent à former la couche fibrillaire latérale de la zone péri-épendymaire autour de l'aqueduc de Sylvius et entrer dans la constitution du noyau moteur oculaire commun. Il en est très vraisemblablement de même chez l'homme et chez les animaux.

Voici donc une liaison entre les voies optiques et un noyau moteur de l'œil. Cette liaison est assurée de plus par le concours du faisceau longitudinal postérieur et des voies tecto-pontine, tecto-réticulaire, et surtout tecto-bulbaire. Il ne faut pas se cacher cependant qu'un pareil schéma comprend encore une part d'hypothèses non résolues. L'ensemble reste cependant suffisamment établi pour servir d'appui aux théories pathogéniques.

Voies centrifuges. — Le *noyau du moteur oculaire commun* comprend en réalité un ensemble de noyaux : noyau principal de Stilling, noyaux antéro-latéraux de Darkschewitsch, noyaux médian d'Edinger-Westphal et noyau central de Perlia. Les noyaux principaux (avec quelques variantes dans l'opinion des auteurs tels que Siemerling, Pick, Kahler, Starr, Hensen, Nôlkers, Bernheimer) tiendraient sous leur dépendance la musculature extrinsèque de l'œil. Le noyau de Darkschewitsch et même ceux de Westphall et d'Edinger semblent n'avoir aucune action sur la musculature intrinsèque (Siemerling, Schutz, Monakow, Winckler).

Actuellement le noyau central de Perlia, à petites cellules, cellules de nature sympathique, prend, sous le nom de *noyau pupillaire* une importance prépondérante quant à l'intervention de la musculature interne.

Des fibres myéliniques pré-ganglionnaires, issues de ce noyau impair et médian cheminent le long de la troisième paire de chaque côté jusqu'au *ganglion ophtalmique*.

De ce ganglion s'éloignent des fibres post-ganglionnaires amyéliniques : les *nerfs ciliaires courts* qui se terminent dans les *muscles ciliaires et iriens*. Elles représentent la voie constrictrice alors que d'autres fibres, venues du centre sympathique ciliospinal de Budge et Waller, figurent les fibres dilatatrices.

Examiné d'un point de vue général, ce réflexe lumineux est un réflexe sympathique suivant la conception de Gaskell.

Réaction accommodatrice. — Mais la pupille réagit aussi à d'autres influences.

On connaît la loi de Porterfield et Muller qui traduit dans la vision de près la synergie entre la convergence des axes optiques et l'action ciliaire accommodatrice : ces deux éléments s'accompagnent chacun d'une réaction de la pupille, laquelle se rétrécit proportionnellement à la proximité de l'objet regardé ou aux degrés de convergence. Ces deux réactions généralement associées sont cependant indépendantes. Elles sont dues à l'action constrictrice du moteur oculaire commun.

Contrairement à l'opinion de Grasset, on pense qu'il faut localiser le centre de ces deux réactions au voisinage de celui du réflexe lumineux. Mais, différence importante, les réactions irido-accommodatrices sont sous la dépendance des voies optiques supérieures, encore que le mécanisme exact des réactions pupillaires à l'accommodation et à la convergence soit mal connu.

Pourtant, d'après Laqueur, la réaction à la vision rapprochée est non seulement plus intense, mais aussi plus tenace que la réaction à la lumière. MM. de Lapersonne et Cantonnet insistent sur ce fait que chez l'homme la contraction pupillaire, lorsqu'elle est liée à l'accommodation et à la convergence a la précision et les caractères d'un mouvement associé plutôt que d'un réflexe. C'est l'opinion également adoptée par M. Gérard.

Et en effet, ces réactions sont plus que de simples réflexes : ce sont des mouvements associés à ceux qui président aux modifications intrinsèques et extrinsèques des globes oculaires dans la vision de près. Ces mouvements, il est aisé de s'en rendre compte, sont pour une part très importante soumis à l'action de la volonté puisqu'ils s'adaptent à l'objet volontairement regardé.

Ils tirent donc leur origine des centres corticaux du regard. Comme l'indique M. Ingelrans, « on a la certitude de l'intervention de l'écorce cérébrale par l'expérience suivante : dans l'hémianopsie par lésion des radiations optiques au niveau de la partie postérieure de la capsule interne, le réflexe lumineux persiste si l'on éclaire n'importe quel point de la rétine, même dans les moitiés aveugles, alors que l'accommodation n'a plus lieu, la communication avec l'écorce étant coupée. »

Des centres corticaux, les fibres de la voie irido-constrictrice gagnent le noyau de la troisième paire, soit par la voie postérieure des tubercules quadrijumeaux antérieurs, soit par la voie antérieure du faisceau longitudinal postérieur.

PATHOGÉNIE

Les points d'anatomie que nous venons de rappeler permettent de deviner déjà que les théories pathogéniques vont en quelque sorte s'étager le long des voies optiques réflexes, essayant de résoudre le principal problème posé par le signe d'Argyll Robertson, le problème de la dissociation entre les deux ordres de réactions.

Toutes ces théories peuvent se grouper sous quatre titres : médullaire, rétino-quadrigéminales, pédonculaires, et ganglionnaire.

Toutes ont leurs partisans et leurs détracteurs. Nous les discuterons successivement, mais il ne tardera pas à être évident pour le lecteur que les deux premières doivent être éliminées, car elles ne sauraient résister à un examen critique sérieux.

Théorie médullaire. — Cette théorie, qui n'est plus considérée comme valable, se basait sur la connaissance du centre cilio-spinal de Budge et Waller dans la moelle cervicale inférieure et dorsale supérieure (dont les fibres irido-dilatatrices gagnent l'iris par l'intermédiaire de la branche antérieure de l'anneau de Vieussens, le ganglion cervical supérieur, le rameau anastomotique de Franck, et le ganglion de Gasser). La lésion de ce centre cilio-spinal amènerait le signe d'Argyll-Robertson.

Cette théorie a ses titres de noblesse puisqu'elle fut imaginée en 1869 par Argyll-Robertson lui-même. C'est la première en date de toutes les théories.

Mais la critique des observations de Reichardt, de Wunderlich, de Uthhof et Dreyfuss (cette dernière concernant un traumatisme de la région cervicale); les résultats négatifs des examens anatomo-patholo-

giques de Kinichi, Naka, Bach, Déjerine; enfin, l'opinion des ophtalmologistes, tel M. Dupuy-Dutemps; ont affirmé le peu de valeur de cette hypothèse. D'ailleurs, la pratique journalière montre, dans les lésions spinales, du myosis sympathique modéré, des pupilles de réactions normales, de l'énophtalmie, du rétrécissement de la fente palpébrale, mais jamais un Argyll-Robertson.

Théories rétino-quadrigéminales. — Ici, la lésion causale est cherchée en un point du trajet centripète décrit plus haut qui, par les nerfs optiques, le chiasma et les bandelettes, va de la rétine aux tubercules quadrijumeaux.

A priori l'existence dans certains cas d'un signe d'Argyll-Robertson unilatéral, prouve qu'il ne peut être dû à une altération des fibres pupillaires dans le nerf optique. En effet nous avons vu que chaque nerf optique envoie des fibres aux deux tubercules quadri-jumeaux. Il n'est pas non plus, à notre connaissance, d'observation clinique qui ait montré une lésion des bandelettes optiques ou des tubercules quadri-jumeaux antérieurs, amenant une dissociation des réactions pupillaires.

Il est vrai qu'expérimentalement chez le chat, par suite d'une disposition anatomique spéciale à cet animal, Karplus et Kreidl ont pu reproduire un Argyll-Robertson par la section bilatérale d'une partie des fibres de la bandelette optique. Mais chez l'homme, quoiqu'une lésion frappant de façon aussi strictement symétrique une région aussi limitée de chaque bandelette optique ne soit pas matériellement impossible, on peut dire que sa réalisation est infiniment peu probable en fait, au regard de l'extrême fréquence du signe qui nous occupe.

Théories pédonculaires. — L'articulation entre la voie sensorielle et les noyaux moteurs de l'œil s'effectue au niveau du pédoncule cérébral. Il était donc, à priori, logique de rechercher en cette région les raisons de la dissociation. Mais tout d'abord les examens anatomo-pathologiques pratiqués sur des porteurs d'Argyll-Robertson s'étaient montrés à cet égard presque toujours négatifs.

En 1909, les observations de M. Guillain avec MM. Houzel, Rochon-Duvigneaud, Troisier prouvèrent que des lésions indéniables, grossières, macroscopiques de cette région pouvaient s'accompagner d'un Argyll-Robertson. La théorie pédonculaire en trouva auprès des chercheurs une vogue accrue.

A. Bumke et Behr, en 1911, se déclaraient favorables à l'hypothèse suivante : une sorte de manchon de névroglie isolerait le noyau pupillaire des terminaisons visuelles, à sa partie postérieure du moins; de la sorte toutes les fibres qui conduisent la réaction à la lumière seraient coupées entre le tubercule quadri-jumeau et le noyau de la IIIe paire. Au contraire par le faisceau longitudinal postérieur arriveraient encore au noyau pupillaire des fibres corticales, amenant l'influx nerveux qui préside à la réaction accommodatrice.

En somme, le noyau pupillaire resterait soumis aux influences corticales, tout en étant soustrait aux influences réflexes immédiates. Selon la très heureuse expression de Roux : « le signe d'Argyll-Robertson serait l'équivalent du signe de Westphall (abolition du rotulien) même au point de vue de son mécanisme ».

L'étude de la névroglie méso-céphalique dans le tabes, poursuivie dans ce sens par Warkany (de Vienne) apporte une confirmation importante à cette hypothèse. Warkany, sur des coupes de pédoncule concernant six tabétiques avec Argyll-Robertson a pu retrouver d'une manière constante « une prolifération importante de la névroglie autour de l'aqueduc de Sylvius, non seulement limitée à la région de l'oculomoteur, mais s'étendant jusqu'à la commissure postérieure, sous l'épendyme du IIIe ventricule et jusque dans le voisinage du pathétique ».

Très proches de l'opinion de Bumke, Wilson et Redlich reconnaissent à l'immobilité réflexe de la pupille une origine ventriculaire.

Mais, dans cette hypothèse, comment expliquer que souvent le signe d'Argyll-Robertson évolue vers la rigidité pupillaire complète, avec disparition de la réaction à l'accommodation? Comment expliquer aussi l'Argyll-Robertson unilatéral, puisque le noyau pupillaire est impair et médian?

Pour ces raisons, MM. Duverger et Redslob ne peuvent admettre les idées de Bumke et Behr, qu'ils jugent néanmoins séduisantes. Pour nous, nous pensons que cette hypothèse ne peut évidemment s'appliquer à tous les cas; mais cependant, en particulier, dans les cas d'Argyll-Robertson fixé, elle nous semble avoir une valeur réelle, car la réaction périépendymaire est un fait bien connu des neurobiologistes et d'ailleurs nettement constaté dans le cas qui nous occupe.

B. Au contraire, l'hypothèse d'une lésion possible des noyaux de la IIIe paire, nous paraît peu digne de retenir longuement notre attention. La lésion du noyau pupillaire fut pourtant invoquée autrefois par Lewinsohn. Elle pouvait expliquer l'absence complète de tout mouvement pupillaire, mais pas la dissociation du type d'Argyll-Robertson. Aussi, Lewinsohn fut-il obligé de supposer l'existence dans ce noyau de deux sortes de cellules : les unes commandant les mouvements de la pupille qui répondent à l'incitation lumineuse, les autres, commandant ceux qui répondent à un phénomène d'accommodation.

C'est là une hypothèse purement gratuite, car l'histologie nous montre le noyau pupillaire comme parfaitement homogène, morphologiquement parlant. Ne le serait-il pas fonctionnellement? Ce serait là un fait unique dans la biologie nerveuse. Sherrington a dit que les voies centrifuges étaient des « common path », transmettant indifféremment des influx venus de n'importe quel ordre de sensations périphériques ou de n'importe quel centre névraxique. Il est peu probable que les voies efférentes du noyau pupillaire fassent exception à cette règle.

Nous ne parlerons de même que pour mémoire des explications par l'atteinte problématique des autres noyaux, car là aussi on serait conduit à considérer une dualité de fibres motrices, les unes pour la réaction lumineuse, les autres pour la réaction accommodatrice ce qui est inacceptable.

Théorie ganglionnaire. — La théorie ganglionnaire présente un caractère de sérieux et de véracité rarement offert par toutes les autres théories pathogéniques. Elle repose sur des faits précis, faciles à vérifier et à retrouver.

Résumons-les.

Marina, en 1899, déclara considérer le ganglion ciliaire comme centre périphérique de la réaction pupillaire à la lumière. Il s'appuyait sur l'examen anatomopathologique du système nerveux de tabé-

tiques ayant présenté le signe d'Argyll-Robertson. Les coupes, faites en série, dans les ganglions ophtalmiques montraient des lésions dégénératives des cellules et de leurs prolongements cylindraxiles dans les nerfs ciliaires. Ces lésions contrastaient avec l'intégrité absolue du noyau oculomoteur et des groupes cellulaires du IIIe ventricule jusqu'au ganglion de l'habénula. Malgré les critiques de M. André Thomas (1910) et de Rizzo (1920) la réalité de ces résultats est généralement admise.

Mais il y a plus : ces lésions du ganglion peuvent être, sans peine, déduites de l'examen clinique du vivant, par l'étude de la trophicité de l'iris. Cette étude a surtout été l'œuvre de M. Dupuy-Dutemps qui, à la Société d'ophtalmologie, en 1924, confirma le travail qu'il avait présenté à la même Société en 1907 et établit les rapports entre la lesion du ganglion ciliaire et l'atrophie de l'iris. Ces travaux furent d'ailleurs également appuyés par Lafon. Les voici, succinctement résumés.

L'iris normal présente, en relief, à sa surface, des travées dont la disposition est variable suivant les individus. En dedans du petit cercle irien, se remarquent des plis radiés, à sa périphérie, des rides circulaires dues au jeu des muscles constricteurs et dilatateurs. De plus, des tractus saillants forment de petites cryptes vides où se joue la lumière, le tout ayant un aspect caractéristique.

M. Dupuy-Dutemps remarqua chez les individus présentant un Argyll-Robertson une atrophie spéciale de l'iris qui se réduit à une mince lame translucide par place, sans réaction inflammatoire, ni synechies, ni dépôts pigmentaires. Cette atrophie, qui accompagne rapidement la disparition du réflexe photo-moteur, peut parfois être partielle ou discontinue. Comme la partie atrophiée du bord pupillaire est celle dont la courbe est de plus grand rayon, et comme cette atrophie peut être irrégulière, l'on conçoit qu'il y ait des rapports constants entre la déformation pupillaire si fréquente au cours de la dissociation des réflexes et le siège des zones atrophiques de l'iris.

Etablissant la relation entre l'atrophie irienne autrefois signalée par Wilbrand et Saenger, et les lésions décrites au niveau du ganglion ciliaire, M. Dupuy-Dutemps pense que les modifications iriennes et pupillaires traduisent un trouble trophique secondaire à une lésion périphérique, intéressant l'appareil neuromusculaire de l'iris, limitée au territoire sympathique du neurone ciliaire.

En effet, l'atrophie rapide d'un muscle témoigne de la lésion de la cellule nerveuse qui est à l'origine du cylindraxe innervateur du muscle (et non de lésions situées plus haut dans les centres d'associations neuronales). Par exemple, la poliomyélite antérieure s'accompagne d'une atrophie musculaire rapide dans le membre paralytique, tandis que l'hémiplégie cérébrale ne la produit qu'après de longues années d'évolution. Les faits sont superposables en ce qui concerne l'innervation irienne, avec cette différence que la cellule motrice est alors située dans le ganglion ciliaire. C'est la lésion de ce ganglion qui entraîne l'atrophie musculaire irienne, tandis que les paralysies les plus complètes de la IIIe paire n'ont jamais eu de retentissement sur la trophicité de l'iris.

Donc, l'atteinte du ganglion semble démontrée, au moins dans de nombreux cas d'Argyll-Robertson, mais la question commence à se compliquer singulièrement lorsqu'il s'agit d'interpréter cette lésion et d'expliquer pourquoi la réaction à la lumière disparaît avant la réaction à la vision de près.

MM. Duverger et Redslob considèrent avec Laqueur que la réaction à la vision de près, réaction volontaire, représente l'impulsion physiologique la plus puissante qui puisse être donnée pour la contraction du sphincter. MM. de Lapersonne et Cantonnet, dans leur *Traité de neurologie oculaire* apportent des précisions en faveur de cette théorie. La différence physiologique entre les deux réactions peut être exagérée artificiellement par l'instillation d'homoatropine ou de pilocarpine, drogues qui réalisent une dissociation presque complète.

Partant de ces faits, on arrive à cette conception que l'Argyll-Robertson ne serait que « l'expression de la perte partielle de la contractilité de l'iris rendant plus évidente la dissociation qui existe à l'état physiologique ». Ce signe d'Argyll-Robertson serait ainsi un compromis entre la motricité irienne normale et l'iridoplégie complète. Il se produirait quand la chaîne nerveuse irido-motrice, sans être complètement coupée, présenterait, du fait d'altérations assez discrètes, une perméabilité simplement diminuée pour l'influx nerveux. Il est évidemment possible de considérer que les lésions du ganglion ciliaire établissent une sorte de filtre, franchissable seulement aux incitations les plus intenses, associées aux mouvements volontaires, (en l'occurrence les réactions à la convergence et à l'accommodation); ou encore, que la perméabilité synoptique est troublée au point d'arrêter l'influx du réflexe lumineux, plus faible.

Malgré la réelle satisfaction de l'esprit qu'apportent ces hypothèses, M. Dupuy-Dutemps n'admet pas cette supériorité d'une des réactions sur une autre, ni les résultats des instillations d'homoatropine. Il pense qu'il est plus sage de ne pas essayer d'expliquer le phénomène.

Cependant, sans adopter aveuglément la théorie ganglionnaire, il faut bien reconnaître qu'elle explique fort bien, dans l'état de nos connaissances, comment l'iridoplégie évolue progressivement vers la rigidité pupillaire à la suite des troubles iridotrophiques. Mais elle est beaucoup moins à son aise pour expliquer les Argyll-Robertson fixés pendant de longues années, tels qu'on en constate indubitablement, sans trouble morphologique important de l'iris.

On peut évidemment, dans ce cas, invoquer un arrêt du processus lésionnel. Mais il est plus logique d'admettre alors des lésions supra-ganglionnaires et en particulier la théorie de la sclérose péri-épendymaire peut dans ce cas permettre une compréhension plus séduisante de ces phénomènes.

En somme, voilà bien des incertitudes autour de cette pathogénie. Pourtant, il n'est pas douteux qu'aujourd'hui le problème ne soit serré de plus près qu'autrefois, grâce à une connaissance plus complète des voies irido-motrices. D'ailleurs, l'obscurité qui entoure la partie théorique de cette question n'influe heureusement en rien sur sa partie pratique, et le signe d'Argyll-Robertson garde toute l'importante valeur séméiologique que nous allons maintenant étudier.

SÉMIOLOGIE

Dans le tabes. — C'est dans le tabes qu'Argyll-Robertson décrivit son signe. Il n'est pas discutable

que ce point de séméiologie soit vérifié dans un nombre important de cas : l'examen des yeux est indispensable dans l'établissement du diagnostic d'un tabétique.

Quant à la fréquence dans cette affection, du signe qui nous occupe, elle est diversement appréciée selon les auteurs. Uthhof dit 67 p. 100 des cas, Leimbach 70 p. 100, P. Marie et Leri 80 à 90 p. 100. En somme, tous sont d'accord pour lui accorder une fréquence élevée et il est à noter que cette fréquence augmente au fur et à mesure que les progrès de la clinique et du laboratoire permettent de serrer de plus près le diagnostic. Dans le tabes juvénile le signe d'Argyll-Robertson ne serait plus rencontré que dans 40 p. 100 des cas, d'après MM. de Lapersonne et Cantonnet.

Les cas de tabes où l'on ne note pas le signe d'Argyll-Robertson ne s'accompagnent d'ailleurs pas, il convient de le noter, d'une intégrité oculaire complète ; on constate alors, en général, de l'inégalité, de l'irrégularité pupillaire et souvent des ophtalmoplégies internes diverses, paresse des réflexes ou rigidité pupillaire en particulier. L'œil normal est rare chez les tabétiques.

Dans la paralysie générale. — Dès que les méthodes cliniques générales, et en particulier les méthodes neurologiques eurent acquis droit de cité en séméiologie psychiâtrique, les troubles oculaires furent remarqués dans la paralysie générale. Sans reprendre tous les travaux publiés à ce sujet, dont on trouvera l'énumération dans la thèse de Winaver, si nous nous en tenons au mémoire classique de notre maître, nous voyons que le signe d'Argyll-Robertson existe dans la moitié des cas de paralysie générale, coexistant le plus souvent avec la décoloration de l'iris, l'inégalité, l'irrégularité pupillaires.

Quand le signe d'Argyll-Robertson n'est pas noté, il faut faire la même remarque que pour le tabes : il est exceptionnel que l'œil soit normal. Sans éliminer formellement la paralysie générale, l'absence de tout trouble oculaire doit faire procéder à une critique très serrée de ce diagnostic avant de s'y ranger.

Dans la syphilis en général. — MM. Babinski et Charpentier ont montré qu'il fallait encore étendre la signification de ce signe. En effet, il se rencontre en règle dans toutes les manifestations nerveuses de la syphilis : méningite, myélite, tumeurs gommeuses, radiculites, etc. C'est à ce titre que le signe d'Argyll-Robertson entre dans la symptomatologie du tabes et de la paralysie générale. Comme le remarquait notre maître, le signe perd ainsi de sa portée clinique : « Ses rapports avec la syphilis précisent sa signification, mais par contre diminuent peut-être un peu sa valeur diagnostique. »

Mais on peut pousser plus loin la généralisation de cette théorie. Tout ce que nous avons dit de la pathogénie de l'Argyll-Robertson montre bien qu'il ne peut exister en dehors de lésions nerveuses; en particulier s'il s'agit de syphilis, de syphilis nerveuse. Mais cette atteinte, nous l'avons vu, peut être extrêmement discrète, très limitée, et pas du tout évolutive. Le signe peut dans ce cas accompagner des lésions syphilitiques extranerveuses importantes ; le plus souvent ce sont alors ces lésions qui attirent l'attention du malade et l'amènent à consulter. L'Argyll-Robertson est ainsi la marque d'une syphilis nerveuse sans doute, mais d'une syphilis nerveuse très fruste, souvent mono-symptomatique et serait absolument secondaire s'il ne nous était une précieuse indication étiologique.

Voici un malade qui vient nous consulter après une crise d'angine de poitrine par exemple. Nous constatons chez lui une grosse aorte battant au-dessus du sternum, et une insuffisance aortique avec son souffle diastolique et ses stigmates oscillométriques. L'examen complet nous révèle fortuitement un signe d'Argyll-Robertson, quelquefois une aréflexie rotulienne. Nous nous trouvons en présence d'un syndrome de Babinski associant une ectasie aortique et un tabes fruste.

Mais, dans l'immense majorité des cas, ce malade va évoluer comme un aortique, non comme un nerveux. Il ne présentera ni ataxie, ni douleurs fulgurantes, ni troubles mentaux. Sa neuro-syphilis, contrôlable par l'albumino-lymphocytose méningée, ne joue aucun rôle dans l'histoire clinique de ce malade, tant elle est fruste. Sa constatation n'est qu'un luxe d'examen, mais un luxe indispensable quand on songe qu'il nous donne la clef de l'étiologie, donc de la thérapeutique.

Ce qui est vrai pour l'aorte est vrai pour tous les viscères. Le signe d'Argyll-Robertson nous livrera le secret de telle dilatation bronchique, de tel rhumatisme chronique, de tel rachitisme hérédo-syphilitique, etc. Mais on pourra appliquer à ce symptôme si précieux le fameux « sic vos non vobis », car le traitement spécifique qui aura fait merveille sur la localisation principale sera le plus souvent sans action sur l'ophtalmoplégie dissociée qui persistera stigmate de l'infection syphilitique.

Ailleurs que dans la syphilis. — Bien des auteurs ont publié des cas où l'Argyll-Robertson avait été trouvé en dehors de la syphilis : *dans des psychoses*, démence précoce, démence sénile, état mélancolique, débilité mentale ; *dans des affections nerveuses*, néoplasmes cérébraux, névrites, atrophies musculaires, méningites, sclérose en plaques, syringomyélie ; *dans des intoxications*, alcoolique, oxycarbonée ; *dans des traumatismes*, orbitaires, craniens, rachidiens ; dans la spirochétose ictéro-hémorragique, dans le diabète, etc. Il existe, sur ce sujet, un très grand nombre de publications. Pour leur énumération et leur critique, nous ne saurions mieux faire que de nous reporter à l'article si substantiel de M. Babonneix paru dans ce même journal.

Comme l'ont fait remarquer MM. Babinski et Charpentier, il faut ne donner au signe d'Argyll-Robertson sa valeur indicatrice de syphilis que s'il n'existe ni lésions du globe oculaire ou du nerf optique, ni paralysie de la IIIe paire qui fausseraient évidemment les résultats.

Ceci dit, M. Babonneix rejette également les cas insuffisamment étudiés et où la syphilis n'a pas été systématiquement recherchée.

Parmi les observations qui subsistent, il faut considérer comme suspectes celles qui concernent des maladies dont l'étiologie est peut-être dans certains cas, pour certains auteurs, la syphilis : démence précoce (Raviart et Breton), démence sénile (Raviart, Babonneix), débilité mentale (Hutinel et Babonneix), diabète, etc.

Restent relativement démonstratives d'un signe d'Argyll-Robertson non syphilitique, une assez grande quantité d'observations qui échappent aux critiques précédentes, mais où manque le résultat d'une méthode importante d'examen, ponction lombaire ou examen du fond d'œil. Peut-on dès lors

affirmer qu'il n'existait pas, soit une syphilis cachée, soit quelque lésion de l'œil faussant l'interprétation de l'examen clinique?

Enfin, dans certains cas, il n'existe ni lésions du fond d'œil, ni paralysie de la IIIe paire, et en confrontant les résultats fournis par tous les moyens d'investigation, cliniques et biologiques, on a pu éliminer formellement l'hypothèse d'une syphilis. L'existence de tels cas est incontestable; Nonne lui-même, dont l'autorité en matière de biologie neuro-syphilitique est reconnue de tous, en a observé. Mais ces cas sont la rarissime exception, et en 1921 on pouvait souscrire à peu près sans réserves aux conclusions de M. Babonneix : « En pratique, la constatation de ce symptôme signifie syphilis nerveuse. »

Dans l'encéphalite épidémique. — Nous disons « en 1921 » parce que depuis cette date on a vu évoluer à une grande échelle l'épidémie d'encéphalite qui sévissait alors. A cette date déjà, Economo, Sala, Worms, Nonne, Naef, Lauxen, Achard signalaient le signe d'Argyll-Robertson dans l'encéphalite. Mais depuis lors, les formes prolongées ont fait défiler dans tous les services, même non spécialisés, de nombreux cas d'ophtalmoplégies d'origine encéphalitique. En général, l'encéphalite épidémique réalise plus volontiers la suppression de la réaction accommodatrice, en une sorte d'Argyll-Robertson inversé; la réaction consensuelle est quelquefois encore plus atteinte que l'accommodative; souvent aussi on constate une iridoplégie complète.

Mais il n'est pas du tout exceptionnel de rencontrer le signe d'Argyll-Robertson dans l'encéphalite. Il ne peut vraiment se différencier alors du signe d'Argyll-Robertson syphilitique que par des nuances : au lieu d'être intacte, la réaction accommodatrice serait diminuée, mais moins que le réflexe lumineux. Cela est difficile à apprécier d'autant plus qu'un Argyll-Robertson syphilitique peut être en train d'évoluer vers la rigidité pupillaire.

Par bonheur, les domaines neurologiques de l'encéphalite et de la syphilis sont assez distincts, et le plus souvent les autres signes cliniques orientent vers le diagnostic. Cependant, il est des cas où l'observateur pourra être embarrassé. Nous citons ici quelques exemples observés par nous dans le service de notre maître.

Une femme présente un état dépressif, des douleurs irréductibles. Abolition des réflexes achilléens et Argyll-Robertson. Le diagnostic de tabes semble évident. Cependant l'examen du liquide céphalo-rachidien ne montre aucun signe de syphilis, et malheureusement le parkinsonisme vient bientôt prouver l'origine encéphalitique du tableau morbide.

Un myoclonique, asynergique et ataxique des pieds à la tête, présente un Argyll-Robertson. Le tableau clinique rappelle à l'évidence un syndrome excitomoteur de l'encéphalite épidémique. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre qu'il s'agit d'un cas rarissime d'ataxie aiguë syphilitique. L'amélioration par le traitement confirme le diagnostic.

Un malade est désorienté dans l'espace et dans le temps. Il perd la mémoire de toute chose, il présente des idées absurdes de persécution. Son facies est atone, complètement inexpressif. Sa parole est embarrassée. Signe d'Argyll-Robertson. Il semble qu'on se trouve en face d'un paralytique général. L'examen du liquide céphalo-rachidien élimine cependant cette hypothèse par une réaction de Bordet-Wassermann négative. En revoyant le malade, on se rend compte qu'il présente en réalité un Korsakoff post-encéphalitique.

Mais il nous serait difficile de multiplier les exemples de ce genre. Le plus souvent l'examen clinique à lui seul, suffit au diagnostic, sans le secours du laboratoire.

En conclusion, nous dirons donc que *le signe d'Argyll-Robertson est : dans la très grande majorité des cas symptomatique de syphilis, quelquefois d'encéphalite épidémique, presque jamais d'autre chose.*

Ce bilan séméiologique est très honorable. La constatation d'un Argyll-Robertson, évidemment, ne peut que gagner à être accompagnée d'un examen clinique complet et d'investigations biologiques. Mais, la clinique ne nous fournit pas beaucoup de signes pathognomoniques et il en est peu dont la valeur diagnostique soit aussi capitale que celle de celui-ci.

BIBLIOGRAPHIE

1. BABINSKI. Des troubles pupillaires dans les anévrismes de l'aorte, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 nov. 1901.
2. BABINSKI et CHARPENTIER. De l'abolition des réflexes pupillaires dans ses relations avec la syphilis, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 mai 1901.
3. BABONNEIX. Spécificité ou non-spécificité du signe d'Argyll-Robertson, *Gaz. des hôpit.*, 1921, p. 392.
4. BABONNEIX et DAVID. Syphilis nerveuse avec troubles mentaux d'allures particulières, *Revue neurol.*, oct.-nov.-déc. 1917, nos 10-11-12.
5. BEHR. La signification des troubles pupillaires pour le diagnostic de localisation de l'hémianopsie homonyme et leur signification pour la théorie des mouvements pupillaires, *Deut. Zeit. f. Nerven.*, t. XLVI, p. 88.
6. BUDGE et WALLER. Action de la portion cervicale du nerf sympathique et d'une portion de la moelle épinière sur la dilatation de la pupille, *Ann. d'ocul.*, 1851, p. 183.
7. BUMKE. *Les Troubles pupillaires dans les maladies mentales et nerveuses*, 1911.
8. BUMKE et TRENDELENBURG. Recherches expérimentales sur les voies centrales des faisceaux pupillaires du sympathique, *Klin. Monat. f. Augen.*, nov. 1909.
9. CAJAL. *Histologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés*, 1909.
10. CESTAN et DUPUY-DUTEMPS. Le signe pupillaire d'Argyll-Robertson, *Gaz. des hôpit.*, 26-28 nov. 1901.
11. DE LAPERSONNE et CANTONNET, *Manuel de neurologie oculaire*, 1923.
12. DÉJERINE. *Séméiologie nerveuse*, 1910.
13. DUPUY-DUTEMPS. Atrophie spéciale de l'iris et signe d'Argyll-Robertson, *Revue d'oto-neuro-ocul.*, nov. 1924, n° 9.
14. DUPUY-DUTEMPS. Sur une forme spéciale d'atrophie de l'iris au cours du tabes et de la paralysie générale. Ses rapports avec l'irrégularité et les troubles réflexes de la pupille, *Ann. d'ocul.*, 1905, p. 190.
15. DUVERGER et REDSLOB. Pathogénie du signe d'Argyll-Robertson, *Revue d'oto-neuro-ocul.*, oct. 1923, n° 8.
16. FAVORY. Les idées actuelles sur le signe d'Argyll-Robertson, *Bull. méd.*, 1925, p. 324.
17. GÉRARD. *Traité d'anatomie humaine*, 1912.
18. GUILLAIN et DUBOIS. Sur une affection mutilante des extrémités inférieures, *Ann. de méd.*, 15 mai 1914, n° 5.
19. GUILLAIN et HOUZEL. Lésions du pédoncule par balle de revolver, *Soc. de neurol.*, 15 janv. 1903.
20. GUILLAIN, ROCHON-DUVIGNEAUD et TROISIER. Le signe d'Argyll-Robertson dans les lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral, *Revue neurol.*, 30 avril 1909.
21. GUILLAUME. *Le Sympathique et les systèmes associés*, 1921.
22. INGELRANS. Pathogénie de l'iridoplégie réflexe, *Echo méd. du Nord*, 1898, p. 365.

23. HUTINEL et BABONNEIX. Conceptions actuelles des encéphalopathies infantiles, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 15 oct. 1909.
24. KARPLUS et KREIDL. Une méthode pour l'abord de la base du crâne, *Zeit. f. biol. Tech. und Met.*, 1910, p. 14-18.
25. LAFOND. Considérations sur la pathogénie et la séméiologie des troubles pupillaires, *Arch. d'ophtal.*, 1909, p. 490.
26. LAFOND. La pathogénie du signe d'Argyll Robertson, *Presse méd.*, 8 sept. 1910.
27. LAFOND. Le signe d'Argyll-Robertson ne peut pas être la conséquence d'une méningite basilaire, *Presse méd.*, 17 sept. 1910.
28. LAIGNEL-LAVASTINE. *Physiopathologie du sympathique*, 1924.
29. LAQUEUR. Contribution à l'étude du comportement de la pupille dans les circonstances pathologiques, *Arch. f. Augen.*, 1908, p. 327.
30. LEVINSOHN. Contribution à la physiologie des réflexes pupillaires, *Ann. d'ocul.*, t. CXXXIII et CXXXIV, p. 407 et 234.
31. LEVINSOHN. Contribution à l'étude expérimentale des centres pupillaires du bulbe, *Klin. Monat. f. Augen.*, 1907, t. III.
32. LEVINSOHN. Recherches expérimentales sur le rôle des tubercules quadrijumeaux antérieurs dans le réflexe pupillaire, *Congrès intern. d'ophtal.*, Naples, avril 1909.
33. MARINA. Le neurone du ganglion ciliaire et les centres des mouvements pupillaires, *Deut. Zeit. f. Nerven.*, 1899.
34. MARINA. Etudes sur la pathologie du ganglion ciliaire chez l'homme, *Ann. di neurol.*, 1901.
35. MARINA. Le ganglion ciliaire est le centre périphérique de la réaction pupillaire à la lumière, *Presse méd.*, 22 oct. 1909.
36. MULLER. Accommodation et grand sympathique, *Ann. d'ocul.*, 1891, p. 318.
37. PORTERFIELD. *De l'Œil*, 1759, vol. I, p. 450.
38. RAVIART et BRETON. Réaction de Wassermann et aliénation mentale, *Revue de méd.*, sept. 1908, p. 840.
39. RAVIART, PRIVAT DE FORTUNIÉ et LORTHIOIS. Symptômes oculaires de la paralysie générale, *Revue de méd.*, oct.-nov.-déc. 1906.
40. ROBERTSON. Sur un signe oculaire intéressant, *Edimbourg med.*, 1868-1869, p. 696-708.
41. ROBERTSON. Quatre cas de myosis spinal, *Edimbourg med.*, 1870, p. 487-491.
42. TERRIEN. *Séméiologie oculaire*, 1924.
43. THOMAS. Les nerfs oculaires et le signe d'Argyll-Robertson, *Soc. d'ophtal. de Paris*, 1912.
44. VAN GEHUCHTEN. *Le Système nerveux de l'homme*, 1893.
45. WARKANY. Etudes sur l'état de la névroglie mésocéphalique dans des cas de rigidité pupillaire, *Travaux de l'Inst. neurol. de l'Université de Vienne*, vol. XXVI, p. 455.
46. WINAVER. Le signe d'Argyll-Robertson, *Th. de Paris*, 1912.
47. WINKLER. *Manuel de neurologie*, 1918.
48. Paul MÉRIEL. Signe d'Argyll-Robertson et névraxite épidémique chronique, *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 54, p. 870.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1926)

Le contrôle des produits thérapeutiques fournis aux dispensaires des maladies vénériennes. — M. Léon BERNARD, au nom de la Commission nommée pour répondre au ministre qui a demandé si l'Académie voulait bien se charger de ce contrôle, fait un rapport dans lequel il étudie, en détails, toutes les questions relatives à ce contrôle, fournit même un plan d'organisation et conclut qu'il lui semble du devoir de l'Académie d'accepter de se charger de ce contrôle, reconnu absolument nécessaire. Mais M. Bernard, après une étude approfondie, estime que ce contrôle, qui exigera un laboratoire de chimie et un laboratoire de physiologie, reviendra à environ 200.000 francs par an, sans préjudice des frais de première organisation.

— Après une courte discussion, il est décidé que cette question sera reprise à la rentrée.

L'encombrement des hôpitaux de Marseille. — M. IMBERT appelle l'attention sur la situation difficile de ces hôpitaux qui sont obligés de recueillir des malades de toutes nations, la plupart misérables et dans l'impossibilité de subvenir, en quoi que ce soit, aux frais d'hospitalisation. M. Imbert ajoute que sur 650.000 habitants, Marseille compte actuellement 125.000 Italiens. Il semblerait bien juste que, dans ces conditions, l'Italie eût un hôpital italien à Marseille dont elle supporterait les frais ou bien qu'elle eût à participer aux frais des hôpitaux existants dans une mesure proportionnelle au nombre des Italiens hospitalisés.

M. JEANSELME apporte, à l'appui de cette communication, une statistique de la consultation de l'hôpital Saint-Louis : dans le premier semestre de l'année courante, parmi les malades nouveaux on compte 16,77 p. 100 d'étrangers; dans une salle de 42 lits, il y a 11 étrangers.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 3 JUIN 1926)

Le traitement des crises en série et de l'état de mal épileptique par les injections de phényléthylmalonylurée dans la cisterna magna. — M. AYALA (de Rome) a constaté, chez le chien, que l'application de luminal au contact de l'écorce motrice la rendait inexcitable. Chez l'homme, l'injection intrarachidienne de luminal peut arrêter un état de mal convulsif.

Radioscopie rachidienne lipiodolée en position déclive. — MM. SICARD, HAGUENAU et Ch. MAYER exposent leur technique actuelle de radioscopie lipiodolée rachidienne, sur table spéciale basculante. Ils montrent la simplicité de la méthode. Il suffit, par ponction lombaire, d'injecter dans le liquide céphalo-rachidien 1 centimètre cube et demi de lipiodol, et de constater par la radioscopie le cheminement de cette substance à l'intérieur de la cavité sous-arachnoïdienne, le malade étant placé en attitude fortement déclive, dite de Trendelenburg. Une radiographie, prise au moment opportun dans le cas d'arrêt, complétera les renseignements radioscopiques. Cet examen, remarquablement supporté, sans aucun incident et sans douleur, a cet autre avantage d'empêcher toute réaction consécutive, puisque l'huile iodée perdra rapidement contact avec la lésion compressive dès le retour du malade à la position verticale normale.

Les auteurs montrent deux malades, l'un soigné pour névralgie brachiale rebelle, l'autre pour spondylose rhizomélique depuis quatre ans : chez ces deux malades, l'épreuve du lipiodol permit seule de reconnaître la tumeur intrarachidienne. L'opération, faite par M. Robineau, amena la guérison.

M. Cl. VINCENT recommande la technique de M. de Martel, qui opère sur le rachis en position assise à l'anesthésie locale. L'hémorragie est ainsi moins abondante : le champ opératoire est plus net; d'autre part, les sensations du malade constituent un contrôle précieux pour les manœuvres que l'on exécute sur les racines.

M. Vincent insiste, en outre, sur le contraste qui existe, au point de vue du pronostic opératoire, entre les tumeurs des racines qui ne donnent guère lieu à des accidents, et celles qui compriment déjà la moelle en donnant des signes de paraplégie : ce sont ces dernières qui, surtout à la région cervicale, exposent à des phénomènes de choc.

Enfin, une algie brachiale accompagnée d'abolition de réflexe doit toujours faire soupçonner qu'il s'agit d'autre chose qu'une névralgie brachiale banale.

Traitement et diagnostic des tumeurs du corps pituitaire. Dilatation de la selle turcique dans les tumeurs de la loge postérieure du cerveau. — M. Cl. VINCENT présente un homme d'une trentaine d'années qui avait été atteint en 1924 d'acromégalie typique avec rétrécissement du champ visuel, signes d'hypertension cranienne et stase papillaire légère,

mais certaine des deux côtés. Ce malade reçut en cinq mois 20.000 R par différentes portes d'entrée. Depuis un an, le champ visuel est redevenu normal, la stase papillaire a disparu et l'acromégalie a diminué, même la saillie des bosses frontales. Le sujet a pu reprendre son métier de vigneron. Il n'est donc pas douteux que certaines tumeurs de la région hypophysaire sont heureusement influencées par la radiothérapie.

Mais M. Cl. Vincent fait une autre remarque. Tandis que certaines tumeurs avec acromégalie et troubles visuels ne s'accompagnent pas de modifications dans la forme de la selle turcique à la radiographie, certaines autres tumeurs du cerveau, particulièrement les tumeurs de la loge postérieure, s'accompagnent d'une dilatation énorme de la selle turcique et même de la disparition complète des apophyses clinoïdes antérieures et postérieures. Il en résulte que, dans un grand nombre de cas, des tumeurs cérébelleuses, de l'acoustique, ponto-cérébelleuses, sont considérées comme des tumeurs hypophysaires et traitées comme telles. Chez les sujets qui présentent une telle usure de la selle turcique, il n'est pas rare de voir l'hypophyse à peu près complètement détruite. Dans ces cas, on n'observe aucun syndrome hypophysaire, acromégalique ou adiposo-génital, et cela tend à établir qu'une destruction, même très prononcée, du corps pituitaire n'est pas nécessairement suivie d'un syndrome hypophysaire.

MM. Roussy, Lhermitte, A. Thomas, Poussep et Schæfer signalent des cas analogues de disparition des apophyses clinoïdes dans des tumeurs de régions diverses de la cavité cranienne.

Radicotomie postérieure « élargie » pour causalgie. Guérison. — MM. Sicard, Haguenau et Ch. Mayer, à propos de deux cas de causalgie du membre supérieur opérés par M. Robineau, insistent sur la nécessité de sectionner, non seulement les cinq racines postérieures du plexus brachial, mais encore, conformément à la loi de Sherrington, les racines adjacentes, C_8 et D_2, si l'on veut obtenir une anesthésie absolue du membre et la guérison.

Plasmocytome et hypernéphrome de la colonne vertébrale. — M. Poussep (de Dorpat) projette un film qui permet de suivre les divers temps des opérations qu'il a pratiquées.

Traitement chirurgical de la syringomyélie. — M. Poussep (de Dorpat), dans un cas de syringomyélie douloureuse, a pratiqué une laminectomie, avec ouverture de la dure-mère et incision longitudinale, sur 2 centimètres de long, de la cavité médullaire. L'incision permit l'écoulement d'une certaine quantité de liquide. Il y eut amélioration des douleurs, des troubles de sensibilité objective et même des mouvements. L'amélioration se poursuit depuis trois mois.

M. Sicard a obtenu également des améliorations après des opérations semblables dans deux cas de kystes intramédullaires, dont le diagnostic avait été rendu possible grâce à l'épreuve du lipiodol.

Observations sur quelques caractères que présentent les réflexes d'automatisme médullaire. — M. Negro (de Turin) étudie les réflexes de défense, dits d'automatisme médullaire, dans les paraplégies pottiques; il précise certains de leurs caractères : périodes réfractaires et temps de latence (projections).

Dystasia lordotica et prothèse. (*Présentation d'un malade appareillé.*) — M. Froment (de Lyon) présente un malade atteint de dystasia lordotica, avec genou à ressort, qui se trouve amélioré par la prothèse. D'une part, l'hypertension du bassin est empêchée par une ceinture en cuir moulé munie d'une butée. D'autre part, le genou à ressort est combattu par une chaussure à talon haut.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Opération de Cushing par la méthode de T. de Martel. — MM. Clovis Vin-

CENT et D. DENECHAU (d'Angers) présentent une malade atteinte de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux qui a subi une opération de Cushing par la méthode de T. de Martel.

Cette tumeur présentait au point de vue clinique deux symptômes atypiques : une paralysie faciale très prononcée et des troubles mentaux du type puérilisme. Au point de vue anatomique, c'était vraisemblablement un cholestéatome et non une tumeur de l'acoustique.

Opération en position assise, sous anesthésie locale. Ouverture des deux loges cérébelleuses et section de la faux du cervelet (cette façon de faire permet l'exploration facile des deux angles). Extirpation à la curette d'une tumeur avasculaire pénétrant dans le lobe gauche du cervelet qui est presque complètement vidé. Suites opératoires très simples, et, actuellement, à la troisième semaine, la malade est sur pied.

Fracture de la VIe vertèbre cervicale chez un malade atteint de spondylose rhizomélique. Compression osseuse. Opération. Amélioration. — M. EGAS MONIZ (de Lisbonne). La compression était le fait d'une néoformation osseuse; exostose vertébrale? ou ossification d'un ligament jaune? Malgré la spondylose, l'opération a été possible et a donné d'heureux résultats.

Lésions expérimentales de la moelle de fœtus par infection ou par intoxication des ascendants. — M. CATOLA (de Florence) a réalisé des lésions dans la moelle de fœtus, chez le lapin, en intoxiquant les ascendants par divers poisons, en particulier par la nicotine.

Note complémentaire sur un cas de sarcome pulsatile du sacrum traité par les rayons de Rœntgen. — M. BÉCLÈRE avait présenté, il y a quelques mois, une femme atteinte de sarcome pulsatile du sacrum chez laquelle la radiothérapie aurait amené une régression très marquée des accidents. Depuis lors, une récidive locale s'est produite, suivie de métastases multiples qui ont rapidement enlevé la malade. La radiothérapie a assuré une survie d'un an.

Les dangers de la radiothérapie des tumeurs intrasellaires, intracraniennes et intrarachidiennes. — M. BÉCLÈRE envisage, dans cette importante communication, les difficultés et les dangers de l'irradiation des tumeurs incarcérées du névraxe : tumeurs intrasellaires, intracraniennes ou intrarachidiennes.

Les difficultés tiennent à deux facteurs : la radiosensibilité variable, bien plus faible pour les tumeurs conjonctives ou gliales que pour les tumeurs épithéliales, par exemple; d'autre part, la rapide diminution du rayonnement absorbé de la surface à la profondeur. Cependant, sur ce dernier point, les techniques modernes (multiplicité des portes d'entrée, rayons pénétrants) ont permis de grands progrès, et on arrive, en particulier, à obtenir dans la selle turcique une dose de rayons qui atteint la moitié de la dose absorbée par la peau, alors que, autrefois, on devait se contenter d'un vingtième.

Les dangers sont de divers ordres :

1° Les accidents radio-nécrotiques, qui, à vrai dire, ne sont guère à craindre pour le névraxe, mais qui pourraient cependant, dans certains cas, atteindre le système vasculaire;

2° Les accidents toxiques, qui s'observent parfois après irradiations de lymphosarcomes ou de tumeurs leucémiques, mais qui ne risquent guère de se produire dans les tumeurs du névraxe;

3° Les accidents mécaniques, qui sont, par excellence, les accidents des tumeurs incarcérées (cavité laryngée, cavité thoracique, cavité cranienne et cavité intrarachidienne). Les phénomènes de vaso-dilatation, qui sont manifestes après irradiation de la peau, des ganglions, du corps thyroïde, peuvent aboutir à des désastres, par suffocation subite, lorsqu'ils se produisent dans une tumeur intrathoracique. De même pour les tumeurs intrarachidiennes : on peut observer, après irradiation de tumeurs, dès les vingt-quatre premières heures, des accidents graves (pré-réaction, douleurs cordonales, aggravation de la paraplégie, troubles trophiques). Ces accidents peuvent s'observer même pour des tumeurs peu radio-sensibles. Ils commandent des précautions toutes spéciales pour les cas de compressions très accentuées. Il importe de commencer par des doses d'autant plus faibles que la compression est plus intense. En renouvelant ces doses à faibles intervalles, il n'y a rien à craindre ni de l'action stimulante, en coup de fouet, attribuée aux faibles doses, ni de la « vaccination » des tumeurs aux rayons. Les mêmes précautions s'imposent pour les tumeurs intracraniennes, qui peuvent donner lieu, aussitôt après l'irradiation, à des poussées d'hypertension extrêmement menaçantes.

M. G. ROUSSY signale que, dans des cas observés par lui de tumeurs hypophysaires, même de faibles doses étaient susceptibles de donner lieu à des accidents.

La rigidité parkinsonienne a-t-elle pour équivalent physiologique la rigidité que provoque, à l'état normal, toute statique litigieuse? — M. FROMENT (de Lyon) compare, sur des tracés, la résistance des antagonistes chez des sujets normaux, chez des cérébelleux et chez des parkinsoniens. Il montre l'exagération du phénomène dès que l'équilibre est compromis (statique litigieuse).

Un cas rare de compression médullaire (projectile resté latent vingt-six ans). — M. A. POROT (d'Alger) présente les radiographies relatives à un cas de compression médullaire à marche assez rapide. Le syndrome clinique indiquait une compression des avant-dernières racines dorsales du côté gauche. A ce syndrome correspondait, à la radiographie, une masse volumineuse très opaque, qui couvrait dans leur moitié gauche la neuvième dorsale et la dixième, les débordant en dehors et dépassant aussi la ligne médiane. Arrêt complet du lipiodol. Présence d'une masse calcaire.

L'intervention a montré qu'il s'agissait d'une volumineuse masse crétacée vertébrale et juxta-vertébrale, dans laquelle se trouvaient inclus de nombreux fragments métalliques. Le malade avait reçu, vingt-six ans auparavant, un coup de feu au-dessus du sein gauche. Le projectile n'était jamais sorti. Une portion de cette masse crétacée s'était ramollie récemment et venait fuser, à travers le corps vertébral, contre la moelle qui se trouvait comprimée.

Tumeur intrarachidienne à forme pseudo-pottique. Radiodiagnostic par le lipiodol par voie sus et sous-lésionnelle. — MM. ODDO et LAPLANE (de Marseille) rapportent l'observation d'un cas de tumeur radiculaire (neurogliome) de la région du cône, qui avait déterminé le syndrome pseudo-pottique décrit par MM. Sicard et Laplane : douleurs à type lombo-sciatique, bilatérales, avec contracture lombaire importante; douleurs à la pression des apophyses épineuses de la troisième et de la quatrième lombaire, dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Enfin l'épreuve du lipiodol par voie sus et sous-lésionnelle a donné une double image d'arrêt, qui forme un véritable négatif de la tumeur. Cliniquement, le diagnostic se fonde sur le caractère spécial des douleurs qui provoquent une constante agitation, sur la dissociation de la localisation du lipiodol et de la vertèbre douloureuse (signe d'Elsberg), sur la forme typique de l'arrêt du lipiodol. L'opération a amené la guérison.

L'image en ligne festonnée du lipiodol sous-arachnoïdien et les tumeurs intramédullaires. — M. LAPLANE (de Marseille) présente des radiographies qui concernent un cas de tumeur intramédullaire probable de la région cervicale, avec arrêt du lipiodol suivant une forme spéciale : la ligne festonnée bilatérale. Le diagnostic de ces tumeurs (gliomes diffus, kystiques ou non) peut être difficile, même par le lipiodol, avec certaines syringomyélies; mais l'épreuve du lipiodol permet de différencier les tumeurs juxtamédullaires énucléables et la pachyméningite des renflements fusiformes de la moelle, quelle que soit leur pathogénie. A cet égard, l'image en ligne festonnée paraît un bon signe.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 juillet. — MM. Monod (Raoul) et Petit-Dutaillis, 18; Bloch (Jacques) et Oberlin, 17.

— Concours de l'internat. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats autorisés à se présenter au concours de l'internat en médecine (année 1926) :

M. Abd-El-Nour, Mlle Abricossoff, MM. Adida, Aïdan, Alivisatos, Allard, Amiard, Amid, Anchel, André, Antonelli, Ardin, Ardouin, Arnaud, Arnaudet, Arnon, Arondel, Mlle Arrighi de Casanova, MM. Asselin, Aubert, Aubin, Audemard, Audouin, Aujay, Avril, Aymard,

Bachelier, Baillet, Balmelle, Barbara, Bardin, Mlle Bardy, MM. Baron, Barré, Barthélemy, Barthes, Basset, Mlle Bastien, MM. Baudelot, Baussan, Béal, Beaufils, Beaux, Mlle Begaud, MM. Benassy, Bénech, Benoist, Benzaquen, Bérard, Bérardier, Béraut, Bergenstein, Mlle Berger, MM. Bernal, Bernard (Etienne), Bernard (Paul), Bernard-Griffithe, Berson, Berton, Bertrand (Jean), Bertrand (Pierre), Besseyrias, Mlle Besson, MM. Beuzart, Billet, Blanchard, Mlle Blanchy, MM. Blanquine, Bocquentin, Boidot, Bolger, Bompard, Bonnahon, Bonnard, Bonnet, Boquel, Boquien, Bordier, Bosnières, Bosquet, Boulland, Bourdin, Boureau, Bourguignon, Bouvier, Boyer, Brandy, Brehier, Bretey, Breton, Briau (Louis), Briault (Roger), Brisard, Brisset, Brongniart, Mlle Brosse, M. Bruneton, Mlle Bucsan, MM. Bufnoir, Busson, Cachera, Mlle Cahen, MM. Caillaud, Caïn, Calamy, Calmels, Camus, Canonne, Carlotti, Casas dit Cazès, Cautru, Cayet, Chabrol, Chadourne, Champenois, Chapon, Charapanowsky, Chartol, Chatagnon, Chauveau, Chennevière, Cheynet, Chauffé, Chômet, Mlle Choquart, MM. Chureau, Clupot, Cofino, Cohen (Asdriel), Cohen-Deloro, Colin, Comar, Constantoulakis, Contiades, Mlle Corbillon, MM. Cord, Cordier, Corman, Cornier, Cossa, Coste, Mlle Courtine, MM. Courtois, Couvelaire, Cros, Cuvillier,

Dansaert, Dany, Darnis, Darré, Mlle Dartin, MM. Dausse, David (Jean), David (Maurice), Davioud, Decourt, Degos, Delafarge, Delange, Delaporte, Delattre, Deliencourt, Delmas, Delthil, Delvaille, Demirleau, Demoly, Demoulin, Deransart, Desbuquois. Mlle Desgruelles, MM. Deslandres, Desoille, Desormeaux, Dessirier, Devaux, Mlle Develay, MM. Devin, Diriart, Douady, Douvry, Mlle Dreyfus (Suzanne), MM. Dreyfus (Pierre), Drouhard, Dublineau, Mlle Ducosté, MM. Dufet, Dufour, Duminil, Dupuy-Dutemps, Durand, Durel (Maurice), Durel (Pierre), Dürrbach, Duvernoy,

Elbaz, Even,

Fabre (Georges), Fabre (Jean), Falaise, Fau, Fauvert, Favre, Mlle Fayot (Marguerite), MM. Fayot (Robert), Ferrand, Ferrer, Feuillastre, Fichet, Ficonetti, Fischbacher, Fleury, Fortier, Fortin (André), Fortin (René), Foubert, Fouquet, Fournié (François), Fournié (Roger), Franco, Frémont, Fribourg,

Gabriel, Gadaud, Gallais, Gallot, Gandy, Gardette, Garnier, Gasné, Gaston, Gaucher, Gaudin, Gaulier, Mlle Gautheron, MM. Gavois, Georges, Gerson, Gibert (Edouard), Gibert (Henri), Gilbrin, Mlle Gillard, MM. Ginestet (de), Giorgi, Mlle Girardeau, M. Gloppe, Mlle Glotz, MM. Goidin, Goldberg, Golé, Gomet, Gorecki, Gorodiche, Gourdon, Gouyen, Graffin, Grancher, Grand, Grasset, Grenaud, Grippon, Griveaud, Guédé, Mlle Guéry, MM. Guibé, Guihéneuc, Guillain, Guillemin, Guillon, Guillot (Jacques), Guilloux, Guran, Guyot (Jean),

Mlle Hallard, MM. Halphen, Hambourg, Hamelin, Hamon, Havret, Hayon, Hébert (Jean), Hébert (Roger), Héber-Suffrin, Mlle Heimann, MM. Hennion, Hepp, Herman (Pierre), Hermann (Pierre-Emile), Hervy, Hesse (Jean), Hesse (Didier),

Hiély, Hirsch, Hô-Dac (di), Hodanger, Horowitz, Mlle Houzeau (Germaine), MM. Houzeau (Pierre), Huguenin, Huret, Hussenstein,

Illaire,

Mlle Jacob, MM. Jame, Jaudel, Jeanne, Jehiel, Joly (François), July (Maurice), Jonard, Joseph, Jouanneau, Jourdan, Julien,

Katz, Kaufmann, Koang, Kreyts, Kyriaco,

Mlle Labatt de Lambert, MM. Labesse, Laborde, Lacaille, Lacan (Jacques), Mlle Lacan (Simone), MM. Lacaze, Lacoste, Lacurte, Laffaille, Lafitte, Laflotte, Lagarrigue, Lançon (René), Mlle Landowski, MM. Lang, Langenhagen (de), Langumier, Lapeyre, Lapiné, Lardat, Lardennois, Lardier, Mlle Lassery, MM. Laurent, Lazerme, Le Baron, Le Becq, Lebel, Lebenthal, Lebis, Mlle Lebourlier, MM. Lebovits, Lecadre, Mlle Lecocq, MM. Lecomte (Georges), Lecomte (Maurice), Lecourt, Léculier, Mlle Le Diouron, MM. Lefilliâtre, Lefranc, Lejeune, Lelièvre, Le Loupp, Lelourdy, Lellouch, Lemaire, Lemoyne, Lenègre-Thourin, Lepage, Lereboullet, Le Rochais, Leroy (René), Leroy (Robert), Levassor, Mlle Lévy (Françoise), MM. Lévy (Emmanuel), Lévy (Nissim), Lévy-Klotz (Jacques), Mlle L'Hoir, MM. Liquier, Lœvenbruck, Longuet, Lortat-Jacob, Loup, Louvet (Eugène), Louvet (Louis),

Maës, Mlle Magrah, MM. Mahieu, Maire (Jacques), Maire (Roger), Maison, Maksud, Mamon, Mantion, Maraval, Marceau, Marcus, Mariau, Marie (Julien), Marie (Robert), Marion, Marot, Martin (Jean), Martin (René-Henri), Maruani, Masquet, Masson, Massot, Mathan, Mauric, Mayo (Mlle de), M. Mégnin, Mlle Meinier, MM. Mercier, Merger, Merklen, Mérigot, Métais, Meyer, Mézard, Mialaret, Miget, Milhiet, Milleret, Mimin, Minet, Minot, Mirallié, Moline, Monnerot-Dumaine, Monnier (Jean), Monod, Montant, Moricard, Mlle Morin, M. Motz, Mlle Mouneyrat, MM. Mourrut, Moutard, Moise (Pierre), Moïse (Pierre), Mme Moïse-Chrétien (Andrée), MM. Muller,

Nadji, Naggiar, Natier, Néron, Nicolas,

Odinet, Mlles Odru, Oguse, MM. Ollivier-Henry,

Palma (de), Mlles Papaïoannou, Parent (Madeleine), MM. Parent (Maurice), Parmentier, Patte, Mlles Pau (Cécile), Pauc (Elise), MM. Paul, Pellé, Pérachon, Périn, Perlès, Perrault, Perret, Perrin, Petit (Louis), Petit (Pierre), Peytavin, Pichon, Mlle Pichot, MM. Picot, Pigache, Pillière de Tanouarn, Piollet, Mlle Pithon, MM. Plessier, Poilleux, Poinceau, Poisson, Pompanon, Porin, Potiquet, Pottier, Prat, Priollet, Pruneau, Puyaubert,

Quereilhac, Querneau, Quivy,

Rabetrano, Racine, Rault, Ravier, Raymond, Rebérol, Redaud, Regaud, Renard, Reyt, Ribadeau-Dumas, Richard, Mlle Riom, MM. Robin (Maurice), Robine (Paul), Rogès, Rollet, Romeyer, Mlle Ronget, MM. Roquejeoffre, Roseau, Mlle Rosembaum, MM. Rouart, Roulin, Rousseau, Rousset, Rouquès (Pierre), Rouzeaud, Roy (Louis-Marie), Roy (Louis-Octave), Royer de Véricourt, Rudaux, Rudolf,

Sacuto, Saingery, Saint-Pierre, Sallé (André), Sallet (Jean), Salmon (Jean), Salomon (Jean), Sanz, Sassier, Schapiro, Schatz, Schiever, Schlesinger, Schwob. Sée, Segrestaa, Séguinot, Seidmann, Mlle Sentis, MM. Sergent, Soleil, Soria (de), Sourice, Sterbini, Stérin, Mlle Stoeber, MM. Stuhl, Sustendal,

Tabuteau, Tacquet (Maurice), Taquet (Léon), Terrenoire, Thévenard, Thoizon, Thomas, Thoyer, Tixier, Tournant, Triau, Mme Trivas, MM. Trubert, Trocmé, Tubiana,

Uhry, Mlle Ullmann,

MM. Vachey, Vaissié, Vandenbossche, Van der Elst, Vanier (Jean), Vannier (Edouard), Vaudour, Verger, Vermorel, Vernholes, Mlle Versini. MM. Veslot, Vétillard, Vialle, Mlle Vidal (Suzanne), MM. Vidal-Naquet, Villechaize, Vincent, Violet, Voillemin, Vuillième,

Weill (Adrien), Mlles Weill (Suzanne), Weiss (Jeanne), Wertheimer, MM. Wester, Weyl,

Zagdoun.

— La première séance aura lieu le mercredi 28 juillet, à 9 h., à la Faculté.

DOCTORAT EN MÉDECINE. — Par décret en date du 17 juillet 1926, le paragraphe 6 de l'article 22 du décret du 10 septembre 1924 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Tout candidat n'ayant pas obtenu dans un examen au moins cinq points pour une matière, tant à l'épreuve écrite qu'à l'épreuve écrite qu'à l'épreuve orale, est ajourné, pour cette épreuve, à la session d'octobre-novembre. Il est renvoyé à la session de juillet suivante en cas de nouvel échec, sous réserve des dispositions prévues par le décret du 17 février 1926. » (*J. O.*, 23 juillet 1926.)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Dargein (de Toulon), David (de Montpellier), Deblock (de Lille), Ducuing (de Toulouse), Duroux (de Lyon), Farré (de Montpellier), Fauconneau (de Bourges), Faugère (de Bordeaux), Gabriel (de Marseille), Laporte (de Toulouse), Lavergne (de Nancy), Lecornu (de Caen), Lerat (de Nantes), Madon (de Montpellier), Malot (de Lyon), Maréchal (de Besançon), Moog (de Toulouse), Paquet et Paucot (de Lille), Paysant (de Nancy), Soula (de Toulouse), Teulières (de Bordeaux), Vallois (de Toulouse), Vanhaecke (de Lille).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Antoine (d'Angers), Blouquier de Claret (de Montpellier), Borrel et Canuyt (de Strasbourg), Chalier (de Lyon), Crampon (de Lille), Fabrègue (de Marseille), François (de Lille), Grenier de Cardenal (de Saint-Maixent), Guégan (de Caen), Guéguen (de Nantes), Lacassagne (de Lyon), Lambolez (de Nancy), Le Coniac (de Toulon), Lemoine (de Paris), Martin (de Lyon), Paturet (de Clermont-Ferrand), Payan (de Marseille), Perdoux (de Poitiers), Perrens et Petiteau (de Bordeaux), Pilod (de Paris), Polonowski (de Lille), Portmann (de Bordeaux), Raseta (d'Ambaravarambaso), Witas (d'Alger).

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE BORDEAUX. — CONCOURS POUR UN EMPLOI DE MÉDECIN SPÉCIALISÉ DES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX. — Il est créé un emploi de médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux de la ville de Bordeaux.

Ce médecin entrera en fonction le 1er octobre 1926; il sera chargé de l'examen clinique, bactériologique, radiologique et de toutes autres recherches des tuberculeux et des suspects de tuberculose adressés aux dispensaires par leurs médecins traitants ou se présentant spontanément.

Le traitement municipal est fixé à 11.000 fr. par an. A ce traitement s'ajoutera l'indemnité que la Fédération girondine des Œuvres antituberculeuses s'est engagée à verser mensuellement et qui est fixée à 750 fr.

Il lui est interdit de faire de la clientèle et de recevoir directement des rétributions des malades ou de leur famille.

Le médecin spécialisé sera nommé par M. le Maire de Bordeaux après concours sur titres sur une liste de proposition de trois candidats établie dans l'ordre alphabétique par la Fédération girondine des Œuvres antituberculeuses après entente avec le syndicat professionnel des médecins bordelais.

Les inscriptions seront reçues au bureau municipal d'hygiène à l'Hôtel de Ville de Bordeaux, tous les jours, de 10 h. à midi (dimanches et fêtes exceptés), du 1er au 31 août.

PRÉDISPOSITIONS INDIVIDUELLES

ET PSYCHOSES AFFECTIVES

LA NOTION DE CONSTITUTION HÉRÉDITAIRE ET DE CONSTITUTION ACQUISE DEVANT LA PSYCHOTHÉRAPIE

PAR MM.

HENRI CLAUDE et GILBERT ROBIN

Professeur de clinique des maladies mentales. — Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Quand Morel et Magnan montrèrent par une observation clinique indiscutable que telle ou telle psychose se développait de préférence sur un terrain déterminé pour chacune, les psychologues et les psychiâtres accueillirent à l'envi des lois qui allaient les empêcher de tâtonner, accrochèrent aux stigmates de prédisposition morbide qu'on leur indiquait le devenir de la personnalité et firent la fortune de la théorie de la dégénérescence. Cette doctrine a rendu d'immenses services pour la clarté de la classification psychiâtrique. Mais c'est un véritable régime cellulaire. Les psychiâtres s'enchaînaient dans le fatalisme de lois inexorables. La thérapeutique découragée n'avait plus guère à faire dans des psychoses dont l'évolution était déterminée d'avance.

La doctrine des « constitutions psychopathiques » apportait dans la compréhension des faits plus de souplesse, plus de variété. Achille Delmas et Boll dans leur ouvrage *La Personnalité humaine* en ont analysé les modalités. Plusieurs psychiâtres ont attaché leur nom aux tendances psychiques préformées qu'ils avaient plus spécialement étudiées. Ce sont Dupré, Henri Claude, Janet pour la constitution émotive avec ses variantes psychasthéniques; Dupré et Logre pour les constitutions *mythomaniaques*; Sérieux et Capgras pour la *constitution paranoïaque* récemment étudiée par Montassut dans un travail très intéressant; Kraepelin pour la *constitution cyclothymique*; Kretschmer, Henri Claude, Borel et Robin pour la *constitution schizoïde*, la dernière venue dans la classification, la plus riche sans doute en conséquences; enfin la *constitution perverse* a été depuis longtemps décrite et se confond avec la notion de perversions instinctives (moral insanity).

Ces constitutions ont été minutieusement décrites. Cliniquement il n'y a rien à reprendre. Leur description nous paraîtrait plutôt pécher par excès que par défaut. On a abusé de cette notion. Elle est commode, permet de voir clair, satisfait notre besoin d'ordre. Elle le satisfait à bon compte car elle nous paraît trop simpliste. La réalité psychologique la déborde. D'un trait de caractère nous généralisons trop vite et l'intégrons à tort dans un caractère que nous croyons connaître d'avance. Et cependant notre effort thérapeutique n'est pas toujours condamné à l'impuissance. Dans bien des cas nous corrigeons les mauvais effets de la constitution. La notion est capable de s'effriter. Il restera bien assez de faits résistant à la thérapeutique pour démontrer qu'elle a sa raison d'être, mais si l'on regarde les malades de très près, profondément, on est étonné de voir que des traits de la constitution psychopathique dite congénitale peuvent être acquis secondairement. Il existe une *constitution congénitale* et une *constitution acquise*.

Henri Bouyer et Martin-Sisteron dans leur ouvrage sur *l'Hygiène mentale et nerveuse individuelle*, l'ont fort bien compris quand ils écrivent :

« On remarquera que nous nous sommes abstenus en définissant la constitution psychopathique ou névropathique de la supposer toujours congénitale. Les auteurs de la *Personnalité humaine* disent bien « qu'elle est transmise par hérédité, qu'elle se manifeste de façon précoce et persiste pendant tout le cours de la vie ». Les deux dernières propositions nous paraissent peu discutables. Il n'en va plus de même à notre avis de la première. Déjà Claude établissant les éléments du caractère hyperémotif, admettait qu'il ait pu s'acquérir après la naissance, résultant dans ce dernier cas « de la répétition des émotions sur un terrain préparé par le surmenage physique et psychique lié aux conditions générales de l'existence (1) ». A propos de la psychasthénie Pierre Janet écrivait aussi : « L'hérédité est ici simplement prédisposante (2). » Or les disciples de Freud voudraient justement réduire au minimum et certains presque à néant le facteur héréditaire. Pour eux les constitutions résulteraient plutôt d'une orientation particulière datant de l'enfance et dont l'éducation serait bien souvent responsable. Une telle idée peut nous surprendre tant les théories du siècle dernier avaient accoutumé à courber la tête sous des lois fatales. Quelles perspectives doit-elle ouvrir, si les faits la vérifient pour l'hygiène mentale et nerveuse! Non seulement nous serions en droit de défendre les prédisposés contre les troubles qui les menacent mais de barrer la route à la prédisposition même, devenant le début d'une maladie. Ainsi étendue la théorie psychanalyste est sans doute excessive. Nous avons vu de tout jeunes enfants élevés de la même manière présenter avec une spontanéité apparente un caractère bien différent chez l'un et chez l'autre dès ses premières manifestations : ici la sensibilité, l'émotivité et là l'instinct de domination, la jalousie, l'égocentrisme. Il nous serait donc impossible de nier l'hérédité constitutionnelle mais d'autre part on observe souvent, sans aucune apparence de terrain préparé, la formation d'un caractère morbide avant ou pendant la crise pubérale ».

Adolf Meyer (3) a eu le mérite d'insister sur l'importance des circonstances individuelles, des situations concrètes : « La maladie ne sort pas d'un ciel bleu », comme dit Campbell, mais les nuages, ce sont les incidents journaliers, les chocs affectifs de l'existence. L'esprit se corrompt, se mine, prend « un mauvais pli ». La constitution étroite et hermétique, cède la place aux habitudes fonctionnelles défectueuses et la caractérologie qui permet de prévoir ce qu'une personne fera dans telle ou telle circonstance est autrement plus souple et plus fertile en résultats que sa sœur aînée. Maeder (de Zurich), parlait récemment dans une belle conférence donnée par le groupe d'études philosophiques et scientifiques, à l'occasion du LXXe anniversaire de Freud, d'une structure mentale défectueuse, née de chocs affectifs, d'habitudes intellectuelles vicieuses, etc. Il semble que la psychiâtrie soit entrée résolument dans un ensemble de conceptions dynamiques, tandis que la notion statique des constitutions a tendance à figer son effort.

---

(1) Voir *Encéphale*, 1910, n° 1.

(2) Pierre JANET, *les obsessions et la psychasténie*, t. I, Paris, 1903, p. 730.

(3) FLOURNOY. Le point de vue d'Aldof Meyer sur la démence précoce, l'*Encéphale*, 1926.

Si nous appliquons les mêmes idées à la compréhension des psychoses, nous verrons que cette dernière ne sort pas tout armée du cadre des classifications psychiatriques, mais s'explique souvent par une exacerbation des mêmes chocs affectifs qui avaient favorisé le développement d'une constitution acquise. Certes loin de nous la pensée de nier l'existence d'une constitution congénitale. Bien au contraire nous allons montrer une observation où elle ne saurait être mise en doute. Mais même dans ce cas la psychose doit être envisagée d'un point de vue dynamique, intégrée dans l'affectivité afin que nous cherchions si elle n'a pu être déterminée par des événements extérieurs ou des chocs sentimentaux au lieu de le considérer comme une affection aussi sombre que le terrain qui la sous-tendait.

Robert est un pâtissier âgé de quinze ans, né d'une mère nerveuse ayant été il y a vingt ans internée pendant quinze jours à la Salpêtrière pour des crises d'excitation. Une tante du côté maternel a des crises névropathiques. Elle tombe à la moindre contrariété.

Robert a été difficile à élever. Coléreux, taquin, méchant, inintimidable, il quittait ses parents à la moindre observation, faisait des niches, par exemple mordait à tous les fruits à même l'arbre. De colère il brisait les jouets dont on lui faisait cadeau. Pendant une crise de rage on le vit piétiner du chocolat qu'on lui avait offert. A sept ans, dans une pension, il gesticule, frappe, gifle ses maîtres.

A certains moments, il perdait l'appétit, signe qu'il allait avoir une crise d'excitation. La plus forte, il l'eut à onze ans. Ces crises sont atypiques. Elles n'offrent pas les caractères nets d'une cyclothymie.

Peu affectueux, peu expansif, morose, grognon, Robert était cependant un élève consciencieux, travailleur, encore que d'une intelligence moyenne.

A l'âge de quatorze ans, il est mis en apprentissage comme cuisinier. Au bout d'un mois il fume et s'enivre, veut s'en aller. Son père le sermonne pour le faire travailler. Il riposte qu'il se suicidera.

Placé dans une autre maison, il s'excite après un mois de travail. Il gesticulait, se débattait, disant qu'on le contrariait et qu'on voulait le faire passer pour une andouille.

Il vole 50 francs au sous-chef de cuisine, se bat avec ses collègues, est envoyé au commissariat.

Ses parents le prennent alors avec eux, dans une très riche famille où ils sont cuisiniers. Robert se montre excellent pâtissier, mais au bout d'un mois il fait une fugue un après-midi. Comme il est à la campagne il va dénicher des nids. Ces fugues se répètent tous les quinze jours. A ces moments, il devenait paresseux, se cachait, épiait pour se rendre compte si l'on disait du mal de lui.

Revenu à Paris, il s'enferme dans sa chambre, ne descend que la nuit pour manger. Il se cache au premier. Sa mère monte pour le chercher. Il la menace d'un revolver non chargé. Il se repent, promet de travailler.

Dix jours après, nouvelle scène de violence. Il s'affuble d'une cuirasse qui était suspendue à une panoplie, met une baïonnette au bout d'un fusil et fonçant sur son père, en proie à la plus grande fureur, déclare qu'il tuera tous les membres de sa famille, qu'on ne l'aura pas vivant, qu'il se tuera aussi. Il ira dans le pays où se trouve son frère, et le fera disparaître. Il jette ses souliers à la tête de ses parents, leur dit qu'il les déshonorera. Il boit une petite quantité d'éther pour faire croire à un empoisonnement. Enfermé dans sa chambre il passe sous la porte un papier sur lequel il a écrit qu'il veut partir, qu'on lui donne ses affaires, qu'il ne reverra jamais ses parents. Il dérange les piles électriques de façon à faire alternativement la lumière et l'obscurité. Il déclare qu'il électrisera tout le monde.

Il a volé 700 francs à son père qu'il aurait dépensés avec une femme.

Interné à l'Asile clinique, il paraît indifférent, hostile, mais raconte cependant avec pondération tout ce qui lui est arrivé. Pour le vol, il raconte que son père lui gardait sa paye et que c'est pourquoi il a pris de l'argent.

Il se sent poussé à agir par une sorte de force étrangère. Il entend des voix dans le cerveau, voix qui lui disent de quitter son travail, de partir et d'aller au cinéma. Il a toutefois conscience d'un état morbide. Il se sent changé. Il a de la céphalée, du mal aux reins.

Les réponses sont correctes. Dans le service le malade a une conduite parfaite. Il s'amadoue, s'adoucit, nous parle plus volontiers, travaille au jardinage, demande à sortir, convient qu'il ferait mieux de travailler en dehors de sa famille, se montre docile et serviable et fait preuve d'une affectivité logique réfléchie. M. Heuyer, qui a examiné Robert, a pensé à un début de schizophrénie en raison de l'indifférence affective, des troubles du caractère, de l'impulsivité, des violences, des fugues, des vols.

Cependant, par intervalles, Robert nous confiait ses ennuis, nous expliquait son cas. Il se rendait compte du changement survenu en lui. Il nous disait que tout ce qu'il avait fait c'était pour une femme, une demi-mondaine avec laquelle il avait des rapports et qui lui réclamait de l'argent. Ses vols, ses fugues, son irritation contre une famille qui était défavorable à cette union, s'explique par ces raisons affectives, orientées d'une manière rigide, illogique chez cet individu et se développant selon un mode de pensée autiste qui a pu faire penser à un début de schizophrénie simple, à une schizomanie.

Peut-être importe-t-il de ne porter ce diagnostic que pour témoigner qu'il n'a rien à faire avec celui de démence précoce type Morel, type Kraepelin, et qu'il est bien différent de celui de schizophrénie confirmée où la dissociation intellectuelle est réalisée et rend difficile tout commerce avec le malade. Ici la schizomanie est vraiment une psychose affective permettant toute latitude à la psychothérapie et rendant le pronostic favorable. Nous sommes plutôt à la limite de la schizomanie que dans une affection confirmée. Dans ce cas la constitution est tout et le complexe n'a fait qu'en aggraver les effets.

Les troubles congénitaux de l'humeur et du caractère faits d'irritabilité, de brutalité, de mensonge, d'indiscipline, d'une certaine indifférence morale ont reçu une exacerbation se traduisant par du dégoût, de la désobéissance, des bouderies, de l'hostilité coléreuse, des violences et des tentatives de meurtre contre ses parents. Sans doute ce comportement nouveau eût pu se fixer définitivement et déterminer un trouble durable de la personnalité tout entière si nous n'étions pas intervenus rapidement. Il y avait ébauche de pensée autiste avec affectivité intériorisée. La séparation du milieu familial a permis à la psychothérapie de descendre à la racine des symptômes. Le malade s'est amélioré. Il a repris une affectivité à peu près normale pour ses parents. Nous l'avons placé dans une école d'agriculture, en dehors de sa famille. On n'a eu qu'à se louer de lui.

Par contre nous avons observé un autre malade chez lequel il eût été dangereux au point de vue pronostic et traitement de parler de constitution perverse ou paranoïaque malgré les apparences et de démence précoce. Quelque stigmate de dégénérescence, quelques traits psychologiques d'insoumission, de méfiance marquent sans doute une prédisposition morbide. Mais cette dernière nous semble réduite au minimum par rapport aux faits de constitution acquise. De même l'hypothèse d'une démence précoce telle qu'on eût pu l'envisager chez un sujet jugé dégénéré doit céder le pas à celle d'une schizomanie à l'état d'ébauche, à celle d'une psychose proprement affective.

Lucien-Guy B..., âgé de quinze ans et demi, eut dans l'enfance un caractère doux, mais renfermé. Il était obéissant, apprenait facilement à l'école et passa le certificat d'études à onze ans.

Il n'entre pas en apprentissage parce que sa mère ne s'occupe pas de lui. Il est pendant un an groom dans une banque, pendant un an et demi travaille chez un industriel qui lui donne 12 francs par jour. Pour une question de salaire il entre dans une usine de constructions métalliques où il gagne 15 fr. Désirant gagner davantage encore il obtient du travail dans

une métallurgie. Mais il s'y déplaît et au bout d'une demi-journée quitte son travail.

Cette instabilité coïncide avec un changement de caractère. Il devient moins doux, moins obéissant, méchant avec sa famille, bousculant sa grand'mère quand elle voulait le faire lever, lui jouant des tours, cachant ses clefs, couchant nu sur son lit, refusant les aliments par intervalles. Il monte sur les arbres vêtu d'un caleçon de bain, couche une nuit dehors dans la neige craignant que sa mère qui était venue voir sa grand'-mère ne l'emmène avec elle.

Placé au Patronage Rollet, il refuse de se lever, se révolte contre tout, refuse de répondre correctement, se montre insolent, ironique : « Mais je suis fou, je ne peux pas répondre. Consultez le procès-verbal » ricane-t-il. Enfin il fait la grève de la faim.

On l'interne à l'Asile clinique. Il a l'air inaffectif, indifférent. Quand on l'interroge sur les sentiments familiaux, il demande qu'on lui dicte la réponse qu'il doit fournir, puisqu'il est fou. Les propos sont brefs, cassants : « Oui Monsieur, non Monsieur, certainement Monsieur. » Une ironie morbide les marque profondément. Il est très difficile d'obtenir des renseignements. Le malade est irritable, récalcitrant, distant, méprisant. « Je ne sais pas » répond-il parfois à tout ce qu'on lui demande. A d'autres moments : « Je me fous de tout. »

Par intervalles, des grimaces, des moues légères, des sourires à peine esquissés.

Il conserve les attitudes, a de l'acrocyanose, des troubles vaso-moteurs très accentués, de l'hyperhydrose palmaire. Il existe un hypospadias balanique. La voûte palatine est ogivale.

En présence de ces stigmates dégénératifs et du fonds mental fait d'instabilité, d'hostilité, de taquineries, d'irritabilité, le tout aggravé d'une indifférence progressive avec opposition, refus d'aliments, etc., peut-être pouvions-nous penser que nous avions affaire à un pervers constitutionnel chez lequel il fallait craindre un début de démence précoce. Or l'examen plus prolongé du malade et les renseignements que nous avons recueillis nous ont incités à douter chez Lucien B... d'une constitution perverse et si une évolution schizophrénique peut être envisagée faut-il avant de porter ce diagnostic essayer de le distinguer de réactions morbides plus ou moins volontaires, secondaires à un choc affectif.

Sans doute, Lucien B..., nous l'avons dit, a toujours été sournois, renfermé, bien que doux et obéissant. Mais il est très difficile d'affirmer qu'il s'agit là de tendances constitutionnelles. En effet, d'après les renseignements fort sérieux que nous avait fournis la sœur même de la mère de Lucien-Guy, cette femme ne s'est jamais occupée de son fils. Elle ne l'a jamais aimé et c'est sa grand'mère qui l'a élevé. La mère, d'un caractère bizarre, a quitté il y a trois ans le domicile conjugal en emmenant avec elle ses deux enfants plus jeunes et laissant Lucien-Guy, né d'un premier lit, à son beau-père.

Or Lucien-Guy ignorait tout de sa naissance. Un soir, en septembre 1924, son beau-père qui aimait bien cet enfant, mais qui, buveur et d'opinions politiques très avancées, l'emmenait dans des réunions fort orageuses, lui reprocha au cours d'une scène d'ivresse les 7 francs que Lucien-Guy lui coûtait par jour et finit par lui jeter à la face qu'il n'était pas son père.

L'enfant refuse de continuer à vivre avec son beau-père et va se réfugier chez sa tante maternelle pour aller habiter par la suite chez sa grand'mère où, comme nous l'avons rapporté, il est devenu méchant, paresseux et instable.

Du reste, à l'Asile, derrière son attitude défensive, ironique, ses sourires intentionnels de tromper l'entourage, nous avons de suite deviné l'affectation, l'outrance de son allure et le mobile affectif l'y poussant. « Pourquoi m'interrogez-vous puisque je suis un jeune fou, nous dit-il. Prenez les témoins. Vous ne voyez pas que j'ai des sourires immotivés. Un vrai dément précoce. » Il répond à côté, fait le raisonneur, argumente, prend un point du discours et n'en démord pas, tire toutes les déductions d'une phrase anodine, biaise avec celles qui sont d'importance.

Une fois, il nous a dit que s'il était ainsi, c'est qu'il s'était passé des événements graves, qu'il avait pris l'habitude d'être ainsi depuis plus de deux ans (ce qui correspondait avec la date de la révélation). Puis craignant de s'être trop livré, il ajouta : « Je dis des bêtises, ne faites pas attention. »

Il déclare qu'il a un secret, que cela ne regarde personne, qu'il ne dira rien. Son entêtement résiste à tout. Il avoue toutefois qu'il est devenu méfiant à la suite du fameux événement grave dont il ne veut pas parler et dont il n'affirme pas qu'il s'agisse de celui-là quand on lui montre qu'on est au courant : On peut le garder à l'Asile si on juge qu'il est fou. Il acceptera le sort qu'on voudra lui faire. Il est inaccessible aux menaces, aux bontés jusqu'à ce que, par intervalles, une décharge affective involontaire vienne donner la preuve que l'affectivité veille sous une carapace. A ces moments, il avoue qu'il désirerait sortir, travailler, mais à aucun prix il ne veut revenir auprès de sa mère ni de sa grand'mère. Il consentira à vivre avec son père.

Pour affirmer ses sentiments il veut changer de religion. Sa mère est catholique. Il a écrit à un pasteur qu'il désire embrasser le protestantisme. Le rejet familial est complet.

Par une logique tout affective, et qui du reste dans une certaine mesure se laisse concevoir par le raisonnement, Lucien-Guy en veut à sa vraie mère qui par la légèreté de sa conduite a commis la faute de sa naissance illégitime et ne tient pas rigueur à son beau-père. Les liens du sang servent à la haine au lieu de la détourner sur la tête de celui qui n'est pas son vrai père.

Pratiquement la situation est des plus délicates. La mère ne comprend rien à la maladie de son fils. Elle n'admet pas le caractère morbide des troubles de son humeur. Cet enfant est foncièrement méchant, ne reconnaît pas les bontés qu'on a eues pour lui et doit rester enfermé. S'il quitte l'asile, elle fera tout pour l'y ramener. De plus elle déteste son mari qui s'est créé un ménage irrégulier. Elle ne veut pas que son fils aille habiter avec un père indigne dont l'exemple serait déplorable pour lui. Le père lui-même est un alcoolique. A la rigueur il s'occuperait bien de son fils, mais il prend sans entrain cette détermination.

On voit l'intérêt qui s'attache à un tel cas :

D'abord au sujet des tares constitutionnelles. On le dit sournois, renfermé, mais par ailleurs doux et obéissant. Or sa mère a mené une existence des plus troublées, elle est foncièrement méchante, nous nous en sommes assurés, elle n'a que des paroles de haine à l'égard de son fils. De plus, elle ne s'est jamais occupée de lui. C'est sa grand'mère qui l'a élevé. La mère de Lucien-Guy lui préfère deux enfants nés d'un second lit, ce qui ne l'a pas empêchée d'abandonner son mari en emmenant ses deux derniers enfants et en laissant Lucien-Guy à son beau-père. Voilà des événements capables de modifier l'humeur d'nn enfant, de le rendre méfiant, soupçonneux et de lui faire prendre l'habitude de se replier sur lui-même. C'est alors qu'il est permis de parler de constitution acquise, pour les manifestations perverses et paranoïaques de cet enfant.

Vient la révélation sur sa naissance en 1924. Depuis lors changement à vue : Ce qui n'était que tendances se réalise, méchanceté, brutalité, sournoiserie, indifférence affective, bouderies, moqueries, négativismes, opposition, grève de la faim, dédain, mépris, défi, mutisme, susceptibilité, méfiance, nous voyons tout apparaître. A un examen superficiel, c'est le tableau du paranoïaque que l'inaffectivité hostile et butée désigne à la démence précoce, chez cet enfant marqué de quelques stigmates d'insuffisance organique.

Mais les rires sont motivés, marqués au coin de l'ironie : « Ah ! je suis fou ! Examinez-moi donc. Prenez vos témoins. » Mais son mutisme abrite « un secret qu'il ne dira à personne ». Ses réponses à côté, ses plaisanteries sont un moyen de dérouter. Son négativisme, une façon de réagir par l'hostilité. C'est un rageur, un furieux qui prend une attitude dégagée, indifférente. Mais des crises de larmes le surprennent : il avoue sa souffrance. L'affectivité est intacte en intensité si sa qualité est déviée. Il boude. Il fait, comme on dit, le « loustic ». Il raisonne, argumente, chicane. Il se dérobe sous l'ironie. Loin d'être prise en defaut, l'intelligence est merveilleusement aiguisée. Nulle dissociation. Une logique implacable telle qu'on en voit chez les paranoïaques.

Il faut connaître de tels états, les retirer délibérément des cadres psychiâtriques stériles en leur fatalité et les mettre à leur vraie place, parmi les psychoses affectives. Lucien-Guy n'est pas un dément précoce. Les éléments paranoïaques qui le distinguent sont acquis, motivés par un choc affectif. Certaines tendances constitutionnelles le désignaient sans doute à faire des troubles mentaux pour une cause qui n'eût pas impressionné un individu normal au point de vue héréditaire, mais

ni la forme ni la couleur de la maladie actuelle n'existaient à l'état latent dans ces tendances. Ce sont pures créations.

Est-ce à dire que ce cas n'offre aucune inquiétude? Bien que nous ayons mis à nu les marques d'une affectivité active, bien que le malade témoigne du désir de travailler, que l'amélioration par suite de notre psychothérapie soit manifeste, le choc affectif a déterminé une orientation spéciale de l'affectivité telle que toute la conduite s'en est ressentie et que Lucien-Guy donne l'impression d'un révolté, paranoïaque frisant la démence précoce. Affectivité bloquée, fixée d'une manière morbide entraînant une bouderie, une rancune liées elles-mêmes à cette affectivité troublée et par conséquent incapable d'obéir aux données du raisonnement et de la logique rationnelle. Il s'agit là d'une pensée autiste entraînant un contact défectueux avec la réalité. Et si l'on peut parler de mécanisme schizophrénique il ne saurait pas être autrement question ici que de schizophrénie fruste, de schizophrénie simple, encore que ces termes nous paraissent sévères et nous préférons parler d'ébauche de schizomanie.

Ce terme, en nous faisant concevoir une attitude affective morbide détachée de ses fins normales, nous permet de rester dans un domaine actif au point de vue thérapeutique. Nous avons essayé d'enrayer ces tendances, nous en avons brisé le cours, nous avons tâché de remonter aux causes; déjà l'équilibre affectif est bien près de revenir chez Lucien-Guy, et cependant nous avons vu que le milieu familial ne nous favorisait pas.

Nous pensons que ces faits montreront aux médecins l'importance d'une discrimination clinique et psychologique minutieuse pour l'avenir des malades. La « constitution congénitale » est un fait indéniable. Dans certains cas elle est tout, elle suffit à expliquer l'ensemble des troubles morbides. Mais parfois, la simulant, existe une constitution acquise née d'habitudes fonctionnelles défectueuses et susceptible d'être améliorée. Il en va de même des psychoses suivant qu'elles se développent sur un terrain prédisposé ou ne sont que l'exagération de tendances morbides acquises. Bien des cas diagnostiqués et pourrait-on dire pronostiqués: Démence précoce tant l'évolution de cette affection est sombre, ne sont que des schizomanies d'origine affective et si elles sont prises à temps, curables par la psychothérapie ou la psychanalyse. La notion de constitution acquise et de schizomanie loin d'obéir à un optimisme naïf épouse les faits sans négliger ce qu'elle doit à la notion de constitutions congénitales et permet de tenter la thérapeutique de la personnalité morbide tout entière.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1926)

Remarques physiologiques sur la cellule alvéolaire et sur la cellule à poussières. — M. Léon BINET. Le poumon est un organe dont la complexité anatomique doit retenir l'attention; il importe d'envisager dans sa constitution : *a.* un organe lymphoïde capable de réagir intensément aux infections et aux irritations venues, ou de l'extérieur par voie aérienne, ou de l'intérieur par voie sanguine; *b.* un élément endothélio-vasculaire constituant la paroi des vaisseaux et dont les cellules sont capables de sécréter, de phagocyter et peut-être de se mobiliser; *c.* la cellule alvéolaire nucléée qui peut phagocyter, sécréter et se détacher pour devenir cellule à poussières. Les cultures de tissu pulmonaire in vitro montrent que la cellule alvéolaire nucléée est bien génératrice d'éléments migrateurs chargés de grosses gouttelettes de graisse, ayant un pouvoir phagocytaire (sur des éléments inertes et sur des éléments vivants) et un pouvoir sécréteur (donnant naissant en particulier à un ferment protéolytique).

Rareté de l'adénopathie médiastinale chez les tuberculeux adultes. — M. AMEUILLE et Mlle MALDANT. Elle n'est pas liée à la métaplasie graisseuse sénile car les ganglions médiastinaux sont les seuls à en être complètement à l'abri. De même elle n'est pas due à la destruction par tuberculose antérieure puisqu'ils réagissent à des infections aiguës. Ils deviennent en particulier énormes dans la pneumonie des vieillards.

Pneumonie du sommet droit avec hémoglobinurie chez un garçon de trois ans. — M. J. COMBY. Appelé à voir un enfant qui est atteint d'hémoglobinurie. Les urines, couleur vin de Bordeaux, ont montré beaucoup d'hémoglobine avec quelques hématies polynucléaires et cylindres hyalins. Depuis quatre jours la température dépasse 40 degrés. Pensant à la pneumonie, nous la découvrons au sommet droit : matité, souffle dans les fosses sus et sous-épineuses. Traitement par le régime lacté, les bains et lavements frais, les suppositoires avec quinine et pyramidon. Rapidement, les urines deviennent abondantes et claires, la défervescence se fait en deux échelons aux septième et huitième jours. Entre temps, le docteur Verlhac a fait trois injections sous-cutanées de 50 centimètres cubes d'oxygène naissant (salvoxyl). Il attribue à ce médicament la guérison chez cet enfant.

L'immunisation active du nourrisson contre la diphtérie. — MM. RIBADEAU-DUMAS et CHABRUN ont recherché à augmenter le pouvoir antitoxique du nourrisson par des injections de lait-antitoxine, propidon-antitoxine. Ils font remarquer à ce sujet que les maladies facilitent l'immunisation contre une maladie spécifique; il y aurait des immunités associées, des co-immunités qui interviennent dans la constitution d'une immunité spécifique.

Deux cas de méningococcémie prolongée à forme pseudo-palustre. Guérison après abcès de fixation. — MM. Ed. LESNÉ, R. MARQUÉZY et A. LAMBLING. La première observation apportée par les auteurs concerne un enfant de cinq ans qui présenta durant près de six semaines une température oscillante d'abord à type pseudo-palustre, puis septicémique, associée à des poussées éruptives maculo-papuleuses et à des arthralgies. L'hémoculture permit d'identifier à plusieurs reprises un méningocoque B. Devant l'échec d'un traitement intensif par auto-vaccin, il fut institué un abcès de fixation qui réalisa l'apyrexie en quelques jours. Le deuxième malade, âgé de deux ans, fut admis dans le service avec un syndrome identique remontant à trois semaines (hémoculture positive) mais compliqué d'une atteinte méningée surtout cytologique et bactériologique (méningo B). Comme l'enfant avait reçu en ville un mois auparavant une injection intrarachidienne de sérum, les auteurs rejetèrent la sérothérapie dans la crainte d'accidents anaphylactiques. Ils eurent également recours à un abcès térébenthiné qui maîtrisa les manifestations septicémiques et méningées en quelques jours. En conclusion, les auteurs rappellent la résistance remarquable des septicémies à méningocoques B vis-à-vis de la vaccinothérapie. Ils estiment que l'abcès de fixation constitue une des meilleures thérapeutiques de cette infection et conseillent de la pratiquer vers la troisième semaine pour obtenir le maximum de résultats et prévenir la méningite qui apparaît le plus souvent vers la sixième ou huitième semaine.

Rôle de la chaleur dans l'atténuation des effets chimiques produits par les rayons ultraviolets et mécanisme de cette action. — M. GUILLAUME.

Note sur quelques cas d'anergie consécutifs au traitement des chancres mous par le vaccin de Nicolle. — MM. Léon TIXIER et P.-R. BIZE ont observé à la suite de cette vaccinothérapie :

1° Quatre cas d'herpès, la poussée éruptive survenant en général le lendemain de la troisième injection;

2° Un cas de réveil de paludisme;

3° Un cas de syphilis secondaire grave avec angine de Vincent et syphilides psoriasiformes précoces;

4° De nombreux cas d'asthénie avec état subfébrile prolongé, importants à connaître en matière de tuberculose.

Ces cas semblent pouvoir être rapportés à un véritable état

d'anergie créé par la vaccinothérapie antichancrelleuse, aussi est-il indiqué, avant de la pratiquer, de faire un examen systématique du sujet afin de dépister des tares préexistantes qui pourraient subir un coup de fouet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1926)

Contribution à l'étude de la partie insaponifiable de l'huile de foie de morue. — MM. H. DORLENCOURT, J. DEBRAY et Mlle SPANIEN. On admet que la portion insaponifiable de l'huile de foie de morue contient la substance qui confère à ce corps ses propriétés antirachitiques. Cependant les auteurs ont constaté que l'insaponifiable préparé par leurs soins, ou celui qu'on trouve spécialisé dans le commerce, n'avait pu prévenir ni guérir le rachitisme expérimental provoqué chez le rat blanc par un régime carencé en phosphore. Dans tous les cas, les lésions macroscopiques et histologiques étaient manifestes.

Double chronaxie nerveuse dans le nerf radial de l'homme, correspondant à la double chronaxie du double point moteur des extenseurs et du court supinateur. — M. Georges BOURGUIGNON montre que, le long du radial, on peut isoler, sur le vivant, par l'excitation électrique, deux faisceaux de fibres nerveuses correspondant aux deux points moteurs des extenseurs et du court supinateur.

Dans le quadrilatère de Velpeau, où on peut exciter le nerf sur ses deux faces on trouve à la face externe, la même chronaxie que sur les points moteurs supérieurs, et à la face interne, la chronaxie des points moteurs inférieurs. Au bras, où le nerf n'est abordable que sur une de ses faces, on ne trouve que la grande chronaxie.

A la sortie du long supinateur, on ne trouve aussi qu'une chronaxie, mais c'est celle des points moteurs inférieurs : le nerf a donc dû subir une torsion sur son axe, qui amène à la face superficielle les fibres qui sont à la face profonde au bras.

Lois de sommation et chronaxie propre de la rate. — M. et Mme CHAUCHARD étudient les lois de sommation de l'appareil itératif nerf splénique-rate. Ils mesurent la chronaxie propre de la rate qui est égale à 1,5 seconde, soit 500 fois plus grande que celle du nerf splénique. Cette différence dans les constantes de temps est en accord avec la théorie qui explique le mécanisme de l'excitation des appareils itératifs par un hétérochronisme entre le nerf et l'organe innervé.

Autres communications :

Dents branchiales des téléostéens. — M. RETTERER.

Un nouveau procédé de culture des tissus. — M. BORREL.

— Société de biologie de Marseille (séance du 29 juin 1926) :

Dosage colorimétrique de l'acide urique en milieu faiblement alcalin. — M. André BOIVIN. En utilisant un milieu faiblement alcalin pour produire la réaction de Folin, on évite le précipité blanc qui se forme bientôt dans les techniques de Grigaut et de Weil et Guillaumin, précipité très gênant pour les dosages en série. La loi de Berr ne joue plus rigoureusement, mais on s'en éloigne cependant beaucoup moins que certains auteurs l'ont prétendu. Une courbe d'étalonnage permet de faire la correction nécessaire.

Sur les réactions histochimiques des granulations éosinophiles de l'homme. — M. Marc ROMIEU poursuivant ses recherches histochimiques sur les granulations éosinophiles de l'homme, après avoir montré la présence du phosphore dans ces granulations par la méthode de Macallum, démontre l'existence d'un constituant protéique au moyen de la réaction xanthoprotéique, des réactions de Millon, de Ruhemann-Abderhalden et d'une réaction personnelle à l'acide orthophosphorique.

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1926)

Les phénols urinaires chez le nourrisson. — MM. Robert DEBRÉ, R. GOIFFON et ROCHEFRETTE. Les phénols urinaires sont chez l'adulte un bon test des putréfactions intestinales. Chez les nourrissons sans troubles digestifs, nourris aussi bien au sein qu'au lait de vache, leur taux par litre est assez fixe (0g08).

En cas de troubles digestifs, ce taux augmente : 0,30 p. 1000 en cas de choléra infantile, 0,16 dans les troubles digestifs sévères; le taux est normal dans les cas légers. Il est également augmenté dans les troubles digestifs secondaires à une infection.

Comme chez l'adulte, l'accroissement des phénols urinaires semble témoigner de putréfactions intestinales chez le petit enfant.

Les anticorps dans les teignes expérimentales. — MM. BROCQ-ROUSSEU, Ach. URBAIN et J. BAROTTE montrent que dans le sérum des cobayes atteints de trichophytie il existe, parfois à un taux très élevé, des anticorps décelables par la réaction de fixation.

Cette réaction est spécifique dans 85 p. 100 des cas.

L'injection de trichophytine augmente d'une façon sensible le taux de leurs sensibilisatrices.

Action empêchante des radiations ultraviolettes sur la vaccine expérimentale du lapin. — MM. P. CARNOT, L. CAMUS et Henri BÉNARD étudient l'action des radiations ultraviolettes sur la vaccine expérimentale du lapin.

L'irradiation des téguments inoculés empêche l'éruption d'apparaître tandis que celle-ci se produit avec ses caractères normaux dans les zones inoculées et protégées contre les rayons.

L'action empêchante des radiations ultraviolettes n'est pas due uniquement à une destruction du virus vaccinal comparable à celle que ces mêmes radiations sont susceptibles d'exercer in vitro.

Si l'on irradie, en effet, des lapins et qu'on leur inocule secondairement la vaccine, on constate que le vaccin déposé dans les zones irradiées ne produit aucune éruption, tandis que celui déposé dans les zones protégées provoque une éruption régulière.

L'irradiation préalable amène donc un état d'immunité locale dont les auteurs se proposent de préciser les caractères et la portée.

Milieu destiné à la production et à l'étude des toxines streptococciques. — Pour éviter la fréquence des pseudo-réactions dans l'étude du phénomène de Dick, M. LAMY propose l'emploi d'un milieu où il remplace l'extrait Liebig par une macération de placenta. Il donne la technique exacte de ce milieu qui donne une toxine active et utilisable à une haute dilution.

Résorption et élimination du tellure dans l'organisme. — M. C. LEVADITI et Mme O. DIMANCESCO-NICOLAU montrent que le tellure, comme le bismuth, administré par voie intramusculaire, subit in situ une dissolution progressive de par la formation de dérivés protéo-métalliques dans lesquels l'élément Te se trouve dissimulé. Il est absorbé sous cette forme par les cellules du système réticulo-endothélial dont le cytoplasma et son appareil mitochondrial lui font subir une réduction partielle intracellulaire. D'autres éléments, appartenant au même système, phagocytent directement le tellure injecté et le transforment. C'est sous cette forme dissimulée que le tellure circule dans l'organisme et arrive au contact des organes lymphoïdes, qui le fixent en le réduisant, et des tréponèmes qui en subissent l'influence parasiticide. Le filtre rénal sécrète le tellure comme il sécrète les urates chez les oiseaux; seuls les épithéliums des tubes contournés et de l'anse ascendante de Henle se chargent de cette sécrétion. L'appareil mitochondrial de ces épithéliums paraît jouer un rôle prépondérant dans ce processus d'élimination métallique, lequel ne semble pas modifier sensiblement le fonctionnement du rein. Quoi qu'il en soit, l'étude du tellure permet de saisir de visu le mode de résorption et d'élimination, sans qu'il soit besoin de recourir à des réactions histo-chimiques comme

pour le bismuth, ou à des propriétés radio-actives (polonium). Elle concorde, d'ailleurs, avec les constatations de Lacassagne, Lattès et Lavedan, concernant la localisation du polonium au niveau de l'écorce rénale, tout en permettant de mieux approfondir le mécanisme de l'élimination métallique.

Vomissements incoercibles de la grossesse. Recherches expérimentales au moyen d'extraits placentaires glycérinés. Phénomène de choc. — MM. Lévy-Solal, Jean Dalsace et Cohen-Solal, étudiant l'action de l'extrait placentaire de vomisseuse sur le cobaye, ont obtenu des chocs dans 85 p. 100 des cas en utilisant un mélange à parties égales d'extrait placentaire et de sérum sanguin.

Les auteurs aboutissent aux conclusions suivantes :

1° Il semble qu'il existe dans le placenta des femmes atteintes de vomissements incoercibles un antigène qui, réactivé par le sérum humain frais, détermine chez le cobaye des phénomènes de choc caractérisés surtout par un espace libre très court et des phénomènes convulsifs;

2° Cet antigène n'existe pas dans le placenta normal;

3° Cet antigène disparaît dans les extraits vieillis;

4° Les femelles pleines présentent une certaine résistance au choc;

5° Une primo-injection ne désensibilise pas les animaux;

6° Enfin, les cuti-réactions chez les vomisseuses après leur avortement montrent qu'elles restent également sensibilisées.

Le liquide céphalo-rachidien dans la cysticercose cérébrale. — MM. Georges Guillain, N. Péron et A. Thévenard ont constaté dans deux cas de cysticercose cérébrale des modifications du liquide céphalo-rachidien qui méritent d'être connues car elles pourront être utiles pour le diagnostic de cette infection relativement rare qui peut simuler, soit une tumeur cérébrale, soit une tuberculose cérébro-méningée, soit une syphilis du névraxe.

Les modifications du liquide céphalo-rachidien se caractérisent ainsi : hyperalbuminose; réaction de Pandy positive; hypercytose lymphocytaire très accentuée (76,78 cellules dans un cas, 160,312 cellules dans l'autre); réaction de Wassermann négative; réaction du benjoin colloïdal positive dans les dix à douze premiers tubes. Dans un des cas la coloration des lames montra la présence de quelques polynucléaires éosinophiles.

Ce syndrome humoral ne s'observe pas dans la syphilis évolutive du névraxe si la réaction de Wassermann est négative. Dans les tumeurs cérébrales la dissociation albuminocytologique est le plus souvent la règle; les fortes hypercytoses sont exceptionnelles et ne s'observent que dans la forme méningée des tumeurs cérébrales où le liquide céphalo-rachidien est alors souvent xanthochromique et peut contenir des cellules néoplasiques. Les abcès cérébraux peuvent déterminer une réaction méningée assez semblable, mais dans les réactions méningées accentuées des abcès cérébraux on note le plus souvent une formule cytologique à polynucléaires. La méningite tuberculeuse sera éliminée avec certitude par l'absence du bacille de Koch qui, dans cette infection, a pu être trouvé dans 100 p. 100 des cas.

Présence de la sécrétion hypophysaire dans le liquide céphalo-rachidien ventriculaire et dans les liquides de ponction haute. — MM. Mestrezat et van Caulaert ont repris cette question discutée par l'enregistrement simple et sensible de la contraction des cornes utérines de cobayes vierges et impubères. Les résultats concordants semblent résoudre définitivement le problème. 1° La sécrétion hypophysaire est déversée dans le troisième ventricule; 3° On retrouve encore nettement de l'hypophysine dans les espaces sous-arachnoïdiens péri-bulbaires (ponction occipitale); 3° L'hypophysine a complètement disparu au niveau du cul-de-sac lombaire; 4° Les apparences sont en faveur d'une résorption par les voies veineuses et lymphatiques de la moelle suivant la loi de perméabilité des méninges de dedans en dehors pour toute substance étrangère au liquide céphalo-rachidien ou n'existant pas dans le sang; 5° L'hypophyse serait une glande à sécrétion interne d'un type particulier par le fait qu'elle déverse sa sécrétion dans le liquide céphalo-rachidien avant que celle-ci parvienne au sang. Cette exception n'est en réalité apparente que si le liquide sous-arachnoïdien est assimilé au liquide péricapillaire (liquide lacunaire), assimilation que fera prochainement l'un des auteurs; 6° La pollution du liquide ventriculaire et des liquides des ponctions hautes ne modifie en rien la notion de la nature de dialysat équilibré du liquide sous-arachnoïdien proprement dit; 7° La recherche de l'hypophysine dans les liquides de ponction haute constitue un test précieux qui va permettre de juger le fonctionnement normal de l'hypophyse et les modifications physio-pathologiques de cette sécrétion.

M. Roussy rappelle qu'un auteur nancéen, M. Rémy Collin, avait déjà montré la présence de la substance colloïde de l'hypophyse dans la région du tuber; M. Achard, que Renault (de Lyon) avait admis la résorption par les lymphatiques de la colloïde d'origine thyroïdienne et tenté d'expliquer ainsi la maladie de Basedow.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 2 juillet 1926)

Iléus biliaire. — M. Leuret présente deux volumineux calculs biliaires extraits du jéjunum, chez une malade en période d'occlusion. On avait extériorisé l'anse et extrait le premier calcul. Au cinquième jour, la malade fit une nouvelle crise d'occlusion qui se termina par la mort, bien qu'on eût extrait un second calcul par l'orifice d'incision par lequel on avait enlevé le premier calcul.

Fracture de la voûte du crâne irradiée à la base. Trépanation large. Guérison. — M. Brodier rapporte une observation de M. J. Coudray (de Nogent-le-Rotrou) concernant une fracture de la voûte avec déchirure des méninges, dilacération du cerveau et compression, fracture irradiée à la base. Le malade était dans le coma depuis trente-six heures. Le chirurgien pratiqua une incision à lambeau, incision bien supérieure à l'incision cruciale. Il fit sortir la mèche alcoolisée de drainage par la plaie traumatique; mais c'est là un cas d'espèce, car, en général, la mèche doit être dirigée à l'extérieur de la brèche osseuse. Jamais l'encéphale et les méninges ne doivent être en communication directe avec l'extérieur.

Tumeur sous-cutanée de la région parotidienne. — M. Dufourmentel rapporte une observation de M. Croisier (de Blois) d'un cas typique de tumeur mixte. Cette formation curieuse contient régulièrement du cartilage et sa masse principale est à la fois épithéliale, fibreuse ou glandulaire. On comprend ici la multiplicité des théories histogénétiques auxquelles elle a donné lieu. En réalité, il s'agit d'un branchiome résultant d'une inclusion au niveau du cartilage de Meckel. Le cas de M. Croisier est intéressant par ses modalités : évolution longue de trente-cinq ans; poids atteignant 3kg800.

Tuberculose musculaire multiple enkystée. — M. Burty présente l'observation d'un cas de polymyosite tuberculeuse à évolution rapide se terminant par méningite, et, à ce sujet, émet cette hypothèse qu'il souhaite soumettre à la discussion : Une biopsie rendue nécessaire par l'examen négatif du pus peut-elle déclancher l'incendie qui a déterminé la mort par méningite tuberculeuse?

M. Peugniez ne pense pas qu'une biopsie puisse amener une généralisation tuberculeuse.

M. Petit de la Villéon est d'avis contraire.

M. Trèves, remarquant que M. Burty a opéré en tissu sain, n'admet pas que la biopsie ait pu amener des accidents généraux. D'une façon générale, du reste, il ne faut pas exagérer les dangers de l'intervention.

M. Dufourmentel n'a jamais vu d'accidents sur 120 cas qu'il a pu opérer pendant la guerre.

M. Gasne a remarqué que si les accidents de généralisation surviennent, ils se produisent généralement au bout de trois semaines.

M. Roederer fait observer que si, autrefois, la crainte des généralisations empêchait d'opérer les lésions bacillaires, actuellement cette crainte ayant disparu on serait tenté d'exagérer en sens inverse, ce qui expliquerait nombre d'accidents.

Anomalie vertébrale prêtant confusion avec un torticolis. — M. ROEDERER présente un cas d'anomalie vertébrale qui a donné lieu à un syndrome torticolis, sans raideur, pouvant être confondu avec un torticolis musculaire. Il s'agit d'une malformation de plusieurs vertèbres en série (VIe et VIIe cervicales) avec vertèbre en coin, véritable puzzle osseux, côte surnuméraire et développement d'une apophyse transverse.

Anomalies vertébrales multiples, chez un adulte, donnant lieu à une scoliose grave. — MM. G. ROEDERER et AVRIL rapportent un cas qui, au point de vue radiologique, quoique placé plus bas, pourrait être superposé au précédent. Il s'agit d'un puzzle vertébral situé entre la Ire dorsale et la VIe, accompagné d'une considérable scoliose à courbure très brusque. Jeune soldat, au point de vue duquel se pose la question de l'aptitude au service armé. Il n'y a aucun trouble de compression, ni médullaire, ni radiculaire.

Placentome malin. Perforation spontanée de l'utérus. Inondation péritonéale. Hystérectomie. Greffe vaginale immédiate. Mort. — MM. ROULLAND et G. DURANTE rapportent l'observation d'une femme de quarante ans qui accouche à terme d'un enfant hydrocéphale mort et macéré. Deux mois après, devant des pertes de sang rouge, on fait un curettage. Les métrorragies reprennent quelques semaines après et s'accompagnent brusquement de signes d'inondation péritonéale. On pratique une hystérectomie qui montre une rupture utérine. Quelque temps après, la malade fit une récidive vaginale avec hémorragie et mort, malgré une transfusion. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un placentome. M. Roulland insiste sur la nécessité de curetter les utérus suspects, pratique qui aurait pu sauver peut-être la vie de la malade, dans le cas particulier.

M. Victor PAUCHET ne souscrit pas à cette opinion. Dans deux cas curettés post partum, il a vu le placentome évoluer quand même et les malades mourir.

Pseudarthrose consécutive à une fracture méconnue du col du fémur. — M. André TRÈVES relate l'observation d'un jeune homme atteint de tumeur blanche du genou mal soignée qui, à l'occasion d'un tétanos grave, fit, étant couché, une fracture du col du fémur qui ne fut reconnue que plus tard. Actuellement, il existe une pseudarthrose avec ascension du grand trochanter et fusion complète de la tête avec le cotyle. L'auteur a observé deux cas analogues, mais chez des sujets ayant dépassé la cinquantaine.

Rétrécissement congénital de l'urètre. — M. PEUGNIEZ présente l'observation d'un malade atteint de rétrécissement congénital de l'urètre qui n'a eu qu'à trente-huit ans des phénomènes de rétention. Guérison par uréthrotomie interne.

Appendicite pelvienne. — M. HALLER communique une observation d'appendicite pelvienne où le diagnostic ne fut établi que lors de l'intervention chirurgicale. Il s'agissait d'une jeune femme qui présentait des phénomènes péritonéaux avec une tumeur dans le cul-de-sac antérieur et une dans le cul-de-sac postérieur. Il s'agissait, en réalité, d'un abcès pelvien appendiculaire : la tumeur postérieure était l'utérus en rétroposition, et la tumeur antérieure était l'S iliaque distendu. Les lésions constatées illustrent la possibilité de certaines sigmoïdites d'origine appendiculaire et la difficulté de diagnostic clinique de certaines appendicites pelviennes.

Volvulus itératif de l'intestin grêle. — M. THÉVENARD présente l'observation et les pièces d'un malade qui fut opéru le quatrième jour d'une crise d'occlusion, accompagnée dé symptôme anormal d'hémorragies intestinales profuses. L'état de l'intestin nécessite une résection avec anastomose latéro-latérale. Cinq jours plus tard, nouveau volvulus nécessitant une nouvelle intervention : le volvulus intéresse la terminaison du grêle, et l'anastomose en est le point de départ. Toute suture intestinale étant impossible, l'auteur fait l'abouchement de la terminaison du grêle à la peau Mais le malade succombe à la suite de cette deuxième intervention.

M. Thévenard attribue la récidive au mode d'abouchement qui constitue une véritable amorce de récidive et peut-être aussi à une prédisposition particulière du malade.

Cancers du rectum. — M. Victor PAUCHET présente deux pièces de cancers du rectum enlevés par voie abdomino-périnéale. Il insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce qui permet l'extirpation chirurgicale, de moins en moins grave à mesure que la technique s'améliore. L'irradiation ne convient qu'aux cas limites ou inopérables; les premiers deviennent souvent opérables après traitement radio-actif.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1926)

Syndactylie congénitale généralisée avec clinodactylie et anomalies diverses du squelette. (*Présentation de pièces.*) — MM. BOUDET et J. REVERDY.

La double épreuve au kaolin contre la pseudo-iso-agglutination. Précautions à prendre dans son exécution. — M. P. FALGAIROLLE revient sur l'épreuve au kaolin qu'il proposait dès juillet 1925 pour éviter la pseudo-iso-agglutination, sans altérer l'iso-agglutination, dans les recherches sérologiques et en particulier dans le choix des donneurs avant la transfusion du sang (épreuve indirecte la plus simple contrôlée par l'épreuve au kaolin).

De nouvelles recherches, notamment l'étude du passage des iso-agglutinines dans les liquides organiques, ont permis à l'auteur de conférer à l'épreuve une double action :

L'épreuve 1re manière consiste à éviter la production d'une pseudo-iso-agglutination par l'adjonction de kaolin au sérum ou plasma (étalons ou non) avant de mélanger à ces derniers les hématies (ou le sang total). Elle est en quelque sorte passive, préventive.

L'épreuve 2e manière supprime au contraire cette pseudo-iso-agglutination déjà produite dans le mélange sérum + hématies par l'adjonction à ce mélange (qui doit être la plus précoce possible) de la suspension de kaolin. Proportions des éléments du mélange (sérum, hématies, kaolin) mesurées avec précision, étalement et agitation, observation un peu prolongée (une, trois, rarement cinq minutes) et surtout emploi de sérums étalons fortement iso-agglutinants dont la fourniture médicale constitue un problème si important à résoudre, telles sont les précautions suffisantes et nécessaires à la bonne exécution de cette épreuve qui permet d'éliminer sûrement et de façon pratique la pseudo-iso-agglutination.

Mastite microcystique diffuse. — M. TÉDENAT.

(SÉANCE DU 7 MAI 1926)

Epithélioma de la vessie opéré il y a quatre ans. (*Présentation du malade.*) — MM. J. COULAZOU et M. SIMONNET.

Corps étranger peu banal de l'urètre. — MM. A. BONNET et M. SIMONNET rapportent l'observation d'un malade qui, vieux rétréci et ayant subi deux ans auparavant une urétrotromie interne, rentre à l'hôpital racontant qu'une tige de poireau sauvage qu'il s'était enfoncée dans le canal de l'urètre pour se dilater s'est brisée et qu'il n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures. Rétention complète, vessie à l'ombilic, suintement urétral purulent; on sent l'extrémité antérieure du corps étranger dans l'urètre périnéal. Extraction, à l'aide de la pince spéciale, d'une tige de poireau de 21 centimètres de long sur 5 millimètres de diamètre.

M. JEANBRAU présente une tige de poireau de 16 centimètres de long et 6 millimètres de diamètre qu'il a extraite la veille même, de la vessie d'un homme de quarante ans, à l'aide d'un petit lithotriteur.

Dans un autre cas qu'il rapporte, un poireau était dans la vessie depuis longtemps; il cuisait à 37 degrés dans l'urine qui, à l'émission, avait une odeur de poireau très nette; l'extraction se fit par taille hypogastrique car le corps étranger se serait fragmenté entre les mors du lithotriteur.

Un cas d'achondroplasie. (*Présentation des radiographies.*) — MM. LEENHARDT et J. REVERDY. Garçon de quinze mois

achondroplase. Deux frères absolument normaux. Pas d'autre achondroplase dans la famille, ni chez les ascendants lointains connus. Bordet-Wassermann négatif chez la mère.

Tous les caractères extérieurs de l'achondroplase. Association de rachitisme (thorax évasé inférieurement, cyphose dorso-lombaire, marche impossible).

Psychisme paraissant normal.

Radiographie : paroi cranienne moins opaque que normalement. Contours de la selle turcique peu distincts. Déformation marquée des deux fémurs. L'extrémité inférieure des diaphyses fémorales, au niveau du cartilage de conjugaison, est irrégulière et son contour présente là une série de saillies et de retraits qui le font paraître déchiqueté. L'extrémité supérieure des deux fémurs est aussi anormale mais arrondie. Les deux cavités cotyloïdes sont très élargies. L'extrémité supérieure des tibias est irrégulière mais moins déformée. Les péronés participent à l'articulation du genou. Les humérus et les os de l'avant-bras sont déformés; les humérus élargis, les os de l'avant-bras incurvés.

D'une manière générale, raréfaction osseuse.

L'enfant meurt, au bout de quelques jours d'hospitalisation, d'une broncho-pneumonie.

Recherches expérimentales sur la dégénérescence muqueuse de la névroglie. — M. E. GRYNFELTT et Mlle A. SIMON apportent, avec pièces à l'appui (microphotographies et microprojections), les résultats de leurs recherches sur la dégénérescence muqueuse de la névroglie. Ils confirment les données expérimentales de Buscaino et obtiennent comme cet auteur des lésions qu'ils assimilent à ses « plaques de désintégration en grappe » en intoxiquant les animaux (chien, cobaye, lapin) par l'histamine et l'acide formique. L'intoxication chloroformique très prolongée détermine des lésions du même ordre. Ils peuvent aussi identifier les « foyers mucocytaires » de Grynfelt, G. Pélissier et Pages aux plaques en grappes de Buscaino sans partager l'opinion du neurologiste italien sur la constitution histologique de ces lésions. L'étude des stades précoces permet de confirmer l'opinion déjà soutenue par Grynfeltt et ses élèves sur les pièces de pathologie humaine, que ces plaques en grappes ou foyers mucocytaires sont constituées par la confluence d'un nombre plus ou moins considérable de cellules névrogliques en dégénérescence muqueuse et considérablement gonflées.

Deux cas d'anémies graves et progressives dont l'une consécutive à un syndrome hémorragipare guéri par la transfusion du sang. — MM. DUCAMP, BLOUQUIER DE CLARET et F. FALGAIROLLE. Le premier cas est celui d'une anémie pernicieuse rigoureusement cryptogénétique : jeune fille de vingt-six ans chez laquelle seul un surmenage physique intense peut être retenu. Multiples traitements essayés pendant quatre ans sans résultats appréciables. Sept transfusions du sang échelonnées sur environ six mois font monter les hématies de 900.000 à plus de 4.500.000 et l'hémoglobine de 0,60 à 0,90, et cela d'une façon durable; l'amélioration générale obtenue équivaut à une guérison.

Dans le deuxième cas, un jeune garçon de seize ans est amené à un état anémique voisin de la cachexie par le fait d'un syndrome hémorragique développé pendant la convalescence d'une typhoïde bénigne (épistaxis abondantes et prolongées). Deux transfusions de sang, l'une de 250 centimètres cubes, l'autre de 50 centimètres cubes, guérissent complètement le malade en un mois et demi après cessation immédiate des hémorragies (1.300.000 hématies et 0g50 d'hémoglobine passent à plus de 4.500.000 et 0g90). La gravité de ces deux cas et la multiplicité des traitements mis en œuvre (toniques, Fe et As, sérum, hémoglobine, etc., dans le premier cas; coagulants nombreux et surtout sérum artificiel et sérum de cheval dans le second cas) montrent bien que : 1° la transfusion du sang est une thérapeutique extrêmement efficace dans certaines anémies pernicieuses progressives cryptogénétiques et dans les syndromes hémorragiques les plus graves; 2° que la transfusion du sang paraît être supérieure à toutes les autres thérapeutiques dans ces deux affections et qu'elle en constitue ainsi le traitement de choix.

LIVRES NOUVEAUX

Les Fonctions de la vie (1), par le docteur CABANÈS.

Poursuivant la série de ses « Curiosités de la médecine », dont les deux premiers volumes ont obtenu un très vif succès de ... curiosité, le docteur Cabanès nous apporte, aujourd'hui, le résultat de ses recherches et ses aperçus originaux sur *Les Fonctions de la vie.*

Tous les appareils sont minutieusement passés en revue : appareil digestif, appareil respiratoire, appareil circulatoire, appareil urinaire, appareil nerveux. Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée de ce que renferme cette sorte de répertoire, qui n'a pas son pareil dans notre littérature médicale, tant au point de vue de la conception que de l'exécution, que de reproduire quelques titres pris entre cent.

Appareil digestif : estomac et cerveau; la ventriloquie, jadis et aujourd'hui; les déventrés dans l'art; Adam et Eve avaient-ils un nombril?

Appareil respiratoire : l'hygiène du chanteur; l'influence génitale sur la voix; les chanteurs sont-ils à l'abri de la tuberculose?

Appareil circulatoire : dictons sur le sang; sueurs sanguinolentes; les buveurs de sang; cœurs velus; comme quoi on peut avoir le cœur à droite; le cœur vu par les littérateurs; le cœur dans les proverbes; le cœur dans la magie; ce que deviennent les cœurs des rois et autres personnages notoires.

Appareil urinaire : singuliers usages de l'urine; calculeux célèbres.

Appareil nerveux : le caractère dans les maladies; émotions funestes; traumatismes bienfaisants; l'imitation nerveuse; sympathies organiques; antagonisme dans les maladies, etc.

Comme tous les livres du même auteur, celui-ci se lit sans fatigue, mais non pas sans profit. L. G.

Les Angines de poitrine et leur traitement (2) [Collection des maladies de la cinquantaine, t. VI], par le docteur Arthur LECLERCQ, lauréat de l'Académie de médecine, de la Faculté, de l'Institut.

L'auteur envisage la maladie sous ses aspects divers dont il essaie d'embrasser les contours. Il montre la nécessité, en vue d'un traitement rationnel, de classer tous les cas d'angor, de même qu'il a été fait pour l'artériosclérose, pour les maladies du cœur et de l'aorte, pour les albuminuries artérielles, sous trois groupes bien définis, faisant état de la notion étiologique, du caractère anatomique, de la personnalité clinique propres à chaque groupe. L'angine A (cardiosclérose et sclérose aortique) est une maladie à forme hypertensive, ventriculaire, propre à l'individu. L'angine B (groupe des aortites) est le résultat des infections variées, de la syphilis surtout, L'angine C (athérome cardio-aortique) est celle des intoxications ou expérimentales, ou lentes (sénilité).

M. Leclercq suit ces diverses variétés dans leur pathogénie telle qu'il la conçoit, dans leur évolution, leur diagnostic, leur pronostic, variables selon les espèces.

Pour établir un traitement rationnel de l'angor, il suffit de suivre pas à pas ces divers enseignements. Le thérapeute ne doit plus, lorsqu'il a établi son diagnostic, hésiter ou errer dans le traitement. Trois caractéristiques le dirigent en dehors des crises : dans le premier cas traitement hypotenseur, dans le deuxième cas traitement anti-infectieux, souvent spécifique, dans le troisième cas traitement de l'athérome cardio-artériel.

Quant à l'intervention chirurgicale, encore à l'étude, il faut bien avouer que la suppression de la douleur laisse subsister la maladie tout entière. Mais il existe une prophylaxie de l'angor, et l'on peut, en rapportant les règles de l'hygiène aux trois aspects décrits de la maladie, éviter celle-ci dans une large mesure. L. G.

(1) « Les Curiosités de la médecine. » — Prix : 12 fr. — Paris, Le François.

(2) Un volume de 192 pages, avec figures. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT

VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

CAUSES. SIGNES. COMPLICATIONS. DIAGNOSTIC

DÉFINITION. — Les varices des membres inférieurs constituent une affection extrêmement fréquente due à une *dilatation permanente des veines résultant d'une altération pathologique de leurs parois.*

ÉTIOLOGIE. — Elles peuvent être :

Congénitales. — C'est exceptionnel. Il s'agit alors d'une malformation.

Acquises. — C'est la règle. Elles apparaissent :

Age. — Généralement entre vingt et quarante ans.

Sexe. — Plus souvent peut-être chez l'homme que chez la femme.

Terrain. — Surtout chez des prédisposés, chez les arthritiques.

Parmi les **causes occasionnelles**, les unes sont :

1° **D'ordre pathologique**. — Telles sont :

LES MALADIES INFECTIEUSES. — Typhoïde, grippe qui peuvent prédisposer aux varices.

LES PHLÉBITES. — Les varices apparaissent alors comme séquelles.

2° **D'ordre physiologique**. — GROSSESSE qui peut agir :
Soit *par compression* dans les derniers mois.
Soit *par action trophique réflexe* dans les premiers mois et les varices peuvent spontanément disparaître après avortement.

3° **D'ordre mécanique**. — Les conditions mécaniques de la circulation en retour jouent un rôle capital au niveau des membres inférieurs. Et l'on sait toute l'importance :

DE LA STATION VERTICALE PROLONGÉE, d'où la fréquence des varices dans certaines professions (garçons de café, cuisiniers).

DES LIENS CONSTRICTEURS, tels jarretière par exemple.

CLINIQUE. — 1° **Début**. — Est :

A. **Rarement brusque** et subit par rupture d'une varice profonde restée jusque-là ignorée.

B. **Généralement lent, progressif, insidieux.**
a. La dilatation progressive des troncs superficiels constitue parfois le premier signe.
b. Plus souvent LES TROUBLES FONCTIONNELS sont les premiers en date.
Le malade se plaint de *gêne, pesanteur*, de *tension* dans les mollets, souvent de *fourmillements*, de démangeaisons insupportables.

Augmentées par :
La marche;
La station verticale prolongée;
Le froid humide.

Disparaissant complètement par le repos les jambes allongées.

Examen. — 1° Parfois il n'y a *aucune dilatation apparente.*
Mais après une marche un peu longue, une station debout prolongée et surtout le soir à la fin de la journée, l'on peut noter :
Un léger œdème périmalléolaire;
Un léger empâtement douloureux du mollet;
Quelques veinosités sous-cutanées à la face interne de la ambe ou de la cuisse.
Parfois dès cette période apparaissent des troubles trophiques :
Taches pigmentaires;
Eczéma prurigène.
Il s'agit alors de *varices occultes* et la méthode biométrique peut donner à cette période d'utiles indications.

2° Dans d'autres cas l'on note une *légère dilatation veineuse superficielle commençante* qui s'accuse particulièrement quand le sujet est debout.

Etat. — 1° SIGNES FONCTIONNELS. — Sont variables et nullement en rapport avec le degré et l'intensité des varices. *Ils peuvent manquer complètement.* Ce sont :
La douleur ou phlébalgie siégeant sur le trajet des veines variqueuses ou des nerfs cutanés. Elle peut aller :
Du simple *endolorissement;*
A la *douleur paroxystique* qui apparaît après fatigue et revêt un caractère névralgique.
L'*impotence fonctionnelle* est variable et va également de la simple gêne à l'impotence presque absolue en cas de varices très abondantes.

2° **Signes physiques**. — Sont essentiellement :

1° **La dilatation veineuse**. — Toujours nette chez un sujet debout à l'INSPECTION :

a. *Topographie.* — Les varices siègent sur une partie ou totalité du territoire veineux superficiel :
Saphène interne en dedans;
Saphène externe en dehors.
Elles sont le plus souvent bilatérales.

b. *Caractère.* — L'on note alors :
a. Soit *un gros tronc variqueux* dessinant en un relief bleuté le trajet de la veine.
b. Soit *de véritables paquets* de réseaux anastomosés sous une peau amincie et luisante.
Les veines sont toujours *flexueuses, irrégulières, bosselées*, et les affluents dilatés constituent autant de cordons branchés sur le tronc collecteur principal.

c. *Variation.* — Suivant que le sujet est :

DEBOUT. — Les dilatations veineuses sont très nettes.

COUCHÉ. — Disparaissent presque complètement.

PALPATION. — Toutes ces bosselures sont :
Molles, réductibles, bien que par place l'on puisse trouver des points calcifiés ou phlébolithes;
Légèrement chaudes;
Mobiles sous la peau et sur les plans profonds quand il n'y a pas de périphlébite.

2° **L'insuffisance valvulaire** est facilement mise en évidence par :

a. *Le gonflement rapide* des veines variqueuses dès que le malade passe de la position couchée à la position verticale.
Par l'*augmentation* ou l'*impulsion* qu'elles subissent après un effort ou si l'on fait tousser le malade.

b. *Epreuve de la chiquenaude de Schwartz.* — « Chez un sujet couché il suffit de donner une chiquenaude à la partie supérieure de la saphène interne pour voir l'ondulation communiquée au liquide se transmettre jusqu'au genou ou à la jambe. »

c. *Epreuve de Trendelenburg.* — Le malade étant couché, l'on commence par vider les veines dilatées en mettant le membre en position verticale, puis on obture la veine à son embouchure en mettant le doigt au lieu d'élection.
Le malade remis en position verticale les veines restent vides, mais elles se remplissent instantanément *de haut en bas* si on enlève le doigt, les valvules n'étant plus suffisantes pour retenir la colonne sanguine qui descend de la veine cave.

(A suivre.)

L'exploration fonctionnelle du foie et l'insuffisance hépatique, par les docteurs Noël FIESSINGER et Henry WALTER. Un volume de 388 pages avec 5 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les vertiges, par MM. LÉVI-VALENSI et HALPHEN In-8, avec 41 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, N. Maloine.

Qu'est-ce que l'homœopathie? (ce que tout médecin en doit savoir), par le docteur Gilbert CHARETTE (de Nantes). Un volume in-8. — Prix : 7 fr. 50. — Paris 1926, Editions médicales, 7, rue de Valois.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 61. — SAMEDI 31 JUILLET 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 31 JUILLET 1926. — N° 61.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve supplémentaire.* — Séance du 26 juillet. — MM. Petit-Dutaillis, 18; Monod (Raoul), 19.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Bloch (Jacques) et Monod (Raoul).

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Composition écrite.* — Séance du 28 juillet. — Anatomie. Question donnée : « Anatomie macroscopique du canal déférent (sans embryologie). »

Questions restées dans l'urne : « Anatomie de la capsule surrénale gauche. Histologie et physiologie des capsules surrénales. » — « Anatomie de l'artère linguale. »

Séance du 29 juillet. — Pathologie médicale. Question donnée : « Pneumothorax tuberculeux spontané. »

Questions restées dans l'urne : « Symphyse cardiaque. » — « Zona intercostal. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — La médaille d'or de l'internat (médecine) a été accordée à M. Delmas-Marsalet.

La médaille d'or de l'internat (chirurgie) a été accordée à M. Lescale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours des clinicats.* — Jury : MM. Marfan, président; Teissier et Nobécourt.

Sont proposés par le jury :

Pour la clinique des maladies infectieuses : MM. Joannon, titulaire ; Coste, adjoint.

Pour la clinique de la première enfance : MM. Debray (Jacques), Chevalley, Robert Broca, titulaires.

Pour la clinique médicale infantile : MM. Boulanger-Pilet, titulaire; Lebée, adjoint.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — La date d'ouverture du concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, qui était fixée au 27 juillet 1926, est reportée au 21 octobre 1926.

Le registre d'inscription reste clos à la date du 26 juin 1926.

LES MÉDICAMENTS SECRETS. — Un décret rendu sur le rapport du ministre de l'Hygiène réglemente la mise en vente des médicaments préparés à l'avance en vue de la délivrance au public. Il est ainsi libellé :

« ARTICLE PREMIER. — Les médicaments simples ou composés, préparés à l'avance en vue de la délivrance au public, ne peuvent être considérés comme remèdes secrets lorsqu'ils portent inscrits sur les flacons, boîtes, paquets et emballages qui contiennent ou enveloppent les produits, le nom et la dose de chacune des substances actives entrant dans leur composition, ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien qui prépare le médicament.

Sont qualifiées substances actives celles qui sont réputées posséder des propriétés médicamenteuses, ainsi que celles que le pharmacien préparateur déclare contribuer à l'efficacité curative ou préventive du produit.

Le nom de chaque substance active s'entend de sa dénomination scientifique usuelle, toute notation en symboles chimiques ne pouvant intervenir que comme complément de dénomination; la dose de chaque substance active s'entend, soit de son poids par unités de prise déterminée, soit de sa proportion centésimale pondérale dans la préparation. » (*J. O.*, 25 juillet 1926.)

MÉDAILLE DE LA MUTUALITÉ. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Wehlin (de Clamart).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Corgier (de Marseille), Regnier (de Metz), Lafond (de Paris), Rouillon (de Saint-Maur), Domela (de Tunis).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Gisselbrecht (d'Hérimoncourt), Bernard-Lapommeray (de Bordeaux), Caussade (de Rouen).

Mention honorable. — M. le docteur Trastour (de Cuers).

RÉUNIONS NEUROLOGIQUES INTERNATIONALES. — La VIIe Réunion neurologique internationale a décidé que les questions suivantes seront données :

Pour 1927 : I. « Le sommeil physiologique et pathologique. » Rapporteurs : MM. Lhermitte et Tournay.

II. « Les moyens d'exploration clinique du vestibule. » Rapporteurs : MM. Hautant (de Paris) et Magnus (d'Utrecht).

Pour 1928 : I. « Diagnostic topographique et traitement des tumeurs cérébrales. » Rapporteurs : MM. Clovis Vincent et de Martel.

II. « Radiologie et radiothérapie des tumeurs cérébrales. » Rapporteur : M. Béclère.

SUR QUELQUES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

DU CHLORURE ET DU CARBONATE DE COBALT

Par M. J.-M. LE GOFF.

Les récentes découvertes de MM. G. Bertrand et Mokragnatz sur la présence du cobalt dans la terre arable et chez les végétaux (1), ainsi que celles de MM. G. Bertrand et Machebœuf sur la présence du même métal dans les tissus des animaux (2) m'ont conduit à examiner quelques-unes des propriétés physiologiques et thérapeutiques de deux de ses composés, le chlorure et le carbonate.

L'étude biologique des sels de cobalt qui jouent un rôle si considérable dans certaines industries est à peine ébauchée, on dit qu'ils sont vénéneux (3); aussi avant d'expérimenter sur l'homme, j'ai tenu à vérifier sur le lapin quelle était l'action du chlorure. Ce corps se présente en cristaux rubis déliquescents, très solubles dans l'eau, dans l'albumine de l'œuf qu'il ne coagule pas, dans une solution aqueuse de gélatine, dans le lait, prévenant ainsi la formation de moisissures dans ces trois milieux.

J'ai utilisé pour mes recherches une solution de chlorure de cobalt à 0,6 p. 100 dans l'eau distillée, cette solution n'a pas de goût désagréable, elle détruit le pouvoir germinatif des graines de cresson alénois, d'orge, des spores d'aspergillus niger laissées en son contact un certain temps. Ainsi le 24 mars, j'ai semé 10 graines de cresson alénois commun à la surface de coton humecté de 10 centimètres cubes de ma solution et placé dans un petit cristallisoir; je n'ai pas vu apparaître de germination qui se produisit dès le 26 chez 10 graines de la même plante semées sur du coton humecté avec 10 centimètres cubes d'eau. Les graines d'orge et les spores d'aspergillus semées sur du coton humecté avec ma solution n'ont pas germé au bout de quinze jours.

Pendant le mois de décembre 1925, j'ai fait tous les huit jours, chez un lapin de deux ans pesant $4^{kg}220$, une injection hypodermique de 1 centimètre cube de ma solution sans noter aucun inconvénient. Le 1er janvier, j'ai injecté 4 centimètres cubes; le 10, 2 centimètres cubes; le 11, 4 centimètres cubes; le 17, 5 centimètres cubes; le 18, 4 centimètres cubes; le 24, 4 centimètres cubes; les 25 et 31, 4 centimètres cubes; le 1er février, 4 centimètres cubes; le 7, 5 centimètres cubes; le 8, 4 centimètres cubes; les 14 et 21, 5 centimètres cubes; le 28, 7 centimètres cubes ; les 2, 3 et 7 mars, 10 centimètres cubes; le 8, 5 centimètres cubes; les 16 et 21, 10 centimètres cubes; le 28, 5 centimètres cubes; les 5 et 6 avril, 6 centimètres cubes; les 11, 18, 19 et 25, 10 centimètres cubes; le 2 mai, 10 centimètres cubes; le 3, 15 centimètres cubes, soit 9 centigrammes. Le 25 mars le poids était de $3^{kg}820$.

Le 16 mars, j'ai injecté 5 centimètres cubes à une lapine pleine pesant $1^{kg}970$; le 21, le 28, 5 centimètres cubes; le 5 avril, 10 centimètres cubes; ce jour le poids était $2^{kg}205$, le lendemain elle a mis bas quatre petits bien constitués; à partir de ce jour, j'ai ajouté au son qui lui était destiné 30 centimètres cubes d'une solution à 0,6 p. 100 dans l'eau ordinaire. Le 25 avril elle pesait $2^{kg}220$ et les petits en moyenne 425 grammes.

Le 6 mai j'ai réparti les petits en trois lots : dans le premier, disposé dans une grande cage, j'ai placé le lapin A avec la mère, j'ai ajouté à leur nourriture de tous les jours de 50 à 60 grammes de son humecté avec 30 centimètres cubes de la solution de chlorure de cobalt dans l'eau ordinaire; dans le deuxième, se trouvait le lapin B qui fut placé dans une petite cage, il reçut chaque jour, en plus de sa nourriture, de 25 à 50 grammes de son humecté avec 15 centimètres cubes de la solution; le troisième comprenait les lapins C et D qui reçurent la ration ordinaire composée de fourrage sec, de trèfle frais et de 50 à 60 grammes de son humecté avec 30 centimètres cubes d'eau ordinaire. Les lapins ont mangé aussi bien le son humecté de la solution que celui humecté d'eau.

TABLEAU DES POIDS DES ANIMAUX

	8 mai.	*16 mai.*	*23 mai.*
A......	510 gr.	620 gr.	810 gr.
B......	530	620	790
C......	460	620	840
D......	440	610	740

Du 24 mai au 7 juin, j'ai donné dans les mêmes conditions une solution contenant une quantité double de chlorure, soit 12 grammes par litre, j'ai obtenu les poids suivants :

	30 mai.	*6 juin.*
A............	970 gr.	1.000 gr.
B............	800	800
C............	940	970
D............	850	920
La mère......	2.070	1.950

Il s'est produit un arrêt de développement et à partir du 7 juin je suis revenu à la dose de 6 grammes par litre et j'ai obtenu les poids suivants :

	13 juin.	*20 juin.*	*27 juin.*	*14 juillet.*
A........	1.090 gr.	1.125 gr.	1.380 gr.	1.470 gr.
B........	920	1.100	1.240	1.630
C........	960	1.100	1.250	1.465
D........	1.045	1.200	1.130	1.480
La mère..	2.120	2.200	2.450	2.400

Chez l'homme, dans un grand nombre de maladies, j'ai fait plus de 300 injections intramusculaires de 1 à 4 centimètres cubes de la solution stérilisée de chlorure de cobalt à 0,6 p. 100 dans l'eau distillée. Introduites profondément, elles ne sont pas douloureuses, elles sont absorbées rapidement et ne laissent pas d'induration. C'est dans les maladies de la nutrition et particulièrement dans le diabète sucré que j'ai obtenu les meilleurs résultats et une diminution sensible de la glycosurie. Il semble que le chlorure de cobalt agisse comme un stimulant de la nutrition.

J'ai donné le carbonate de cobalt en cachets soit seul, soit associé au charbon à la dose de 10 à 15 centigrammes par cachet avec deux prises par vingt-quatre heures au milieu des repas, ce nouveau médicament a toujours été bien supporté. Cette note n'est publiée que pour prendre date puisque mes recherches sont loin d'être terminées.

(1) *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1922, vol. CLXXV, p. 458.
(2) *Id.*, 1925, vol. CLXXX, p. 1380 et 1993.
(3) MOISSAN. *Traité de chimie minérale*, t. IV, p. 157.



VIIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

LES MOYENS D'EXPLORATION DU SYSTÈME SYMPATHIQUE ET LEUR VALEUR

Le sujet abordé cette année par la Réunion neurologique, sous la présidence de M. A. Léri, intéresse autant les médecins que les neurologistes et les psychiatres. Le rôle du sympathique tient, depuis quelques années, une place de plus en plus grande dans les préoccupations et dans les écrits des médecins. Anatomistes, physiologistes, neurologistes, cliniciens, s'efforcent de tailler, dans le domaine si touffu et si mal défriché du système végétatif, de nouvelles voies d'exploration. Mais les difficultés d'un terrain mouvant, sans cesse remanié par le caprice apparent des anomalies anatomiques, des réactivités individuelles, des influences du système nerveux cérébro-spinal, du psychisme et des facteurs humoraux, exigent un surcroît de rigueur, de précision et de prudence dans les conclusions. Malheureusement, une telle complexité est aussi une dangereuse tentative pour les amateurs de théories pathogéniques faciles. Trop souvent, l'appel au sympathique permettrait d'esquiver une explication précise, et cette intervention toute puissante couvre tous les mystères.

L'étude de cette question présente donc un double intérêt : d'une part, grouper les observations et les expérimentations scientifiques qui permettent maintenant d'esquisser l'histoire du sympathique mais qui n'ont pas encore droit de cité dans les traités classiques, — tel est l'objet du rapport de M. André Thomas; — d'autre part, débroussailler tout ce qui n'est encore que la légende du sympathique, puis essayer d'établir un plan de recherche pour appliquer des méthodes proprement scientifiques à tout l'ensemble du problème : c'est à quoi s'est attaché dans son rapport M. Söderbergh (de Gothebourg).

PREMIER RAPPORT

Les moyens d'exploration du système sympathique et leur valeur dans les affections organiques du système nerveux.

M. André Thomas (de Paris) était tout désigné, par ses beaux travaux antérieurs, pour traiter un pareil sujet. Son rapport est un véritable traité du sympathique. Toutes les données scientifiques s'y trouvent rassemblées : descriptions d'anatomie humaine ou comparée, expérimentation physiologique, documents anatomo-cliniques, dont beaucoup sont personnels au rapporteur, et dont la précision l'emporte souvent sur les plus belles expériences qu'on puisse faire chez l'animal. C'est là un travail de documentation qu'on ne saurait prétendre à analyser, mais auquel on sera toujours amené à se référer lorsqu'on aura besoin d'une précision touchant la physiologie normale ou pathologique du sympathique.

A. Le rapporteur envisage uniquement l'exploration du sympathique proprement dit, en laissant de côté celle des systèmes parasympathiques, et il procède avec une méthode rigoureuse. Il étudie successivement chacune des fonctions du sympathique. Pour chacune d'elles, il prend tout d'abord point d'appui dans les faits expérimentaux formellement établis par les physiologistes : en première ligne, Cl. Bernard, Brown-Séquard, Vulpian, et aussi les Anglais Gaskell, Langley, etc. C'est en suivant pas à pas ces données physiologiques qu'il décrit et qu'il interprète les faits cliniques qui peuvent servir, chez l'homme, à l'exploration du sympathique.

1° De toutes les fonctions du sympathique, **l'action vaso-motrice** est la plus importante, mais elle n'est pas la plus facile à explorer et à interpréter. M. Thomas insiste sur la délicatesse des observations et des épreuves cliniques à cet égard : la rougeur, et surtout l'hyperthermie, témoin souvent plus sensible de l'hyperémie provoquée par la paralysie sympathique, peuvent être rendues plus nettes par les variations de la température extérieure, les exercices et les efforts, les épreuves du refroidissement ou du réchauffement locaux ou généraux; mais elles peuvent faire place, dans certaines conditions, à des phénomènes inverses, à vrai dire passagers, dont le rapporteur montre des exemples sur ses tracés. Elles peuvent même se montrer dissociées, la pâleur s'associant à l'hyperthermie. L'augmentation de l'indice oscillométrique accompagne en général — mais non toujours — l'hyperémie; par contre, il ne semble pas démontré que la paralysie sympathique exerce une influence sur la tension artérielle. Quant aux données de la tonométrie capillaire, de la pression veineuse, de la pléthysmographie, de la capillaroscopie, ainsi qu'à la tache blanche de pression (Hallion et Laignel-Lavastine) et aux diverses variétés du dermographisme (raie blanche, raie rouge, dermographisme douloureux, urticaire factice), leurs relations avec le sympathique sont beaucoup moins bien établies, et il faut se contenter de plans de recherches et de faits d'attente isolés. Ces derniers sont collationnés en grand nombre dans le rapport de M. Thomas. Les réflexes vaso-constricteurs provoqués à distance par le froid, par la douleur, peuvent mettre en valeur la paralysie sympathique, mais il faut reconnaître qu'il existe, à l'état normal, de grandes variations à cet égard, et que les réactions n'ont pas toujours, de ce fait, toute la netteté désirable. Les réflexes vaso-dilatateurs sont d'interprétation beaucoup plus difficile : la nature exacte des vaso-dilatateurs n'est pas démontrée, et il est possible que la vaso-dilatation soit le fait d'axon-réflexes (Langley, Bayliss). Cliniquement, le bain chaud, le réflexe naso-facial de P.-L. Weil et Philippe déclenchent quelquefois une congestion à distance plus intense du côté de la paralysie sympathique. L'épreuve de la sinapisation également met en jeu un axon-réflexe, mais non un réflexe sympathique; elle s'exagère en général là où il y a paralysie sympathique; mais elle disparaît après section et dégénération complète du nerf correspondant, alors qu'elle est conservée après section des racines (par exemple après neurotomie rétro-gassérienne); elle pourrait donc constituer un élément de diagnostic différentiel entre les lésions radiculaires d'une part, et, d'autre part, les lésions du nerf périphérique ou de la cellule ganglionnaire (zona).

Le réflexe oculo-cardiaque, le réflexe cœliaque n'apportent généralement aucun renseignement utile dans les affections organiques du système nerveux.

2° **L'action sur la sécrétion sudorale** est la seconde des fonctions du sympathique du point de vue de l'importance physiologique. Cependant son exploration est souvent d'interprétation délicate en clinique, car la sécrétion sudorale spontanée ou réflexe est soumise à des variations individuelles extrêmement étendues. En général, la sudation cesse là où il y a paralysie sympathique. Des images topographiques très précises peuvent être obtenues grâce à un simple papier au tournesol ou au nitrate d'argent. Si la sudation spontanée n'est pas assez nette, le réflexe sudoral peut être provoqué par un bain thermo-lumineux. La température optima est de 50-60 degrés. Les réactions à l'exercice physique, à l'excitation labyrinthique, à la pilocarpine sont en général moins démonstratives.

Les modifications des sécrétions lacrymale, cérumineuse, salivaire, lactée, quand on les observe dans des cas de paralysie sympathique, semblent bien être tributaires des troubles vaso-moteurs.

3° **L'action sur les muscles pilo-moteurs** (*arrectores pilorum*) n'a qu'une importance physiologique restreinte. Mais elle appartient en propre au sympathique; elle n'est inhibée par aucun système antagoniste; elle reste unilatérale par une excitation unilatérale et diffuse beaucoup moins que l'action sudorale ou vaso-motrice. Au point de vue séméiologique, elle constitue donc le témoin le plus fidèle, le plus précis, le plus exact de l'excitabilité sympathique. La réaction pilo-motrice peut être provoquée, soit par excitation locale, soit par excitation à distance. Dans ce dernier cas, il y a réflexe pilo-moteur. Si ce réflexe manque de netteté, on peut l'exagérer par injection de pilocarpine. On sait les beaux travaux que M. A. Thomas a consacrés aux réflexes pilo-moteurs, à la technique de leur recherche, à leur valeur séméiologique et topographique. On en trouvera, dans son rapport, un résumé

très clair et très précis. Les réactions mamillo-aréolaires, les contractions du dartos scrotal ou pénien doivent être rapprochées du réflexe pilo-moteur, et dépendent également du sympathique.

Action vaso-motrice, action sudorale et action pilo-motrice, telles sont les trois fonctions fondamentales du sympathique. Ce nerf possède-t-il, en outre, des fonctions trophiques, sensitives ou toniques?

Les **troubles trophiques** n'appartiennent pas à la symptomatologie de la paralysie sympathique. Le fait est bien établi physiologiquement, du moins chez les animaux bien nourris et non infectés; il se vérifie cliniquement dans les cas où aucune lésion des vaisseaux ou des nerfs rachidiens ne s'associe à la lésion sympathique. Au contraire, Claude Bernard a montré que les ulcères de la cornée consécutifs à la section du trijumeau étaient moins rapides et moins accentués si l'on avait tout d'abord sectionné le sympathique cervical. Cette expérience est le point de départ des essais de sympathectomie péri-artérielle entrepris par Chipault, par Jaboulay et surtout par Leriche, et qui ont été appliqués aux troubles trophiques les plus variés, mais surtout à ceux qui s'accompagnent de vaso-constriction. Les interventions, sans doute par suite de la vaso-dilatation qu'elles entraînent, ont donné de beaux succès, mais aussi « quelques désenchantements ». La sympathectomie tend à laisser la place aux opérations plus radicales qui portent sur la chaîne sympathique elle-même : section du sympathique cervical, résection du ganglion étoilé, section des rameaux communicants blancs. Cette chirurgie du sympathique, d'abord réservée au goitre exophtalmique ou à l'épilepsie, s'oriente plutôt, maintenant, vers le traitement de l'angine de poitrine. Ces interventions réalisent de véritables paralysies expérimentales sur l'homme. Elles contribuent largement à préciser la séméiologie de la paralysie sympathique. Or, elles ne donnent lieu qu'à des modifications peu importantes de la peau : desquamation furfuracée, kératose palmaire à la phase d'anidrose, puis placards de sudamina au stade de restauration sudorale, enfin parfois un peu d'œdème discret. L'œdème vrai suppose une lésion associée des vaisseaux ou des nerfs rachidiens (expériences de Ranvier, de Roger et Josué).

Le syndrome d'irritation du sympathique est beaucoup plus souvent une cause de troubles trophiques que le syndrome de paralysie sympathique (ulcérations, crises d'acrocyanose ou d'acroasphyxie). Mais l'hypo ou l'hypertrichose, les pigmentations et les dépigmentations (vitiligo) ne sont pas liées, du moins chez l'homme, à des perturbations sympathiques.

Les **troubles sensitifs** liés aux lésions du système sympathique ont fait l'objet de nombreuses discussions, tant de la part des physiologistes que de la part des cliniciens. Tous les arguments sont passés, dans le rapport de M. Thomas, à une critique minutieuse, et les conclusions sont les suivantes. Il n'y a pas de sensibilité sympathique, en ce sens qu'aucune fibre sympathique vraie, tributaire d'un ganglion sympathique, ne conduit la sensibilité : après interruption basse de la moelle épinière (D_{12} par exemple), l'intégrité de la chaîne sympathique permet bien la transmission aux membres inférieurs des réflexes sudoraux, vaso-moteurs ou pilo-moteurs d'origine encéphalique, et cependant l'anesthésie du segment sous-jacent est absolue à tous les modes. Il y aurait plutôt lieu d'admettre une action inhibitrice du sympathique sur la sensibilité, puisque Cl. Bernard pour le sympathique cervical, Tournay pour le sympathique abdominal ont montré que la section des chaînes sympathiques provoquait une exaltation de la sensibilité et de certains réflexes de défense. A vrai dire, cette exaltation de la sensibilité est sans doute liée à l'hyperthermie au cours de la paralysie sympathique. Chez l'homme, la section chirurgicale des chaînes sympathiques (cervicale ou thoraco-lombaire) n'entraîne aucun trouble notable de la sensibilité objective.

Mais, d'autre part, il est incontestable que les voies ou les rameaux sympathiques contiennent des fibres sensitives : ce sont des fibres dont l'origine se trouve non dans le ganglion sympathique, mais dans le ganglion rachidien : c'est par conséquent une sensibilité d'emprunt sujette, d'ailleurs, aux variations individuelles les plus étendues. Ainsi s'expliquent les sensations douloureuses plus ou moins diffuses provoquées, dans bien des cas, chez l'homme comme chez l'animal, à la suite des interventions qui portent sur le sympathique. Ainsi se légitime la résection des gaines péri-artérielles (qui serait mieux appelée « névrectomie » que « sympathectomie ») dans les causalgies accompagnées de gros troubles d'allure sympathique (vaso-moteurs et sécrétoires). Enfin, ce serait là la raison des hyperalgésies cutanées qui s'observent parfois au cours des affections viscérales (zones de Head). Les fibres sensitives, qui accompagnent les voies sympathiques, ne conduisent que la sensibilité protopathique, jamais la sensibilité épicritique.

Enfin, le *rôle du sympathique dans le* **tonus des muscles** *striés*, qui a fait récemment l'objet de nombreuses hypothèses et de quelques essais expérimentaux ou opératoires, n'apparaît pas, jusqu'à présent, comme démontré. Tout au plus peut-on admettre, au cours de la régénération d'un nerf rachidien sectionné, le rôle possible de certaines fibres sympathiques engagées, par erreur d'aiguillage, dans les fascicules musculaires du bout périphérique : ces fibres peuvent contribuer à exagérer le tonus de certains muscles, et, dans de tels cas, la résection de la gaine sympathique péri-artérielle peut atténuer l'hypertonie.

Pratiquement, le rôle principal dans la séméiologie des lésions du sympathique appartient donc aux troubles vaso-moteurs, sudoraux et pilo-moteurs. Une asymétrie manifeste à cet égard, si elle ne s'explique ni par une paralysie, ni par une lésion des vaisseaux ou des nerfs rachidiens, ni par une cause d'erreur liée aux conditions de l'examen, permet toujours de conclure à une lésion localisée de la chaîne sympathique. Plus difficile est souvent le diagnostic entre l'hémisyndrome de paralysie d'un côté et l'hémisyndrome d'irritation du côté opposé. Plus difficile aussi est le diagnostic topographique précis de la lésion sympathique.

B. C'est ce *diagnostic topographique* qu'étudie M. A. Thomas dans la deuxième partie de son rapport. On y trouvera d'abord toutes les précisions au sujet des *centres pilo-moteurs, sudoraux et vaso-moteurs* dans la colonne intermédio-latérale de la moelle épinière : l'étude des réflexes pilo-moteurs et sudoraux d'origine spinale ou encéphalique, chez des blessés atteints de section totale de la moelle épinière, a permis à l'auteur, après vérification de la nature et de la topographie des lésions, de constituer une documentation abondante et précise. Les données anatomiques ont pu être fixés par Mme Déjerine dans des schémas admirables de précision et de clarté qui résument toutes les connexions caténaires et columnaires du sympathique.

Les yeux fixés sur de tels schémas, il est facile de comprendre toute la diversité des **syndromes des voies sympathiques** que M. A. Thomas envisage tour à tour : syndrome du sympathique cervical et du ganglion cervical supérieur, syndrome du ganglion cervical inférieur, syndrome de la chaîne thoracique dans son segment supérieur, moyen ou inférieur, syndrome de la chaîne lombo-sacrée, syndrome des rameaux communicants. Les interventions sur la chaîne ou sur les ganglions, pratiquées de plus en plus couramment par les chirurgiens, sont particulièrement précieuses pour permettre de déterminer avec précision ces différents syndromes. Mais il ne faut pas perdre de vue la fréquence des anomalies de morphologie et de constitution de la chaîne sympathique, non plus que la délicatesse des rameaux sympathiques et la complexité de leurs connexions. Il est souvent difficile de savoir avec certitude, dans chaque cas, quelle est l'intervention qui a été réalisée, si la section d'une chaîne ou d'un communicant a été complète et définitive, si un ganglion enlevé n'était pas accompagné d'un ganglion supplémentaire ou aberrant, qui est resté en place. Aussi doit-on rester très réservé en présence d'observations paradoxales qui semblent contredire les faits établis concernant la physiologie du sympathique.

Le syndrome du sympathique cervical se distingue de tous les autres par sa séméiologie oculo-pupillaire. Mais ce symptôme, le plus manifeste et le plus anciennement connu de tous les signes d'origine sympathique, reste l'un des plus mal expliqués au point de vue physiologique : M. A. Thomas discute l'action mydriatique du sympathique et le trajet des fibres par lesquelles s'exerce cette action. Il est porté à croire que le sympathique exerce seulement une action inhibitrice sur les fibres constrictrices du sphincter irien.

En dehors de la chaîne et des communicants, les fibres

sympathiques périphériques peuvent encore être lésées, soit dans la gaine péri-artérielle, soit dans les nerfs périphériques. Le *syndrome de la gaine péri-artérielle* s'observe dans les heures qui suivent la ligature d'un gros vaisseau ou une névrectomie péri-artérielle. C'est un syndrome purement vasculaire et thermique au cours duquel un stade initial, irritatif, de spasme artériel et de refroidissement est suivi, au bout de quelques heures d'une phase d'hyperémie avec hyperthermie et augmentation de l'indice oscillométrique. Les fibres sympathiques de la gaine péri-artérielle sont uniquement des fibres vaso-motrices : toutes les fibres pilo-motrices et sudorales — ainsi que la partie sans doute la plus importante des fibres vaso-motrices, accompagnent les nerfs périphériques. Encore faut-il, dans le syndrome de la gaine artérielle, faire la part de ce qui est dû à l'irritation des fibres sensitives de la tunique artérielle.

Les *lésions des racines antérieures* ne donnent lieu à aucun trouble sympathique si elles siègent sur une racine cervicale, lombaire inférieure ou sacrée. Les lésions des racines antérieures dorsales ou des deux premières lombaires ne donnent lieu à des troubles sympathiques que si elles intéressent plusieurs racines voisines : en effet, chaque ganglion vertébral reçoit des fibres préganglionnaires de plusieurs racines, et les lésions pauciradiculaires sont masquées par des suppléances. La première dorsale fait exception : même si elle est lésée isolément, elle donne lieu à un syndrome spécial, le syndrome oculo-pupillaire (Mme Déjerine-Klumpke).

L'absence de troubles pilo-moteurs et sudoraux au cours d'une lésion radiculaire qui s'accompagne d'anesthésie cutanée et qui intéresse les racines cervicales, lombaires inférieures ou sacrées, permet donc d'affirmer que la lésion porte en deçà de la coalescence du communicant, et, par suite, qu'elle est vraisemblablement intrarachidienne. La présence de ces mêmes troubles sympathiques, au contraire, si leur topographie coïncide avec celle de l'anesthésie, permet d'affirmer le siège au delà de la coalescence. Il en est de même pour le trijumeau : la section rétro-gassérienne ne donne pas de trouble sympathique; la lésion périphérique donne des troubles sympathiques. A la région dorsale ou lombaire supérieure, la règle est moins simple : des troubles sympathiques peuvent s'observer par lésion radiculaire en deçà de la coalescence, mais ces troubles ont toujours, dans ce cas, une aire d'extension beaucoup plus restreinte que l'anesthésie cutanée; d'autre part, les limites de cette aire sont moins nettes, plus festonnées. Dans un cas comme dans l'autre, la nature de l'aréflexie pilo-motrice ou sudorale reste la même, puisqu'il n'y a pas de réflexe sympathique ganglionnaire. Dans les formes hyperesthésiques du tabes, il y a habituellement horripilation.

Les *lésions plexulaires ou tronculaires* donnent toujours lieu à des troubles pilo-moteurs et sudoraux de même topographie et de même sens que les troubles de la sensibilité cutanée correspondants : paralysie dans les interruptions ou dans les compressions, exagération dans les syndromes irritatifs, en particulier dans les causalgies. La réaction pilomotrice locale persiste, quelquefois même exagérée, aussi bien dans les paralysies tronculaires que dans les paralysies radiculaires.

L'interprétation des troubles vaso-moteurs est plus complexe : les fibres vaso-motrices sympathiques, de nature vasoconstrictrice, sont, en effet, mélangées dans le nerf périphérique à des fibres vaso-dilatatrices, dont l'origine est moins déterminée et qui empruntent peut-être le trajet de la racine postérieure. D'autre part, il faut faire intervenir les réflexes liés aux lésions des fibres sensitives, et quelquefois les troubles d'origine encore mal déterminée que provoque la simple immobilisation (simple action mécanique? réflexe spinal? ou axon-réflexe?). Quoi qu'il en soit, l'interruption du nerf périphérique donne généralement lieu, pendant quelques jours, à une élévation de la température dans le territoire correspondant. Au bout de six à dix jours, cette hyperthermie fait place à du refroidissement. Dans les syndromes irritatifs, au contraire, — et en particulier dans la causalgie — l'hyperthermie est la règle. Il est remarquable que, dans ce dernier cas, l'hyperthermie s'associe d'habitude à l'anidrose et à l'aréflexie pilo-motrice : cette réunion de signes de paralysie et d'irritation sympathique ne semble guère en faveur de l'origine sympathique de la causalgie.

Parmi les affections non traumatiques du neurone périphérique, il en est qui s'accompagnent habituellement de paralysie sympathique ; telles la méralgie paresthésique, certaines névrites localisées (névrite postsérothérapique). D'autres ne donnent lieu qu'à des signes tardifs ou parcellaires de paralysie sympathique : c'est le fait de la plupart des polynévrites. Enfin, dans le zona, l'état des réflexes sympathiques est très variable : cela dépend de l'étendue des lésions qui peuvent ou non déborder le ganglion rachidien vers le nerf périphérique et vers le communicant du sympathique.

L'influence des **lésions médullaires** sur les fonctions sympathiques a pu être étudiée d'une façon en quelque sorte expérimentale, pendant la guerre, chez les blessés atteints de sections complètes de la moelle épinière. L'étude de M. A. Thomas sur ce point est particulièrement documentée, puisqu'elle s'appuie sur 42 observations personnelles, dont 29 suivies d'examen anatomique.

La section complète traumatique de la moelle donne lieu à deux ordres de symptômes : un syndrome de séparation et un syndrome d'automatisme spinal.

Le syndrome de séparation est caractérisé par la disparition des réflexes vaso-constricteurs, sudoraux et surtout pilomoteurs dans le territoire qui correspond au segment lésionnel, lorsqu'on réalise une excitation dans le territoire du segment sus-lésionnel (« réflexes encéphaliques »). Ces réflexes sont conservés, au contraire, dans le territoire du segment sus-lésionnel; leur limite inférieure est presque toujours moins régulière et plus bas située que la limite de l'anesthésie, ce qui s'explique par la distribution des rameaux communicants qui irradient de chaque racine vers plusieurs ganglions sus et sous-jacents.

Le syndrome d'automatisme n'apparaît qu'un bout d'un certain temps, en général quelques jours. Au début, il y a élévation thermique (conformément aux faits expérimentaux des physiologistes), avec aréflexie sudorale et pilo-motrice dans le segment sous-jacent. Puis la température s'abaisse, devient remarquablement instable. En même temps l'excitation du territoire du segment sous-lésionnel commence à réveiller, en même temps que des mouvements réflexes « de défense », un réflexe sudoral et un réflexe pilo-moteur. L'étendue de ce réflexe est variable selon l'étendue de la lésion; si la lésion est de faible étendue, le réflexe spinal peut chevaucher largement sur le réflexe encéphalique. Si, au contraire, la lésion intéresse un nombre important de segments médullaires, la limite supérieure du réflexe spinal peut rester en deçà de la limite supérieure du réflexe. Bien entendu, si la lésion s'étend en bas jusqu'à L^2, il ne peut plus y avoir de réflexe spinal. Le rapport contient de nombreux exemples de la disposition des réflexes selon la hauteur et l'étendue de la lésion destructive.

Au cas de syndrome de Brown-Séquard, le réflexe encéphalique se généralise sans obstacle du côté opposé à la lésion; au contraire, du côté de la lésion, si celle-ci atteint la profondeur du segment fondamental latéral, le réflexe encéphalique ne s'étend pas au territoire sous-jacent, et, dans ce territoire, on peut mettre en valeur l'existence d'un réflexe spinal.

Parmi les *affections non traumatiques de la moelle*, ce sont surtout les lésions transverses, compressions et tumeurs, et, d'autre part, la syringomyélie et l'hématomyélie qui intéressent le système sympathique.

La séméiologie sympathique est souvent rendue plus complexe dans le mal de Pott par la fréquence des lésions de compression directe des communicants ou de la chaîne sympathique elle-même (M. et Mme Sorrel) ; il peut y avoir alors discordance entre les troubles pilo-moteurs et les troubles sensitifs.

Dans les myélites syphilitiques, le réflexe pilo-moteur est souvent normal.

Dans la sclérose en plaques, la discordance topographique des réflexes sympathiques et des symptômes moteurs peut fournir un appoint pour le diagnostic.

Dans la sclérose latérale amyotrophique, dans les poliomyélites antérieures aiguës, subaiguës ou chroniques, les troubles sympathiques font défaut. Les anomalies circulatoires de la paralysie infantile ne sont pas d'origine sympathique. Il est curieux que la lésion de la corne antérieure épargne si complètement la corne intermédio-latérale, pourtant toute voisine.

Par contre, dans la syringomyélie, les troubles sympathiques sont d'une extrême fréquence : les « crises sympathiques » peuvent même constituer le premier symptôme de l'affection. Les troubles vaso-moteurs, sudoraux ou pilo-moteurs peuvent être du type irritatif, du type paralytique, ou du type mixte. M. A. Thomas a pu observer quelques cas de réflexe spinal croisé. Le dermographisme est souvent exagéré. Enfin il faut rappeler la fréquence du syndrome oculo-papillaire. Par contre, le rôle du sympathique dans les troubles trophiques cutanés ou ostéo-articulaires est bien problématique.

Douteuse égalemeut est l'intervention du sympathique dans les œdèmes des paraplégiques, dans les para-ostéopathies de Mme Dejerine et Cellier, dans le trophœdème, dans les pigmentations de certains grands paraplégiques infectés.

Les **centres supérieurs** du système sympathique sont moins bien déterminés que les centres inférieurs. On connaît cependant toute une série de faits cliniques qui montrent la présence de troubles oculo-papillaires, vaso-moteurs, sudoraux et même pilo-moteurs dans certains syndromes bulbaires alternes (Babinski-Nageotte) et dans certains syndromes thalamiques (Foix, Chavany et Bascourret, en particulier).

Chez les hémiplégiques, le groupement des symptômes sympathiques est très variable et souvent discordant : au début de l'hémiplégie, les membres paralysés sont souvent hyperthermiques, avec hyperhidrose. Plus tard, il y a plus souvent hyperthermie avec exagération de la réaction pilomotrice. L'œdème peut s'observer avec l'hypothermie comme avec l'hyperthermie. L'élévation de la tension artérielle ne va pas toujours de pair avec l'hyperthermie. Le dermographisme est souvent exagéré.

Dans les syndromes parkinsoniens, dans la migraine, dans l'épilepsie, les syndromes sympathiques sont fréquents, mais leur interprétation est encore obscure. Un syndrome sympathique qui se déclenche brusquement peut constituer un équivalent épileptique.

Enfin le rapporteur envisage quelques questions connexes :

1° Les indications fournies par les **épreuves pharmacodynamiques** dans les affections nerveuses organiques : épreuve du nitrite d'amyle, qui peut accentuer une asymétrie vaso-motrice, bien qu'elle n'affecte pas le sympathique lui-même, — injection de pilocarpine, qui, concurremment avec le parasympathique, excite avec énergie le sympathique et peut sensibiliser une réaction pilo-motrice ou vaso-motrice aussi bien qu'une réaction sudorale, — injection sous-cutanée d'adrénaline, dont les effets généraux ont été moins étudiés (l'horripilation locale consécutive semble une réaction musculaire plutôt que nerveuse, comme le soutient Langley), — enfin les épreuves des collyres (tests de Coppez), qui permettent de reconnaître si un myosis ou une mydriase sont d'ordre spasmodique ou paralytique.

2° **Les caractères spéciaux de répercussivité et d'électivité des réactions sympathiques.** — Voici en quoi consiste la répercussivité : la région malade, au lieu de réagir sur d'autres régions, comme dans les « sympathies », ou dans les « troubles réflexes », subit elle-même, — et d'une manière exagérée, — certaines réactions générales, qui ne sont pas liées à des excitations de siège et de nature constants. Cet état est souvent sous la dépendance de facteurs psycho-émotifs. Il s'applique à la fois aux réactions vaso-motrices, sudorales et pilo-motrices,

L'*électivité* est la propriété de chaque groupe de fibres sympathiques (vasculaires, glandulaires, horripilatrices) de répondre d'une manière élective à chaque nuance des diverses excitations physiques ou psycho-émotives. A l'unité anatomique du système sympathique périphérique s'oppose une autonomie physiologique et physiopathologique, qui s'explique sans doute par l'existence de centres distincts pour chaque groupe fonctionnel.

3° **Les symptômes provoqués par la lésion du sympathique viscéral dans les affections nerveuses organiques.** — Ces symptômes restent rares et d'interprétation difficile : tachycardies et troubles respiratoires des lésions bulbaires, troubles thoraciques des lésions médullaires cervicales, crises viscérales des tabétiques, troubles intestinaux, pseudo-péritonéaux ou hémorragiques des grands paraplégiques, relèvent sans doute d'une pathogénie complexe, où le sympathique ne joue peut-être pas un rôle de premier plan. Déjà difficile à explorer dans ses expansions périphériques, le sympathique échappe pratiquement à l'examen clinique dans ses ramifications viscérales, pourtant si étendues et si riches.

DEUXIÈME RAPPORT

Les moyens actuels d'exploration du système sympathique et leur valeur en clinique viscérale.

M. Soderbergh (Gotthard) [de Gothebourg], se trouvait donc en présence d'un « terrain mouvant », qui ne lui donnait nullement matière à une documentation positive comparable à celle de M. A. Thomas. Dans son rapport et dans les notes additionnelles qu'il y a jointes, il a surtout voulu faire œuvre critique, et cette critique est sévère : M. Söderbergh n'admet guère à la question de conclusion ferme ; il apporte, par contre, un plan de défrichement très judicieux.

L'exploration du système sympathique dans la clinique des affections viscérales a été mise à l'ordre du jour principalement par les travaux de Eppinger et Hess : la notion d'un antagonisme entre l'orthosympathique et le parasympathique, celle d'un équilibre variable de ces deux systèmes selon les sujets, enfin l'espoir de mettre en valeur leur tonus et leur excitabilité respectifs grâce à des épreuves physiologiques ou pharmacologiques, restent toujours les idées fondamentales les plus généralement répandues. Cependant chacune d'elles est passible des plus graves critiques.

L'antagonisme absolu entre le vague et le sympathique ne se trouve réalisé ni en physiologie expérimentale, ni dans les réflexes du système végétatif, ni dans les réactions pharmacodynamiques.

D'autre part, chaque organe a une réactivité nerveuse qui lui est propre, et qui ne permet nullement de classer la réactivité végétative du sujet tout entier : il n'y a pas de « sympathicotoniques » et de « vagotoniques » ; tout au plus peut-on reconnaître que, chez un sujet donné, le cœur, le poumon, le système vaso-moteur, l'estomac ou l'intestin réagissent respectivement plus ou moins dans le sens de l'activité vagale ou dans le sens de l'activité sympathique : chez l'homme plus encore que chez l'animal, il semble que le système végétatif est très décentralisé, et que les réactions de chaque viscère sont nettement spécialisées.

Enfin chaque réaction du système ortho ou parasympathique se trouve intriquée avec toute une série d'autres facteurs biologiques : facteurs émotifs, d'ordre constitutionnel ou occasionnel, — facteurs humoraux constitués par les hormones circulants, et aussi par les électrolytes des divers milieux organiques, — autotonus propre à chacun des organes.

C'est dans cet esprit que M. Söderbergh aborde successivement la critique des diverses épreuves pharmacodynamiques et physiologiques le plus souvent utilisées dans l'exploration du sympathique. On conçoit avec quel scepticisme il envisage l'interprétation de ces épreuves qui visent, selon son expression, à nous faire pénétrer dans le « sous-sol de notre vie ».

Epreuves pharmacodynamiques. — Voici par exemple l'adrénaline, le plus couramment usité des réactifs du système nerveux végétatif. Depuis Eppinger et Hess, il est considéré comme le type des excitants du sympathique. Cependant, sur chaque appareil, les effets obtenus se sont montrés des plus variables, selon les doses utilisées, le mode d'introduction, la marque d'adrénaline employée. Les temps et les durées de réaction dépendent de tous ces facteurs. Les variations individuelles sont multiples, même chez les sujets normaux, si bien que, de l'avis de Danielopolu lui-même, il est très difficile de trouver des sujets normaux qui se ressemblent par leurs réactions cardio-vasculaires à l'adrénaline. L'injection intraveineuse de très faibles doses (1/750.000 milligramme) détermine une excitation du parasympathique. L'orthosympathique ne réagit qu'à des doses plus élevées, et les doses fortes (1/50.000 milligramme), si elles excitent avant tout l'orthosympathique, sont loin d'être indifférentes pour le parasympathique. Sur le même sujet, l'étude des réactions des divers appareils (sensations subjectives, tension artérielle, rythme du pouls, globules blancs, glycémie et glycosurie, taux des ions Ca, H, K et P dans les humeurs, motricité du tube digestif) peut indiquer les excitabilités les plus différentes : ici excitabilité parasympathique intense, là forte réaction ortho-

sympathique, ailleurs encore réactions très atténuées. Ces « réactions en mosaïque » sont d'une grande importance dans toute l'histoire du système nerveux végétatif, et elles déroutent bien souvent les interprétations. Enfin il faut bien savoir que l'action de l'adrénaline ne s'exerce pas exclusivement sur le système nerveux, et qu'elle est encore manifeste sur des organes complètement énervés (Tschermak). C'est donc avec bien des réserves que M. Söderbergh passe en revue les données de l'épreuve à l'adrénaline chez les hyperthyroïdiens, chez les diabétiques, chez les hypertendus, ainsi que les essais entrepris dans l'étude des splénomégalies ou par la réaction de Lœvi sur la pupille.

Un travail de critique analogue au sujet de l'action paralysante de l'atropine sur le parasympathique, et surtout de la prétendue action excitante de la pilocarpine sur ce même nerf, aboutit à des réserves du même ordre. Cela, d'ailleurs, ne compromet pas l'intérêt pratique que peuvent présenter la réaction à l'atropine dans certaines bradycardies, ou l'épreuve de l'adrénaline dans les syndromes hyperthyroïdiens.

Les **épreuves physiologiques** ne sont pas plus faciles à interpréter que les épreuves pharmacodynamiques.

Le réflexe oculo-cardiaque a été le plus étudié. A condition de le rechercher exclusivement à jeun, avec toutes les garanties de précision (pression de 500 à 800 grammes à l'oculo-compresseur, prise de tracés), il peut fournir des indications caractéristiques de chaque sujet. A l'état normal, il y a ralentissement de 10 à 12 pulsations. Si le réflexe s'exagère, le ralentissement peut dépasser 16 pulsations; de plus, à l'action chronotope, sinusale, s'ajoute une action dromotrope, qui peut aboutir à la bradycardie totale, ou même à l'arrêt du cœur (Dufour). Dans certains cas, le ralentissement est remplacé par une accélération : cette « inversion » du réflexe est en réalité d'ordre purement émotionnel. Bien que l'exagération de réflexe oculo-cardiaque soit la règle chez les asthmatiques, l'importance pratique de sa recherche reste discutable. Les voies qu'il emprunte restent elles-mêmes mal déterminées. La voie centripète est-elle vraiment le trijumeau, comme on l'admet en général? ou bien n'emprunte-t-elle pas également (Laignel-Lavastine) ou même exclusivement (Barré) le sympathique? L'augmentation de pression produite dans les espaces sous-arachnoïdiens ou dans la circulation veineuse cérébrale par la compression oculaire n'exerce-t-elle pas une excitation directe, mécanique, sur les centres? (Rebattu et Josserand). Quant à la voie centrifuge, c'est avant tout le vague, mais il semble que le sympathique participe aussi à la réponse (Petzetakis) : Aschner lui-même n'a-t-il pas vu le réflexe oculo-cardiaque persister après double vagotomie?

A plus forte raison la valeur du réflexe oculo-cardiodilatateur, du réflexe oculo-respiratoire, du réflexe oculo-digestif reste-t-elle bien obscure.

Restent le réflexe cœliaque et l'épreuve de Czermak.

Le réflexe cœliaque (A. Thomas, et surtout H. Claude) se caractérise par la chute de la tension artérielle provoquée par la compression de la région aortique à l'épigastre. Il s'épuise comme les autres réflexes sympathiques, et n'est pas en relation avec le trouble circulatoire mécanique provoqué par la compression de l'aorte elle-même. Il existe à l'état normal; il s'exagère chez les névropathes, les anxieux, mais aussi chez les sujets dont la région épigastrique est douloureuse, et parfois même en dehors de toute raison apparente.

L'épreuve de Czermak se recherche par compression du paquet vasculo-nerveux du cou à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire. Cette manœuvre détermine un ralentissement du pouls et de la respiration, quelquefois accompagné d'un peu d'angoisse et de quelques troubles digestifs. Czermak pensait agir par compression du vague : en réalité, la réaction persiste après section du vague (Scherf); il s'agit donc en réalité d'un réflexe dont le point de départ se trouve dans la paroi artérielle. C'est surtout chez les athéromateux que cette réaction s'exagère.

Dans de telles conditions, il est bien difficile de maintenir la classification d'Eppinger et Hess en vagotoniques et sympathicotoniques, même en y ajoutant avec Guillaume un groupe de neurotoniques, ou en tenant compte, avec Diesel, de la réaction humorale (l'alcalose agissant dans le même sens que la vagotonie, l'acidose dans le même sens que la sympathicotonie). Les tentatives de Danielopolu pour déterminer le tonus absolu de l'ortho et du parasympathique, en particulier grâce à l'épreuve de l'atropine et de l'orthostatisme, sont des plus intéressantes, mais elles aboutissent à une classification bien compliquée pour la pratique. Ce qui est certain, c'est qu'il existe un groupe d'états pathologiques, qui méritent le nom de « sympathoses » (Bard, Laignel-Lavastine) et dans lesquelles dominent les réactions anormales du système nerveux végétatif en dehors de toute lésion anatomique déterminée.

M. Söderbergh estime qu'il est prématuré d'entreprendre une étude vraiment scientifique de ces états anormaux. Il propose de reprendre par la base toute l'étude du système nerveux végétatif, en commençant par l'examen systématique et complet d'un très grand nombre de sujets normaux, pour aborder ensuite celui des malades atteints de lésions anatomiques bien déterminées, pour terminer par les troubles somatiques fonctionnels du système végétatif : c'est là, en effet, la saine méthode, qui va du simple au complexe.

Parmi les réactions des systèmes végétatifs, le rapporteur estime que les premières à aborder sont les réflexes intra ou interviscéraux, qui sont trop peu connus, et qui sont cependant les plus simples et les plus physiologiques (Bard) : tels les réflexes multiples qui président à la déglutition, au cheminement et à la digestion du bol alimentaire, les arythmies respiratoires, la gastroplégie qu'on observe parfois, sous l'écran radioscopique, immédiatement avant une syncope. L'étude de ces réflexes physiologiques devrait être approfondie avant qu'on puisse interpréter avec exactitude les réflexes extra-viscéraux (oculo-cardiaque, cœliaque, etc.) et les épreuves pharmacologiques. Ce travail n'aboutira que grâce à des observateurs nombreux et patients, à des techniques précises et uniformes, et à des idées directrices fermement suivies.

DISCUSSION

Communications se rattachant au rapport de M. A. Thomas. — MM. Laignel-Lavastine pense, comme M. Thomas, que les réflexes cutanés sympathiques permettent actuellement des évaluations moins aléatoires que les réflexes sympathiques viscéraux. Les plus précieux sont, à son avis, les réflexes pilo-moteurs; puis viennent les réflexes sudoraux. Il cite un exemple de paralysie du plexus brachial (C_5, C_6, C_7) due à un arrachement par aile d'avion : l'abolition du réflexe pilo-moteur permit de reconnaître que l'arrachement siégeait en dehors des communicants.

M. Barré (de Strasbourg) argumente, à la lumière de son expérience personnelle, toute une série de points de détail. Il insiste sur les irritations du sympathique, aussi fréquentes que ses paralysies, et qui peuvent se rencontrer même sur des branches en voie de dégénérescence. Il signale, chez les grands blessés de la moelle, l'intensité de l'hyperémie qui se produisait aux points de pression. Cette hyperémie va parfois jusqu'à former une véritable saillie congestive, avec pouls capillaire. C'est au niveau de ces zones hyperémiées que se développent ensuite les troubles trophiques. Il critique la précision du tonomètre de Gærtner pour la mesure de la tension capillaire : l'anneau devra être beaucoup plus large, atteindre 2cm, 8 au lieu de 1cm, 5 ou 2 centimètres. Il précise le rôle du spasme artériel, qui peut durer des heures, même des jours, et réaliser, par sa persistance et par son intensité, des lésions ischémiques. Il revient sur le réflexe oculo-cardiaque, qui est conservé après section du trijumeau lorsque cette dernière est bien faite (Leriche) : la voie centripète ne passe donc pas par le trijumeau. Le temps perdu est parfois considérable avant la réaction : il peut atteindre une minute et demie.

Le réflexe dartoïque est remarquable parce que c'est le plus constamment conservé après section de la moelle. Si la section est incomplète, la contraction du dartos s'accompagne souvent d'une douleur vive, mais retardée.

M. Barré est d'accord, avec M. A. Thomas, sur la grande valeur du réflexe pilo-moteur. Il signale cependant un cas paradoxal dans lequel l'ablation du ganglion étoilé, pratiquée par M. Leriche chez un malade atteint d'angine de poitrine, — d'ailleurs avec un plein succès thérapeutique, — n'a pas aboli le réflexe pilo-moteur dans la région externe du bras. Il admet d'ailleurs, pour ce cas comme pour un cas analogue de M. Cl. Vincent, que le chirurgien n'a sans doute pas enlevé la totalité du centre sympathique.

Enfin M. Barré a décrit, sous le nom de « syndrome cervical postérieur », un tableau clinique caractérisé par une céphalée occipitale, souvent bilatérale, des vertiges, du bourdonnement d'oreilles, des symptômes neurasthéniformes. Ce tableau s'oppose au « syndrome sympathique cervical antérieur », constitué par le syndrome de Cl. Bernard-Horner. Il est très voisin du « syndrome de l'artère vertébrale », qu'a décrit M. Néri, et que cet auteur retrouve chez un grand nombre de commotionnés. M. Barré attribue son « syndrome sympathique cervical postérieur » à de l'arthrite cervicale chronique.

Sympathique et pigmentation cutanée. — M. Sézary combat, d'accord avec le rapporteur, le rôle qu'on a longtemps attribué au sympathique dans la pathogénie des mélanodermies. Les lésions du plexus solaire ne jouent aucun rôle dans la pigmentation addisonienne : ce qui le prouve, ce sont les améliorations de la mélanodermie parfois observées après l'opothérapie surrénale ; ce sont aussi les cas de grosses lésions du plexus solaire constatées en l'absence de toute mélanodermie antérieure. D'ailleurs la mélanodermie ne coïncide souvent avec aucun trouble des réflexes vago-sympathiques. Si la mélanodermie des addisoniens s'associe souvent à de l'hypervagotonie, il n'en est pas de même dans la mélanodermie des basedowiens. La pigmentation cutanée réflexe des poikilothermes ne peut avoir son homologue en physiologie humaine, puisqu'elle s'explique par l'existence de grandes cellules pigmentaires qui sont susceptibles de se distendre transitoirement sous l'influence d'une excitation nerveuse, mais qui n'ont pas d'analogues chez l'homme.

Le rôle du système sympathique est simplement un rôle prédisposant indirect, lié à la vaso-dilatation paralytique; ainsi s'explique la mélanodermie observée parfois expérimentalement chez le lapin après blessure de la moelle, ou celle qu'on a exceptionnellement notée chez l'homme dans des circonstances analogues. Il s'agit d'ailleurs toujours, dans ces dernières observations, de grands infectés déjà atteints de lésions viscérales multiples.

M. J. Froment (de Lyon) rappelle le rôle qu'il a attribué, avec M. Babinski, aux phénomènes réflexes d'origine médullaire dans les troubles physiopathiques des blessés de guerre. Il rappelle les arguments qui l'empêchent d'admettre que ces troubles soient de simples conséquences de l'immobilisation. Il s'étend, en particulier, sur les travaux récents de F. Albert (de Liége) qui, dans le service de Willems, a étudié les troubles vaso-moteurs consécutifs aux blessures des membres : Albert a vu ces troubles apparaître dès les vingt-quatre premières heures qui suivent la blessure, et, à côté des cas où il y a diminution de l'indice oscillométrique, il en est d'autres où l'indice oscillométrique est au contraire augmenté. Les faits d'Albert sont d'autant plus suggestifs qu'ils sont observés dans le service de l'initiateur de la mobilisation précoce. Des troubles vaso-moteurs du même ordre ont été observés expérimentalemeni chez 80 chiens. Les épreuves pharmacodynamiques ont amené Albert à incriminer un axon-réflexe, mais sans lui permettre d'éliminer l'intervention d'un réflexe médullaire.

Sur la symptomatologie du sympathique. — M. Egas Moniz (de Lisbonne) rapporte un cas de cancer endothoracique, dont le premier symptôme avait été un syndrome radiculaire de compression, de D_1 à D_4 du côté droit, avec syndrome de Claude Bernard-Horner. L'existenee d'un syndrome très complet de paralysie pilo-motrice, sudorale et vaso-motrice du membre supérieur droit permit de reconnaître la localisation extrarachidienne de la compression. Un traitement radiothérapique atténua les douleurs, mais n'exerça aucune action sur le sympathique.

Lésions hautes de la moelle épinière avec paralysie du côlon par hyperfonction sympathique. — M. Feltkamp (d'Amsterdam) a étudié la stase et la distension coliques qui s'observent dans les grandes paraplégies (syringomyélie ou myélites transverses). Ces phénomènes simulent quelquefois le mégacôlon, et peuvent aller jusqu'à l'iléus. A l'état normal, il existe un équilibre entre le nerf hypogastrique, d'origine orthosympathique, et le nerf pelvien, d'origine parasympathique, et la défécation est le résultat d'un stimulus du second, avec inhibition du premier. Dans le cas de lésion médullaire transverse, c'est le contraire qui se produit : l'interruption de l'influx nerveux supérieur renforce l'action inhibitrice du nerf hypogastrique, et réalise l'atonie colique et rectale, avec contracture du sphincter anal. Le fonctionnement de l'intestin grêle est beaucoup moins troublé, parce que l'appareil nerveux autonome de la paroi du grêle lui assure une indépendance physiologique beaucoup plus grande. — Ces travaux doivent être rapprochés de ceux de MM. Guillain et Barré chez les blessés de la moelle, de ceux de M. et Mme Sorel dans les paraplégies pottiques.

Balancement de la température locale à la suite des blessures des troncs nerveux des membres. — M. Souques expose le résultat de ses recherches sur les troubles de la calorification de la peau consécutifs à la blessure des tissus nerveux des membres. Ces troubles consistent en un balancement paradoxal de la température locale du membre blessé, comparée à celle du membre sain : quand la température est plus élevée au segment inférieur, elle est plus basse au segment sus-jacent, et inversement. Elle se comporte comme les plateaux d'une balance, dont l'un monte quand l'autre descend, et réciproquement. Ainsi, dans des cas de blessure du nerf sciatique à la fesse, on trouve de l'hypothermie du pied avec hyperthermie de la cuisse, ou bien de l'hyperthermie du pied avec hypothermie de la cuisse, par comparaison avec la température des régions symétriques du membre sain. Ce balancement thermique est très fréquent. Il ne peut pas s'expliquer par l'importance relative du membre blessé. L'auteur l'explique par l'excitation simultanée des filets vaso-constricteurs et des filets voso-dilatateurs, soit par la blessure, soit par la cicatrice. Les différences comparatives en plus ou en moins, d'un côté à l'autre, peuvent dépasser cinq degrés. Ces faits ont été observés sur une centaine de cas. Dastre et Morat avaient signalé des particularités analogues dans le territoire du sympathique céphalique. M. Néri (de Bologne) a fait des constatations analogues.

Sur l'existence des nerfs antagonistes des nerfs « arrectores pilorum ». — M. Stefano Perrier (de Turin) a observé que le réflexe pilo-moteur peut manquer dans les zones de dermographisme rouge, et il émet l'hypothèse que des fibres antagonistes des *arrectores pilorum* pourraient coïncider avec les fibres vaso-dilatatrices. André Thomas n'admet pas cette hypothèse.

Modifications du sympathique cervico-thoracique au cours des insufflations du pneumothorax thérapeutique. — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Bezançon et X.-J. Contiadès ont étudié systématiquement, chez leurs malades, au cours du pneumothorax thérapeutique, les modifications du sympathique cervico-thoracique. Ils présentent notamment une malade chez laquelle, après collapsus du poumon gauche, la radioscopie révèle une grosse bride pleurale du sommet. Or il existe, chez cette malade, un syndrome d'excitation du sympathique cervico-thoracique gauche, fruste et transitoire, véritable syndrome d'excitation à éclipses, qui se traduit par une inégalité pupillaire, par des modifications du réflexe oculo-cardiaque unilatéral et par un mode particulier de réaction pilo-motrice. Les sphygmogrammes enregistrés au cours de la recherche du réflexe oculo-cardiaque unilatéral sont particulièrement démonstratifs.

Ces faits, rapprochés de ceux qui ont été observés dans un syndrome de Claude Bernard-Horner, présenté par les mêmes auteurs, permettent d'esquisser une systématisation de la recherche clinique des altérations unilatérales du sympathique cervico-thoracique.

Exploration du sympathique cervical par le réflexe oculo-cardiaque unilatéral (à propos d'un cas de syndrome de Claude Bernard-Horner). — MM. Maurice Villaret, L.-Justin Bezançon et X.-J. Contiadès décrivent une technique de recherche du réflexe oculo-cardiaque unilatéral. Ils montrent combien ce procédé d'examen du sympathique cervical est délicat dans sa mesure et dans son appréciation. Aussi insistent-ils sur la nécessité des précautions à prendre : égalité de pression sur les deux yeux, inscription graphique, préparation du sujet, etc.

Ils présentent un appareil pour la recherche du réflexe oculo-cardiaque unilatéral.

Ils montrent les relations entre le réflexe et les autres modes d'exploration du système sympathique. Ils discutent les voies de conduction du réflexe, et indiquent son intérêt dans l'étude des syndromes sympathiques cervicaux.

Ils présentent une malade atteinte de syndrome de Claude Bernard-Horner déterminé par un goitre, et ils montrent les sphygmogrammes inscrits après compression séparée de chaque œil. L'étude des réactions pupillaires de cette malade révèle bien les liens qui unissent les modifications du réflexe oculo-cardiaque et l'anisocorie provoquée.

Les auteurs pensent que cette observation indique que le réflexe oculo-cardiaque unilatéral possède, pour explorer les altérations locales du sympathique cervico-thoracique, une valeur incontestable, que ne présente pas au même degré le réflexe oculo-cardiaque bilatéral, pour déceler les modifications générales du tonus sympathique.

Etude comparée de la tension veineuse, de la tension artérielle et de la température locale dans l'hémiplégie organique et dans les traumatismes cranio-cérébraux. — M. Maurice VILLARET, après avoir rappelé les travaux de Ferré, Villard, Sicard, Marinesco, Tixier, Guillain, etc., résume ses recherches sur la tension artérielle des hémiplégiques, d'abord en collaboration avec Gilbert, puis avec Theodoresco, ces dernières poursuivies surtout chez les anciens traumatisés cranio-cérébraux à l'aide de sa méthode oscillo-sphygmophonique et de la pesée des courbes obtenues, procédé repris après lui par Delaunay. Complétant ces travaux avec M. Jonnesco, il a étudié l'hémiplégie organique au point de vue de la tension veineuse, méthode d'exploration directe qu'il a mise le premier au point, et que, depuis 1912, il a appliquée systématiquement à de nombreux processus pathologiques. Étudiée sur 26 malades parallèlement à la tension artérielle et à la température locale, elle lui a permis les conclusions suivantes.

Dans l'hémiplégie organique flasque, la pression veineuse est nettement augmentée du côté paralysé et par rapport à la pression veineuse normale. La température locale augmente parallèlement à la pression veineuse. La tension artérielle, beaucoup moins nettement modifiée, présente un abaissement unilatéral, surtout de la minima et de l'indice oscillométrique.

Dans l'hémiplégie organique spasmodique, la pression veineuse est diminuée du côté paralysé et par rapport au chiffre normal. La température locale s'abaisse parallèlement à la pression veineuse. La pression veineuse et la température locale augmentent cependant lorsque apparaît de l'œdème unilatéral, et diminuent avec celui-ci. Bien moins nettement se modifie la tension artérielle, qui augmente surtout en ce qui concerne la minima et l'indice oscillométrique.

Dans le coma hémiplégique, la pression veineuse et la température locale sont augmentées par rapport à la normale, mais moins du côté paralysé.

Dans les séquelles des traumatismes cranio-cérébraux, la pression veineuse et la température locale se modifient, en cas d'hémiplégie, comme dans les cas précédents, mais moins nettement. Dans le cas de syndrome atopique, la pression veineuse est, en général, diminuée du côté opposé au traumatisme, alors que la pression artérielle ne montre que des modifications inconstantes de la minima et de l'indice oscillométrique.

L'oscillométrie simultanée. — MM. FROMENT et BARBIER présentent un appareil spécial qui leur permet d'éviter les causes d'erreur dans l'appréciation de la tension comparée sur les deux segments de membres symétriques.

Action de la pilocarpine et de l'adrénaline dans les lésions pyramidales. — M. CATOLA (de Florence). Ces épreuves pharmacodynamiques constituent un procédé de plus pour permettre de distinguer les hémiplégies hystériques des hémiplégies organiques.

*
* *

Communications se rattachant au rapport de M. Söderbergh. — Dans la discussion qui a suivi le rapport de M. Söderbergh, certains auteurs comme M. Barré (de Strasbourg) se sont montrés d'accord avec le scepticisme du rapporteur; d'autres — et en particulier M. Laignel-Lavastine et M. H. Claude — se sont montrés beaucoup moins sévères à l'égard des épreuves physiologiques et pharmacodynamiques.

M. LAIGNEL-LAVASTINE ne s'arrête qu'à trois points.

Relativement à la variabilité des résultats obtenus dans les épreuves pharmacologiques, il rappelle qu'elle s'explique par les huit règles des doses, de l'amphotropisme, de l'état antérieur, de l'électivité réactionnelle, de la balance, du battant de porte, de la diaschisis et de la libération de la fonction, qu'il a longuement formulées dans la partie thérapeutique de son livre sur la *Pathologie du sympathique*.

Quant à la réaction en mosaïque, qui consiste dans des excitations électives et régionales de certaines parties du vago-sympathique, elle choque les partisans de la conception viennoise de l'antagonisme systématique du vague et de l'orthosympathique, mais elle est conforme à l'idée générale d'étages réflexes végétatifs hiérarchisés qui obéissent eux-mêmes aux mêmes lois générales que le reste du système nerveux, selon la conception de Bard.

Malgré les causes d'erreur liées à la recherche du réflexe oculo-cardiaque, on doit lui accorder une grande valeur séméiologique; il est à la sympathologie ce que le réflexe rotulien est à la neurologie de relation. Les phénomènes circulatoires et respiratoires provoqués par la recherche du réflexe oculo-cardiaque ne sont d'ailleurs pas de simples réflexes, mais dépendent de mécanismes variés, telle cette accentuation du pouls dit parodoxal de Kussmaul, causée par le réflexe oculo-cardiaque chez un encéphalitique qui présentait des troubles respiratoires.

Quant aux relations du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire, M. Laignel-Lavastine montre une série de tracés comparatifs des deux réflexes, qui se modifient rarement en sens inverse et sont le plus souvent exagérés ou diminués dans le même sens.

Enfin, le scepticisme du rapporteur sur la valeur séméiologique des réflexes sympathiques en raison de leur variabilité chez les sujets dits normaux, n'est pas admis par M. Laignel-Lavastine qui considère, au contraire, que cette variabilité est l'expression visible du coefficient réactionnel individuel dont l'étude est nécessaire pour diminuer l'ignorance, où nous nous trouvons, des constitutions, des tempéraments et des caractères. De même que la psychiatrie éclaire la psychologie, la sympathologie clinique doit éclairer la sympathologie normale et permettre ainsi d'édifier cette partie nouvelle de la biologie que M. Ch. Richet a appelée la biologie différentielle.

M. BARRÉ partage entièrement le scepticisme de M. Söderbergh au sujet de la distinction et de l'antagonisme classiques entre l'ortho et le parasympathique, ainsi que de la valeur des épreuves physiologiques et pharmacodynamiques. Il rapporte l'histoire d'un sujet empoisonné par la belladone chez lequel la mydriase, la sécheresse de la bouche, la rétention d'urine témoignaient de la gravité de l'intoxication. Le réflexe oculo-cardiaque, recherché en pleine intoxication, puis deux jours après, après guérison complète, donnait, dans les deux circonstances, exactement le même résultat. M. Barré croit cependant que la part du système nerveux végétatif est importante en pathologie, et, en particulier, qu'elle pourrait éclairer certains faits d'hystérie.

M. LÉRI. On peut rapprocher de l'observation rapportée par M. Barré celle d'une malade présentée par M. Léri : il s'agit d'un syndrome bulbo-protubérantiel alterne très complexe avec hémiatrophie faciale portant surtout sur les téguments et sur le plan musculaire. Cette malade a un pouls extrêmement instable et un réflexe oculo-cardiaque d'une remarquable intensité : la compression d'un seul globe oculaire provoque un ralentissement de quarante pulsations et la compression des deux yeux détermine un arrêt du cœur. Or, chez cette malade, les épreuves de l'atropine, de la pilocarpine, du nitrite d'amyle et de l'adrénaline ne fournissent que des résultats absolument normaux.

M. H. CLAUDE, comme M. Laignel-Lavastine, estime qu'il ne faut pas exagérer le scepticisme à l'égard des épreuves d'exploration du système sympathique; en psychiatrie tout au moins, ces épreuves fournissent des résultats concordants et peuvent être d'une réelle utilité. M. Claude et ses élèves en apportent la preuve dans une série de communications importantes.

La réalité du réflexe solaire. Importance des conditions d'examen pour l'étude des réflexes du système neuro-végétatif. — M. Henri CLAUDE s'est attaché, depuis 1921, à l'étude de la valeur, de la signification et des variations du réflexe solaire que MM. André Thomas et J.-C. Roux avaient découvert en 1914. Il insiste sur les précautions de technique minutieuses qu'exige sa recherche : malade examiné le matin, à jeun, au repos absolu, dépression lente, insensible, de la région épigastrique. Il montre, par une importante série d'expériences pratiquées sur le chien, que le réflexe solaire est bien transmis par la voie sympathique (il disparaît après section des deux splanchniques; l'excitation du bout central d'un splanchnique sectionné le reproduit), qu'il est indépendant de toute action hydraulique sur l'aorte abdominale et que la section des vagues ne le modifie pas, non plus que les tiraillements de l'intestin. Or, les chiens réagissent au réflexe solaire de manières très diverses. Les chiens à réflexe oculo-cardiaque nul ou inversé ont un réflexe solaire très net. Les chiens à réflexe oculo-cardiaque fort n'ont pas ou presque pas de réflexe solaire, mais, après injection d'un milligramme d'adrénaline, le réflexe solaire apparaît, très intense. La chute de pression artérielle paraît être liée à une vaso-dilatation abdominale intense, à laquelle se joint une vaso-constriction pulmonaire.

Chez l'homme, l'exploration du réflexe solaire est plus délicate, mais elle est souvent intéressante chez les aliénés. Les anxieux, les mélancoliques, les cyclothymiques gardent le même type de syndrome solaire pendant tout le temps que dure leur syndrome mental. Beaucoup de déments précoces sont remarquables par la disparition complète de toutes leurs réactions végétatives : réflexe oculo-cardiaque, réflexe solaire réactions pharmacodynamiques.

Faits cliniques éclairés par l'exploration vago-sympathique. — M. TINEL considère que l'erreur de la conception de Eppinger et Hess est de considérer l'ensemble du système végétatif comme un système simple et unique : le fonctionnement des organes est réglé, en réalité, par une série de « systèmes autonomes » plus ou moins distincts les uns des autres. Sous cette réserve, l'exploration du tonus vago-sympathique pour tel ou tel appareil déterminé peut rendre de grands services en clinique.

M. Tinel projette, à titre d'exemples, une série de tracés sphygmographiques caractéristiques. Un réflexe solaire fort, avec réflexe oculo-cardiaque faible, chez un tachycardiaque, permet d'éliminer la maladie de Basedow et de conclure à un syndrome d'hyperexcitabilité sympathique émotionnelle pseudo-basedowien. Chez un épileptique, un réflexe oculo-cardiaque extrêmement intense précède la crise; le réflexe redevient faible ou nul aussitôt après, pour augmenter de nouveau à l'approche de la crise suivante. Cette particularité permet de reconnaître l'épilepsie, car les réflexes oculo-cardiaques très accentués sont le propre des épileptiques, des migraineux, des maniaques et des vrais anxieux (les émotifs agités étant plutôt sympathicotoniques). Une exagération du réflexe oculo-cardiaque peut permettre de prévoir une crise de manie ou d'anxiété et de la juguler. Une injection d'extrait hypophysaire, qui agit au contraire comme un puissant excitant du vague, peut déclencher une crise. Dans les états de stupeur, l'abolition du réflexe solaire et du réflexe oculo-cardiaque — l' « inertie végétative » — permettra de distinguer la démence précoce de l'état mélancolique. La réapparition des réflexes végétatifs sera l'indice d'un meilleur pronostic.

Tonus végétatif et épreuve de la tolérance du sucre. — MM. SANTENOISE et VIDACOVITCH montrent que les vagotoniques sont très résistants à l'hyperglycémie alimentaire, alors que les sympathicotoniques sont très peu résistants. Chez les cyclothymiques, la tolérance du sucre subit des variations parallèles à celles du tonus vago-sympathique.

Partant de cette donnée, M. Santenoise a été amené à se demander si le pancréas ne sécrète pas une substance qui agit sur le tonus et sur l'excitabilité du vague. Or l'expérience paraît vérifier pleinement cette hypothèse. L'injection d'insuline détermine une puissante excitation du vague. L'ablation du pancréas chez des animaux très vagotoniques fait disparaître les signes d'excitation vagale, et donne aux réactions à peu près les mêmes caractères qu'après vagotomie double. La pancréatectomie partielle, au contraire, ne modifie pas les réactions vagales. Les animaux hypervagotoniques ont de gros pancréas. Enfin l'injection de sang ou de sérum frais de chien hypervagotonique à un chien hypovagotonique ou dépancréaté fait reparaître l'excitabilité vagale. Le sérum de la veine pancréatique est, à cet égard, de beaucoup le plus actif. Mais, si l'on enlève le pancréas d'un chien dont le sérum agissait puissamment, le sérum du chien dépancréaté devient inactif.

M. Santenoise conclut que le pancréas serait au pneumogastrique ce que les surrénales sont au sympathique.

Considérations physiologiques sur la notion de vagotonie. — M. SANTENOISE estime que la notion de vagotonie repose sur un ensemble de faits positifs, et se retrouve liée à un état d'équilibre neuro-glandulaire; la vagotonie est en relation étroite, non seulement avec le fonctionnement psychique, mais encore avec la sensibilité aux chocs et aux poisons. Ce dernier point est particulièrement mis en valeur par des expériences très curieuses, qui montrent la sécrétion, sous l'influence de l'excitation du vague, d'une substance thyroïdienne (harmozone) qui est sensibilisante à l'égard du choc peptonique. La section basse du vague au cou empêche ce choc (à condition que la dose de peptone ne soit pas excessive). Si l'on excite le vague d'un animal, et qu'on prélève séparément l'extrait de chacun de ses deux lobes thyroïdiens, l'injection de l'extrait du lobe énervé ne détermine pas de choc; l'injection de l'extrait du lobe qui a conservé son innervation détermine un choc. Il est probable que la vagotonie agit en modifiant le pouvoir d'absorption des cellules nerveuses, car les chiens vagotomisés et endormis par la chloralose se réveillent bien plus vite que les témoins.

Considérations sur les épreuves pharmacodynamiques végétatives. — MM. SANTENOISE et JACQUES DE MASSARY, ayant pratiqué un nombre important d'épreuves pharmacodynamiques, ont bien souvent noté une certaine discordance entre les résultats obtenus par celles-ci et ceux donnés par des méthodes plus précises telles que le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire. Ils expliquent ces différences par la complexité des réactions consécutives à l'injection des agents pharmacodynamiques.

Toutefois, si on peut déterminer avec précision, uniquement à l'aide de ceux-ci, l'état du tonus vague et du sympathique, il n'en reste pas moins vrai que cette méthode peut donner des renseignements précieux, mais seulement à condition de suivre, ainsi que le font toujours les auteurs, les variations du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire sous l'influence des divers agents pharmacodynamiques. On peut ainsi analyser la sensibilité des centres neuro-végétatifs, et cette détermination du « dynamisme végétatif » semble des plus importantes dans l'étude de diverses affections organiques.

Tension veineuse et réflexe solaire. — MM. MONTASSUT et LAMOCHE montrent que la diminution de la tension artérielle déterminée par le réflexe solaire s'accompagne dans la grande majorité des cas (41 fois sur 50 cas), d'une élévation de la tension veineuse.

Pilocarpine et tension du liquide céphalorachidien. — MM. CLAUDE, TARGOWLA, BAILEY et LAMOCHE ont constaté que l'injection de pilocarpine, dans 50 p. 100 des cas, fait baisser la tension du liquide céphalorachidien.

Action du nitrite d'amyle sur la pression du liquide céphalorachidien. — MM. TARGOWLA et LAMOCHE ont observé que leurs sujets se répartissaient en deux groupes : chez les sujets dépourvus de réflexe solaire, le nitrite d'amyle n'a pas d'action sur la tension du liquide céphalorachidien. Au contraire, chez les sujets à réflexe solaire intense, le nitrite d'amyle détermine, outre une forte réaction vaso-dilatatrice, une élévation de la tension du liquide céphalorachidien.

Réflexe solaire et tension du liquide céphalorachidien. — MM. CLAUDE, TARGOWLA et LAMOCHE ont constaté que le reflexe solaire, quand il est intense, s'accompagne d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Glycémie et hyperréflectivité sympathique. — MM. TARGOWLA, BAILEY et LAMOCHE considèrent, d'après leurs expé-

riences personnelles, l'hyperglycémie adrénalinique comme un signe valable d'hypersympathicotonie.

Les réactions pharmacodynamiques adrénaliniques chez l'enfant. — M. Fornara (de Novare) a constaté, chez l'enfant plus encore que chez l'adulte, la fréquence des réactions dissociées à l'adrénaline (la réaction cardio-vasculaire, par exemple, et la réaction hyperglycémique ne se produisant pas dans le même sens). Il utilise la voie sous-cutanée, plus maniable, de préférence à la voie intraveineuse, dont les effets sont trop rapides.

L'ergotamine, inhibiteur du sympathique, comme moyen d'exploration clinique et comme agent thérapeutique. — M. Maier (de Zurich) recommande l'ergotamine, extrait de l'ergot de seigle, comme inhibiteur du sympathique, antagoniste de la cocaïne. L'ergotamine est moins toxique, plus maniable que l'ergotoxine ou l'ergotinine. Elle donne de bons résultats thérapeutiques, à la dose de un demi à 3 milligrammes par jour pendant une quinzaine de jours, dans l'urticaire, dans la migraine, sur certains petits accès épileptiques, et surtout dans la maladie de Basedow, dont ce serait le traitement de choix. Elle est utile chez certains diabétiques qui résistent à l'insuline, et qu'elles sensibilise à l'égard de ce dernier médicament. Il semble que l'ergotamine neutralise un excès d'adrénaline.

Contribution à la méthode clinique d'exploration du sympathique. — M. Rothlin (de Bâle) procède à l'étude physiologique expérimentale de l'ergotamine. Ce médicament, malgré son amphotropisme, dont l'auteur donne la preuve, se présente pratiquement comme un antagoniste vrai de l'adrénaline, et serait à cette dernière, à l'égard du sympathique, ce qu'est l'atropine à la pilocarpine à l'égard du vague. L'ergotamine, en effet, inhibe l'action de l'adrénaline sur la circulation périphérique (empêche la vaso-constriction), sur le cœur (ralentit le cœur), sur l'utérus, sur les vésicules séminales, sur la glycémie (empêche l'hyperglycémie adrénalinique).

L'épreuve de l'atropine intraveineuse et de l'orthostatisme. — MM. Laignel-Lavastine et Largeau rendent compte de leur expérience, déjà vieille de deux ans, de l'épreuve de Danielopolu de l'atropine intraveineuse et de l'orthostatisme. Ils ont suivi exactement la technique indiquée par l'auteur roumain, et l'ont trouvée parfaitement compatible avec les conditions cliniques courantes.

Ils insistent sur la nécessité de l'emploi d'une solution de sulfate neutre d'atropine récemment préparée et de conditions d'expériences exactement identiques d'un sujet à l'autre.

De nombreuses observations de base leur ont permis de considérer comme normal le pouvoir inhibiteur du vague chiffré selon la notation de Danielopolu entre 50 et 60.

Parmi les résultats, les auteurs insistent sur ceux des bradycardiques et des épileptiques. Dans deux cas de bradycardie totale, dont une fut confirmée par l'électrocardiographie, le pouvoir inhibiteur du vague était nettement augmenté (62 et 96).

Par contre, chez les épileptiques, ce pouvoir était diminué dans deux cas (42 et 48), normal dans deux autres (50 et 58), et nettement augmenté dans deux autres (64 et 72).

Le pouvoir inhibiteur du vague à 64 fut constaté une heure après une crise généralisée; le pouvoir inhibiteur du vague à 72, deux heures avant une crise.

Ces constatations montrent la complexité des données fournies par la recherche des réflexes vago-sympathiques chez les épileptiques, et la nécessité de ne les interpréter qu'avec une extrême prudence.

Le réflexe orthostatique dans la fièvre typhoïde. — MM. Laignel-Lavastine et Degrais montrent l'intérêt de la recherche quotidienne du réflexe orthostatique au cours de la fièvre typhoïde, en prenant le pouls d'abord en position couchée, puis en position assise. Les auteurs ont remarqué que l'accélération orthostatique, d'abord petite et même presque nulle dans la période d'état de la maladie, augmentait avec l'amélioration du malade et avec l'installation de la convalescence. Comparant la courbe du réflexe orthostatique avec la courbe du réflexe oculo-cardiaque pris dans les mêmes conditions, ils ont constaté que la courbe de ce dernier réflexe était exactement inverse de la courbe du premier.

La courbe du réflexe orthostatique apparaît comme la courbe du réflexe oculo-cardiaque vue dans une glace : même accident à peu près, et même amplitude, mais en sens inverse. L'établissement de cette courbe paraît avoir une certaine valeur pronostique; une forte exagération du réflexe oculo-cardiaque coïncidant avec un réflexe orthostatique nul ou inversé témoigne d'une infection grave, et fait craindre quelque complication.

Par contre, l'exagération du réflexe orthostatique, coïncidant avec l'atténuation du réflexe oculo-cardiaque, paraît d'un bon pronostic et fait présager la convalescence.

Réflexes végétatifs et perturbations fonctionnelles des organes et des tissus. — M. Louis Alquier. On sait combien une irritation des muqueuses — nasale, utérine, etc. — la distension gastrique brusque, une aire congestive du foie, de l'utérus, etc., sont réflexogènes pour l'innervation végétative. Mais moins connue, quoique très importante, est la rétraction des tissus sur l'infiltrat interstitiel que détermine si fréquemment toute perturbation humorale. Elle morcelle l'infiltrat, lui donnant l'apparence connue sous le nom de cellulite, et cause d'innombrables troubles vaso-moteurs, réflexes végétatifs les plus divers, crampes, secousses musculaires par irritation des nerfs moteurs, algies par irritation des nerfs sensitifs à chaque crispation brusque ou à chaque poussée congestive de la cellulite. Cette rétraction ressemble à un spasme appartenant au tissu interstitiel, elle cède à l'étirement, à l'atropine, augmente sous l'influence des causes irritantes.

L'auteur montre comment ces diverses causes peuvent retentir sur les réflexes solaire, oculo-cardiaque, créer l'acrocyanose œdémateuse, et conclut que, pour éviter les variations si fréquentes des réflexes végétatifs, il faut, avant de les rechercher, éliminer ces causes de déséquilibre et de variations momentanées.

Résultats cliniques de l'exploration du système végétatif à l'aide des tests pharmacologiques. — MM. Marinesco et Sager.

Le déséquilibre végétatif dans les névroses. — M. Radovici (de Bucarest).

L'épreuve de l'hyperglycémie adrénalinique comme moyen d'exploration du système neuro-végétatif chez les parkinsoniens encéphalitiques. — M. Syllaba (de Prague).

*
* *

Il faut, enfin, mettre à part l'intéressante communication de M. Dide où le problème du sympathique dans les psychoses se trouve envisagé sous un aspect tout différent : le point de vue anatomo-pathologique.

Lésions du sympathique dans les psychoses. — M. Dide (de Toulouse) a entrepris des études d'histologie fine sur les ganglions sympathiques (principalement le cervical supérieur, quelquefois aussi le cervical inférieur, dont les lésions étaient toujours analogues à celles du cervical supérieur), d'une part chez des déments précoces, d'autre part, chez des malades atteints de formes acquises du syndrome de Cotard. Les méthodes employées étaient l'hématoxyline du fer — van Gieson — et le Bielschowsky. Les projections de M. Dide montrent très nettement, par comparaison avec les aspects que peuvent prendre les cellules ganglionnaires normales, des aspects manifestement pathologiques : vacuoles, dégénérescence en masse, épaississements éléphantiasiques ou moniliformes des prolongements, atrophie des prolongements, disparition du réseau fibrillaire. Ces lésions sont du même ordre dans la démence précoce et dans le syndrome de Cotard, affections qui intéressent l'une et l'autre profondément la personnalité. Mais, dans la démence précoce, maladie constitutionnelle, les lésions seraient exclusivement et primitivement cellulaires, tandis que dans le syndrome de Cotard on observerait des lésions conjonctives plus importantes.

J. MOUZON.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Fonds de commerce d'Entreprise française de Manutention exploitant les Laboratoires pharmaceutiques

PHOSODA

à Asnières (Seine), rue de l'Avenir, 28. A adjuger Étude de Me CHAVANE, not., 162, boulev. Magenta, le 10 août 1926, à 16 h. Mise à pr., **500** fr. Matériel pour **12.937** fr. Loyer d'av. à remb., **7.500** fr. Cons. p. ench., **2.000** fr. S'adresser pour visiter sur les lieux et audit Me CHAVANE, notaire.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

SERVICES AUTOMOBILES DE LA BOURGOGNE. — La Bourgogne, avec ses bourgs célèbre par la qualité de leurs vins, avec ses monuments du passé, attire chaque année de nombreux touristes.

Pour permettre de visiter dans d'excellentes conditions de confort et de sécurité cette région si pittoresque, la Compagnie P.-L.-M., mettra en circulation les services automobiles désignés ci-après :

— les dimanche et jeudi, jusqu'au 23 septembre, un circuit passant par Clos-Vougeot, Beaune, Pouilly-en-Auxois, Val Suzon, Talant. Prix : 55 fr.

— les mercredis et samedi jusqu'au 22 septembre, un circuit passant par Saint-Seine-l'Abbaye, Alise-Sainte-Reine, Flavigny, Sémur, Saint-Thibault, Vitteaux et Sombernon. Prix : 65 fr.

N° 62. — MERCREDI 4 AOUT 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 4 AOUT 1926. — N° 62.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — *Composition écrite.* — Séance du 30 juillet. — Pathologie chirurgicale. Question donnée : « Diagnostic différentiel et indications thérapeutiques dans le cancer du col de l'utérus. »

Questions restées dans l'urne : « Signes, diagnostic et traitement du mal de Pott sous-occipital. » — « Signes, diagnostic et traitement du cancer du rein. »

Répartition des jurys. — *Anatomie.* — Jury : MM. Pruvost, Gouverneur, Madier.

Première séance, mardi 3 août 1926, à 17 h., à Beaujon.

Pathologie médicale. — Jury : MM. Donzelot, Tinel, Brodin.

Première séance, mercredi 4 août, à 17 h., à Beaujon.

Pathologie chirurgicale. — Jury : MM. Bollack, Portes, d'Allaines.

Première séance, mercredi 4 août, à 17 h. 15, à Laënnec.

L'assurance pour les internes victimes d'accidents ou de maladies dans l'exercice de leurs fonctions. — Le Conseil municipal de Paris, sur un rapport de M. Grangier, a adopté la délibération suivante :

« 1° Les dispositions du règlement sur le Service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris sont complétées ainsi qu'il suit :

Art. 320. — Les dispositions ci-dessous, relatives aux accidents, blessures et maladies survenues aux élèves internes en médecine et en pharmacie, sont applicables aux internes titulaires, aux internes provisoires pourvus d'un service, ainsi qu'à leurs remplaçants régulièrement agréés.

Art. 321. — Les internes des hôpitaux victimes d'accident ou de blessure survenus pendant la durée des fonctions ou de maladie se déclarant soit dans le même temps, soit pendant la période d'incubation à partir du moment où les fonctions auront cessé, bénéficieront de la gratuité des soins dans un établissement dépendant de l'Administration. Ils pourront, en outre, recevoir le payement de leurs indemnités pendant la durée de la maladie et de la convalescence.

Ce paiement sera de droit si l'accident, la blessure, ou la maladie est imputable au service.

Toutefois, les internes ne recevront pas les indemnités de vivres pendant la durée de leur séjour gratuit dans un établissement hospitalier.

Art. 322. — En cas d'invalidité résultant d'accident, de blessure ou de maladie imputable au service, dans les conditions qui vont être définies, une allocation annuelle sera attribuée à l'interne, à partir du jour de la consolidation, date à laquelle cessera dans tous les cas le paiement des indemnités.

Art. 323. — Seront considérés comme imputables au service :

a. Toute blessure externe, toute lésion chirurgicale ou médicale, tout trouble nerveux ou psychique qui résulteront de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure intervenant pendant l'exercice ou à l'occasion des fonctions, et toute lésion déterminée par un effort dans les mêmes circonstances.

b. Les maladies suivantes se déclarant soit pendant la durée des fonctions, soit pendant la période d'incubation à compter du moment où les fonctions auront cessé : fièvre typhoïde et paratyphoïde, typhus, variole, varicelle, scarlatine, rougeole, diphtérie, oreillons, grippe infectieuse épidémique, coqueluche, érysipèle, choléra, peste, dysenterie, méningite cérébro-spinale épidémique, poliomyélite, encéphalite épidémique, fièvre de Malte, trachome, ophtalmie purulente, toxi-infections consécutives aux inoculations septiques.

c. Toute maladie résultant notoirement de l'exercice des fonctions.

ART. 324. — L'allocation annuelle est fixée à 6.000 fr. pour une invalidité de 100 p. 100. En cas d'invalidité partielle, le taux sera déterminé suivant le degré d'invalidité apprécié de 5 en 5 jusqu'à 100 p. 100. Toute invalidité inférieure à 10 p. 100 ne donne pas droit à une allocation.

L'allocation sera majorée, pour charges de famille, d'une somme qui sera, par enfant légitime ou naturel reconnu, né ou conçu avant la consolidation, de 1.000 fr. en cas d'invalidité de 100 p. 100, et en cas d'invalidité partielle de la fraction de 1.000 fr. correspondant au degré d'invalidité.

Ces majorations ne seront attribuées ou maintenues que si l'enfant remplit l'une des trois conditions suivantes :

1° Etre âgé de moins de dix-huit ans;

2° Sans condition d'âge, être, d'une manière permanente et définitive, incapable de travailler par suite de maladies ou d'infirmités;

3° Etre âgé de moins de vingt et un ans et poursuivre des études dont il sera justifié, au commencement de chaque année, par la production d'un certificat de scolarité.

ART. 325. — Une Commission spéciale sera chargée :

a. De dire s'il y a imputabilité au service;

b. De déterminer le degré d'invalidité en s'inspirant des barèmes usuels et en tenant compte de la gêne pour l'exercice de la profession, et, le cas échéant, de la spécialité.

Cette Commission sera composée de trois docteurs en médecine, médecins, chirurgiens ou spécialistes.

L'un sera désigné par l'Administration; un autre sera désigné par l'intéressé, ou, le cas échéant, par les ayants droit. Le troisième sera choisi par les deux précédents, et, en cas de désaccord, par le président du Conseil de préfecture de la Seine parmi les chefs de service des hôpitaux et hospices de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris figurant sur la liste des experts près le Conseil de préfecture ou le Tribunal civil de la Seine.

A l'expiration du délai de trois ans à compter de la consolidation, une Commission constituée de la même manière procédera obligatoirement à la revision du degré d'invalidité.

L'administration ou l'intéressé pourra demander la révision à tout moment pendant le cours de ces trois ans.

Au cas où l'intéressé refuserait de se prêter aux opérations de la révision, le paiement de l'allocation serait suspendu.

ART. 326. — Lorsque la Commission spéciale reconnaîtra que l'interne ou ancien interne est décédé des suites d'un accident, blessure ou maladie imputable au service, même si le décès survient après attribution d'une allocation viagère, la veuve (même séparée de corps, si le jugement a été rendu exclusivement en sa faveur) recevra une allocation annuelle et viagère de 3.000 fr. à condition que le mariage soit antérieur à l'accident, la blessure ou la maladie. Cette allocation cessera en cas de nouveau mariage.

D'autre part, chaque enfant de l'interne, remplissant les conditions indiquées à l'article 324, recevra une allocution annuelle de 1 000 fr.

Cette allocation est portée à 2 000 fr;

a. En faveur de tout enfant qui ne serait pas issu de la veuve attributaire d'allocation;

b. En faveur de chacun des enfants lorsque l'interne ne laissera pas de veuve attributaire d'allocation ou lorsque l'allocation attribuée à la veuve viendra à s'éteindre.

En outre, dans l'un ou l'autre des cas prévus à l'alinéa précédent, une majoration égale au montant de l'allocation de veuve sera attribuée au profit de l'ensemble des enfants bénéficiaires d'allocation principale.

Cette majoration sera répartie par tête définitivement et sans réversibilité. Elle cessera avec l'allocation principale.

Aucun enfant ne pourra jamais recevoir une somme supérieure à l'allocation de veuve.

ART. 327. — Lorsqu'un interne ou ancien interne, attributaire d'une allocation viagère, décédera par suite d'une cause étrangère à l'accident, blessure ou maladie imputables au service, la veuve et les enfants de l'interne, remplissant les conditions indiquées aux articles précédents, recevront les allocatiofis et majorations déterminées à l'article 326.

Toutefois, le taux de ces allocations et majorations sera fixé proportionnellement au degré d'invalidité.

ART. 328. — Les ascendants de l'interne décédé des suites de l'accident, de la blessure ou de la maladie imputables au service, même si le décès survient après l'attribution de l'allocation à l'interne, pourront prétendre à des allocations triennales renouvelables, à condition qu'ils justifient :

1° Qu'ils sont de nationalité française;

2° Qu'ils sont ou infirmes ou atteints d'une maladie incurable, ou âgés de plus de soixante ans, s'il s'agit d'ascendants du sexe masculin, et de plus de cinquante-cinq ans s'il s'agit d'ascendants du sexe féminin.

L'allocation annuelle est fixée à la moitié d'une allocation de veuve pour chacun des père et mère.

Si le père ou la mère est prédécédé, l'allocation ci-dessus pourra être répartie dans sa ligne, par tête, sans réversibilité, entre tous les ascendants remplissant les conditions indiquées au présent article.

Les dépenses résultant ultérieurement de l'attribution de pensions d'invalidité seront inscrites, au fur et à mesure des nécessités, au budget de l'Assistance publique, chap. 5, art. 9, § 2, sous la rubrique : « Pensons viagères pour accidents à des personnes victimes, dans les établissements de l'Administration de l'Assistance publique, d'accidents ne tombant pas sous le coup de la loi du 9 avril 1898 ou à leurs ayants droit. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le lundi 11 octobre 1926, à 9 h. du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'internes titulaires appelés à assurer le fonctionnement des services de médecine et de chirurgie de la Faculté de l'Etat dans les hôpitaux de Lille.

Le concours aura lieu dans l'une des salles de l'hôpital de la Charité.

Les inscriptions seront reçues dans les bureaux de l'administration des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille, dix jours au moins avant l'ouverture du concours, soit jusqu'au jeudi 30 septembre 1926, à 5 h. du soir, dernier délai.

COMMISSION DE L'HYGIÈNE DU SÉNAT. — La Commission de l'hygiène, réunie sous la présidence de M. Chauveau, a nommé M. Fernand Merlin rapporteur du projet de loi augmentant les pensions des ouvriers mineurs, et M. de Bertier a été nommé rapporteur de la proposition tendant au même objet en ce qui concerne les départements recouvrés.

Sur la proposition de M. Fernand Merlin, la Commission a chargé son président d'attirer l'attention du gouvernement sur le fait que les nouveaux projets financiers prévoient une augmentation de taxes sur les boissons hygiéniques, alors que les apéritifs, les spiritueux et le vin de liqueur de provenance étrangère ne sont point atteints.

Enfin M. Mauger a signalé à ses collègues la nécessité de faire aboutir le projet tendant à améliorer la loi sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. les docteurs Chavannaz, Dubreuilh et Durand (de Bordeaux), Chevallereau (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Sébeleau (de Blaye), Magnus (de Sainte-Croix-aux-Mines), Fournier (de Paris); Caradec (de Brest); M. Béteau, interne en médecine au sanatorium départemental de Crèvecœur-le-Grand.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Damotte (de Baume-les-Dames), Ducos (de Pau), Pambrun (de Bayonne), Robert (d'Amiens), Papon (de Mareuil-sur-Lay).

A PROPOS DE DEUX CAS DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

TRAITÉS PAR L'AUTOVACCINOTHÉRAPIE APRÈS ÉCHEC DE LA SÉROTHÉRAPIE (1)

Par MM. COURTOIS-SUFFIT,
Médecin de la Maison Dubois,
et GEORGES GARNIER,
Interne des hôpitaux.

La méningite cérébro-spinale qui, autrefois, réagissait si rapidement à la sérothérapie, se montre de plus en plus réfractaire à ce mode de traitement, et il est devenu fréquent de voir les injections de sérum antiméningococcique rester sans effets sur l'évolution de cette affection, et cela, même dans les cas où la sérothérapie a été appliquée suivant les règles classiques, à doses suffisantes et répétées.

C'est pourquoi, nous avons cru intéressant de présenter deux observations de méningite cérébrospinale, dont l'une, avec méningococcémie, et au cours desquelles la sérothérapie s'est montrée absolument inefficace.

Dans ces deux cas, devant cet échec, nous avons eu recours, avec un succès variable, à la bactériothérapie sous forme d'autovaccin.

Voici ces deux observations résumées :

Méningite cérébro-spinale, sans méningococcémie, échec du sérum. Guérison par l'autovaccin. — OBSERVATION. I. — M. T... entre à la maison Dubois le 24 octobre 1925.

On a porté en ville le diagnostic de fièvre paratyphoïde sur l'existence d'un sérodiagnostic positif au 1/50 au para B.

A son entrée, l'interrogatoire apprend que le malade est souffrant depuis une huitaine de jours, pendant lesquels il a présenté de la céphalée, une angine, et une température oscillant autour de 39 degrés.

L'examen le même jour, ne montre ni taches rosées, ni grosse rate.

La langue est sabburale ; il existe de l'herpès labial. Il n'y a pas de signe de Kerning, mais un peu de raideur de la nuque. Les réflexes sont normaux. Le reste de l'examen somatique est négatif. La température est à 39°3, le pouls à 88. La tension artérielle à 15-9 au Vaquez.

En présence de la raideur de la nuque, de l'herpès labial, on fait une ponction lombaire, qui ramène un liquide louche, hypertendu, où l'examen microscopique révèle l'existence de nombreux polynucléaires et de diplocoques en grain de café à Gram négatif.

On injecte immédiatement 60 centimètres cubes de sérum antiméningo polyvalent.

On a, d'autre part, ensemencé le liquide céphalo-rachidien sur gélose ascite.

Le lendemain de l'arrivée, le 25 octobre, la température est autour de 40 degrés. Les signes méningés se sont précisés, céphalée marquée, Kernig net, raideur de la nuque plus accentuée.

On injecte 50 centimètres cubes de sérum polyvalent intra-rachidien.

Le 26 octobre. Les signes restent les mêmes.

On injecte 40 centimètres cubes de sérum après ponction lombaire.

La température était montée le soir à 40 degrés, on pratique une hémoculture qui restera négative

La culture du liquide céphalo-rachidien sur gélose ascite a permis d'isoler un méningocoque, qui est agglutiné par les trois sérums que nous possédons au laboratoire.

Le 27 octobre. On injecte encore 40 centimètres cubes de sérum polyvalent.

La ponction lombaire a montré un liquide louche contenant 0 gr. 12 de glucose par litre.

Le 28 octobre. Sédation des symptômes, la température est au-dessous de 39 degrés, la céphalée, la raideur de la nuque sont moins vives.

Après agglutination par le procédé lent, on identifie un méningocoque A, et on injecte 60 centimètres cubes de sérum anti A dans le liquide céphalo-rachidien.

Le 29 octobre. Nouvelle injection de 40 centimètres cubes de sérum anti A.

Dans les jours qui suivent, aggravation des symptômes. La température qui était tombée à 38 degrés, remonte brusquement à 40 degrés, en même temps que reprennent les signes méningés.

La ponction lombaire permet d'éliminer la méningite sérique ; en effet le liquide est louche, contient toujours des méningocoques, et ne révèle à l'analyse que 0,054 (cinquante-quatre milligrammes) de glucose par litre (par le procédé de Fontès et Thivolle).

On réinjecte alors 60 centimètres cubes de sérum.

Pendant quelques jours, légère amélioration ; température plus stable, autour de 38 degrés.

Le 7 et le 9 novembre, on injecte encore 40 centimètres cubes de sérum anti A. Après chaque injection la température s'abaisse, mais ça n'est là qu'une accalmie de courte durée. La courbe fébrile va reprendre ses oscillations irrégulières, en même temps que s'aggrave l'état du malade.

Celui-ci reste, en effet, inerte dans son lit, somnolent, se plaignant par moments d'une céphalée très vive. La nuit il présente de l'agitation avec délire.

La raideur de la nuque, les signes de Kernig et de Brudzinski sont très nets. La diarrhée s'installe. Le malade s'amaigrit de façon considérable. Cette situation dure jusqu'à la fin de novembre.

Il est à noter que le malade a reçu en tout 430 centimètres cubes de sérum.

Devant l'échec manifeste de la sérothérapie, nous avons préparé un autovaccin, en partant d'une culture de vingt-quatre heures sur gélose ascite, du liquide céphalo-rachidien ensemencé largement. L'émulsion microbienne fut chauffée à 56 degrés pendant une demi-heure, et répartie en ampoules contenant 1 milliard de germes par centimètre cube.

Le 25 novembre, on injecte par voie intramusculaire, 1/2 centimètre cube (soit 500 millions de germes) de l'autovaccin.

Le même jour, et au préalable, on a fait une ponction lombaire qui témoigne de l'activité persistante de l'infection, comme le montre le liquide louche, la présence de méningocoques qui cultivent en vingt-quatre heures sur gélose ascite.

La température tombe au-dessous de 37 degrés, et va s'y maintenir. Tous les deux jours on injecte 1 centimètre cube, puis 1cc 1/2, puis 2 dans les muscles fessiers.

Ces injections sont admirablement supportées, le malade ne présentant qu'une légère réaction locale : douleur et rougeure

Cependant, après la quatrième qui contient 2 milliards de germes, la température monte à 38°4, en même temps que survient une reprise de la céphalée.

Mais les jours suivants, tous les signes s'amendent rapidement. Le malade est sorti de sa torpeur, s'intéresse à ce qui l'entoure, a retrouvé sa mémoire.

La céphalée, la raideur ont disparu.

Amélioration parallèle de l'état général, avec reprise des forces et du poids.

Après la dixième injection d'autovaccin, le malade sort guéri.

Il a d'ailleurs été revu trois mois après, en parfait état de santé.

Méningococcémie et méningite cérébrospinale. Echec de la sérothérapie, traitement par autovaccin. Mort. — OBS. II. — Mme D... entre à la maison Dubois le 11 décembre 1925, avec le diagnostic de tétanos. Elle a été mordue par un chien une huitaine de jours, avant, la plaie située à l'angle externe de l'œil est actuellement cicatrisée.

A son entrée, la malade présente de la raideur de la nuque, mais, l'examen de la gorge est facile, il n'y a pas de trismus net.

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, séance du 25 juin 1926.

Les amygdales sont un peu rouges et hypertrophiées.
Pas de signes de Kernig, ni de Brundzinski.
Les réflexes tendineux sont normaux.
L'attention est attirée également vers le genou gauche de la malade. Ce dernier est nettement augmenté de volume et douloureux à la palpation. La peau qui recouvre la région est plus chaude que celle de l'autre genou.
On constate un choc rotulien assez net, et une légère limitation des mouvements de flexion.
Les régions malléolaires sont œdématiées.
A l'examen des divers appareils on note :
Au niveau des *poumons*, matité des deux bases, plus marquée à gauche, avec diminution du murmure vésiculaire.
Tube digestif : langue sabburale, fosse iliaque un peu gargouillante.
La rate est manifestement hypertrophiée et mesure 20 centimètres cubes sur 10.
A l'auscultation du cœur, on ne note rien d'anormal, la tension artérielle est de 13-10 au Vaquez.
Le pouls régulier à 110.
La température à 39°3.
Les urines sont assez abondantes, et albumineuses.
Un dosage ultérieur montre qu'il existe 0g90 d'albumine par litre.
Devant un tel tableau clinique, le diagnostic reste en suspens. On pratique une hémoculture.
Le 13 décembre, deux jours après, on constate dans le bouillon ensemencé des diplocoques à Gram négatif, présentant les caractères du méningocoque.
On injecte à la malade, dont l'état est resté stationnaire :
20 centimètres cubes de sérum antiméningo-polyvalent, par voie intraveineuse;
40 centimètres cubes de sérum antiméningo-polyvalent, par voie intramusculaire.
Le 14 décembre, on injecte à nouveau :
20 centimètres cubes de sérum polyvalent, par voie intraveineuse;
40 centimètres cubes de sérum polyvalent, par voie intramusculaire.
L'examen de la malade permet de constater l'existence d'une raideur de la nuque très marquée.
Les signes de Kernig et de Brundzinski sont positifs.
Au point de vue pulmonaire : à la base gauche on note de la matité avec abolition du murmure vésiculaire et présence d'un souffle pleurétique.
La ponction révèle l'existence de liquide sérofibrineux où l'on trouve des polynucléaires, sans éléments microbiens.
On pratique également une ponction lombaire qui ramène un liquide louche, hypertendu; on injecte immédiatement 40 centimètres cubes de sérum polyvalent intrarachidien.
L'examen du liquide céphalo-rachidien montre la présence de nombreux polynucléaires, de diplocoques à Gram négatif.
Glucose : 0g20.
On ensemence le liquide sur gélose ascite.
Le 15 décembre, la température est tombée le matin à 38°3; le pouls est à 110.
La malade accuse une céphalée très vive qui l'empêche de dormir.
Les douleurs ont diminué au niveau du genou gauche dont l'épanchement est moins abondant.
On injecte :
20 centimètres cubes de sérum polyvalent, par voie intraveineuse;
40 centimètres cubes de sérum polyvalent, par voie intrarachidienne.
Le 16 décembre, on a pu identifier le méningocoque isolé de l'hémoculture et du liquide céphalo-rachidien, il s'agit d'un méningocoque B.
On injecte à la malade :
40 centimètres cubes de sérum antiméningocoque B, par voie intrarachidienne.
20 centimètres cubes de sérum antiméningocoque B, dans les muscles fessiers.
Après l'injection intrarachidienne, la malade est prise d'un frisson violent, avec pouls à 140. Sueurs, état syncopal, tous signes qui cèdent rapidement à l'injection de 1 centimètre cube d'adrénaline.
Le 17 décembre, la température est tombée à 37 degrés, le pouls à 100. La malade se sent mieux; la céphalée est moins vive.
La température monte le soir à 39 degrés.
Le 18 décembre, l'amélioration persiste.
La température, à 38 degrés le matin, est à 36°6 le soir.
A l'examen, on note une régression très manifeste des signes pleuraux de la base gauche : le souffle a disparu, le murmure vésiculaire s'entend jusqu'en bas; il subsiste seulement une diminution de la sonorité. Mais dans la nuit du 18 au 19 la malade est prise d'un frisson prolongé (une heure) suivi de sueurs et d'ascension thermique à 40 degrés qui persiste le matin.
Il y a également reprise manifeste de la céphalée, de la raideur de la nuque et du signe de Kernig.
Aussitôt on pratique une injection de sérum spécifique :
40 centimètres cubes intrarachidien ;
40 centimètres cubes intramusculaire.
On renouvelle les mêmes doses le 20 et le 21 décembre.
Le 23 décembre, nouvelle injection de *40 centimètres cubes par voie intrarachidienne ; 40 centimètres cubes par voie intramusculaire.*
Le 25 décembre, 40 centimètres cubes de sérum intramusculaire.
A ce moment la malade a donc reçu en tout *560 centimètres cubes de sérum.*
La température continue à osciller entre 37 et 40 degrés, en même temps que le pouls se montre très instable, variant de 90 à 160, avec des irrégularités fréquentes. Le taux des urines a baissé. On institue un traitement digitalique et on prescrit de la théobromine.
Cependant la raideur de la nuque est moins vive, le Kernig moins marqué jusqu'au 5 janvier.
A ce moment, les signes spéciaux reparaissent très intenses.
La malade délire par moments.
La diarrhée s'installe avec incontinence des matières.
Le 7 janvier, on fait à la malade une injection de 1/2 centimètre cube d'autovaccin préparé en partant d'une culture de vingt-quatre heures du méningocoque isolé précédemment. Ce 1/2 centimètre cube correspond à 500 millions de germes. On répète les injections tous les deux jours, en augmentant jusqu'à 2 centimètres cubes par dose.
L'amélioration est nulle, et après la septième injection la malade meurt dans le coma le 21 janvier.

En résumé, dans notre première observation (méningite à méningocoque A, sans méningococcémie), nous avons injecté en tout 470 centimètres cubes de sérum par la voie intrarachidienne, sans obtenir autre chose que des améliorations passagères, notamment après la septième et la huitième injection, où nous avons vu la température s'abaisser en même temps qu'il y avait une sédation des signes cliniques. Malgré cela, l'état du malade finit par s'aggraver, l'affection prenant le type de ces méningites à évolution traînante qui sont le plus souvent d'un mauvais pronostic.

Par contre, chez ce malade, l'injection d'autovaccin semble avoir eu un résultat des plus favorables, puisqu'on vit alors tous les signes céder rapidement, en même temps que la température revenait à la normale.

Dans notre deuxième observation, il s'agissait d'une méningococcémie avec méningite, due à un méningocoque B, qui est le germe qu'on rencontre le plus souvent dans ces formes et qui semble être actuellement le plus virulent de tous les méningocoques. Nous avons injecté dans ce cas 560 centimètres cubes de sérum par les voies intraveineuse, intramusculaire et rachidienne. Aucune amélioration, sauf une courte rémission thermique avec atténuation des signes cliniques et rétrocession des localisations articulaires et pleurales.

L'infection continua à s'aggraver, et dans ce deuxième cas l'injection d'autovaccin n'eut aucune

action thérapeutique favorable, et la malade fut emportée malgré cette nouvelle tentative de traitement.

Ces deux observations permettent d'attirer l'attention sur deux faits intéressants bien que déjà connus :

1° L'inefficacité de plus en plus fréquente de la sérothérapie antiméningococcique;

2° Le rôle des médications adjuvantes dans le traitement des méningites cérébrospinales.

L'importance de ces médicatione adjuvantes a été déjà mise en évidence par un certain nombre d'auteurs dans des communications antérieures : les premières communications de MM. Boidin et Weissenbach, de MM. Florand et Fiessinger sont de 1917 et 1918. Déjà ces auteurs constataient que la sérothérapie ne suffit pas toujours et ils avaient employé la bactériothérapie sous forme d'autovaccin.

Pour leur malade, MM. Boidin et Weissenbach avaient eu de plus recours à l'abcès de fixation, si bien qu'on peut se demander quelle part doit revenir, dans la guérison, à chacune de ces médications. En outre il s'agissait là d'une méningite cloisonnée, et l'échec de la sérothérapie pouvait s'expliquer par cette raison anatomique.

Pour les trois malades de MM. Florand et Fiessinger, l'action du vaccin est encore plus nette, car on l'a employé seul, après échec de la sérothérapie.

MM. Méry et Girard, MM. Léon Tixier et Rochebois, MM. Lereboullet et Boulanger-Pillet signalent également l'action de la bactériothérapie associée à la sérothérapie.

M. Boidin, dans son rapport au congrès de Bordeaux en 1923, reprend la question des médications adjuvantes dans le traitement des méningococcies, et il y montre notamment l'importance de la vaccinothérapie.

Depuis cette époque, de nouvelles observations comme les communications de M. Merle (de Niort) et de M. Etienne (de Nancy) montrent l'heureuse influence de l'autovaccinothérapie.

Dans toutes ces observations, comme dans celles que nous apportons, l'échec de la sérothérapie est plus ou moins manifeste. Et dans ces cas, à moins que des modifications heureuses ne surviennent dans la qualité du sérum antiméningococcique, nous nous demanderons jusqu'à quel point il peut être inoffensif pour le malade de continuer à injecter, comme on le fait actuellement, de grosses quantités de sérum qui viennent troubler profondément la composition du liquide céphalo-rachidien, sans influencer la marche de l'affection. Depuis la guerre, en effet, le sérum antiméningococcique se montre de moins en moins efficace. On ne constate plus cette action spécifique et rapide que l'on se plaisait à enregistrer autrefois.

M. Pierre Teissier, dans une clinique publiée dans le *Bulletin médical* du 25 juillet 1925, insiste sur ces échecs, en étudie les causes. Il montre que la sérothérapie peut échouer dans des circonstances où le sérum semble le seul responsable, et il se demande s'il ne faut pas cesser de croire à l'activité du sérum antiméningococcique.

C'est là une question des plus importantes, et nous avons cru utile d'insister à nouveau sur cette inefficacité de la serothérapie antiméningococcique, qui entraîne à se servir des médications adjuvantes, parmi lesquelles *l'autovaccinothérapie* nous semble un moyen thérapeutique exempt de danger, et qui dans d'assez nombreux cas a pu donner des résultats très encourageants bien qu'inconstants.

ACTUALITÉS

LE BACTÉRIOPHAGE

(BACTÉRIOPHAGUM INTESTINALE D'HÉRELLE 1917). SES PROPRIÉTÉS.

Si l'on accepte la conception de d'Hérelle on doit appeler de ce nom un microbe invisible et filtrant, qui détruit in vivo de même qu'in vitro d'autres microbes d'espèce différente vis-à-vis desquels il se comporte en véritable parasite.

A s'en tenir à la plus stricte interprétation des faits jusqu'ici connus et des résultats expérimentaux acquis il s'agit d'un ensemble de propriétés régulièrement constatées vis-à-vis de certains germes dans certaines conditions. Quel est le subtratum de ces propriétés? Ne fût-ce qu'en raison de son invisibilité par nos moyens actuels on ne peut encore le définir de façon irréfragable. La théorie de d'Hérelle est parmi les plus satisfaisantes; d'autres auteurs ont cependant cru pouvoir concevoir autrement que lui le mécanisme du phénomène et conserver dans une large mesure leurs positions.

Les phénomènes de lyse microbienne. — Le phénomène de d'Hérelle n'est ni le seul ni le plus anciennement signalé en ce qui concerne la lyse microbienne. C'est ainsi que Twort (1915) avait constaté l'aspect « vitreux » que peuvent prendre spontanément certaines cultures de staphylocoques; de même Hankin, Eliava avaient noté le pouvoir antiseptique de certaines eaux fluviales vis-à-vis de certains germes. Mais aucune conséquence générale n'avait été tirée de ces observations concernant le mécanisme du phénomène.

Il convient aussi de noter que l'autolyse de certains microorganismes au sein du milieu de culture a été également observée (Weinberg et Aznar, Davison) dont on a pu trouver l'origine dans le microbe lysé lui-même sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir d'élément étranger à lui. Ce phénomène d'autolyse est celui auquel divers auteurs ont cru devoir rattacher les faits « bactériophagiques ».

Expérience princeps. — Prélevant chaque jour et ensemençant sur bouillon des selles d'un dysentérique bacillaire (Shiga) en traitement, d'Hérelle isolait après douze heures le filtrat de la culture et l'ajoutait au bouillon où il venait de repiquer du bacille de Shiga. Rien d'anormal ne se produisit jusqu'au moment où débuta la convalescence. A ce moment, le tube de culture cessa brusquement de se troubler; quelques gouttes de filtrat de cette culture devenue transparente rendirent transparente à son tour une autre culture jeune de bacille de Shiga; cette propriété « éclaircissante » du filtrat se conservait après des cultures en série.

Après expérimentation prolongée, d'Hérelle s'arrêta à l'hypothèse de la présence d'un élément vivant invisible et filtrant, se développant aux dépens de bactéries vivantes et les détruisant par lyse, qu'il dénomma bactériophage.

L'examen microscopique d'un mélange bactéries + bactériophage montre qu'après quarante-cinq minutes environ les bacilles commencent à perdre leurs affinités colorantes, qu'après deux à trois heures se rencontrent en nombre croissant des débris informes et des granulations analogues à celles trouvées dans de vieilles cultures de bacille de Shiga ainsi que de

rares formes sphériques ou ellipsoïdales du bacille dysentérique dont l'existence n'est que transitoire.

A l'ultra-microscope les bacilles montrent après une heure la présence à leur intérieur de fins granules ; après une heure 1/4 à une heure 1/2 ces bacilles granuleux se renflent et bientôt éclatent, mettant en liberté 15 ou 20 granules où certains auteurs se refusent à reconnaître des éléments bactériophages puisque rien de semblable ne peut être observé dans les filtrats en dehors des périodes de lyse.

La titration par procédé indirect, seule possible, du mélange bactéries + bactériophage montre à un moment la disparition presque totale des éléments bactériophages qui reparaissent ensuite brusquement *en nombre très accru*. Les auteurs y voient l'indice de *la pénétration* du bactériophage *à l'intérieur du corps bacillaire*, conception que rien ne vient contredire dans les résultats de l'examen microscopique.

Les auteurs qui ont renouvelé l'expérience ont obtenu les mêmes résultats sauf quelques différences tenant aux germes lysés, aux souches de bactériophage, différences qui ont permis de préciser certaines propriétés de l'agent lysant.

PROPRIÉTÉS DU BACTÉRIOPHAGE. — *Propriétés physiques.* — Le bactériophage *traverse les filtres*, porcelaine ou même collodion.

Le bactériophage est *invisible*, avec l'instrumentation actuelle tout au moins ; il n'est aucunement prouvé que les granules observés au cours de la lyse microbienne soient autre chose que des débris bactériens.

Action de la pesanteur. — Elle n'a pu être mise en évidence ni par le repos prolongé ni par une centrifugation à grande vitesse.

Action de la chaleur. — Pour Hauduroy il faut distinguer une température d'inactivation et une température de destruction sans rapports entre elles.

La *température d'inactivation* paraît différer selon les souches observées et serait d'autant plus élevée que la race est plus virulente ; elle varie de 70 degrés à 90 degrés (avec chauffage de cinq minutes).

Le pouvoir lytique peut être récupéré mais seulement au moyen de repiquages en présence de microbes lysables.

La *température de destruction* semble la même pour toutes les souches : 100 degrés à 102 degrés en milieu humide, 135 degrés en milieu sec.

L'*action du temps semble* en général peu intense (Hauduroy) quoiqu'elle puisse varier selon les souches (Asheshov).

Adsorption. — Le bactériophage semble *entraîné* par le noir animal, la terre d'infusoires, les précipités chimiques, les granules colloïdaux (artificiels ou animaux) les corps microbiens tués; il peut être libéré par la destruction du corps adsorbant.

En ce qui concerne les corps microbiens l'adsorption vis-à-vis d'un bactériophage déterminé semble *élective* de la part du microorganisme contre lequel il est actif.

Action du radium. — L'irradiation même prolongée et intense semble de peu d'action sur la virulence du bactériophage.

Action des rayons ultraviolets. — L'action *stérilisante* semble s'exercer, de la même façon du reste que sur les autres microorganismes et sur les sérums agglutinants.

PROPRIÉTÉS CHIMIQUES ET BACTÉRIOLOGIQUES. — *Composition du milieu de culture.* — Tous les milieux courants en bactériologie, solides ou liquides, naturels ou synthétiques laissent se multiplier le germe de d'Hérelle, et même les solutions salines (NaCl à 8 p. 100, NaOH à 0,025 par litre) tout au moins au début de la culture. Seule la gélatine semble défavorable, en raison de sa viscosité qui empêche le contact avec les éléments lysés.

Nécessité de la symbiose microbienne. — La seule condition indispensable au développement du principe lytique est la *présence d'un microbe lysable* avec lequel le bactériophage puisse entrer *en contact*. Encore les microbes doivent-ils être *vivants et jeunes*. Le principe lytique ne se reproduit ni sur les vieilles cultures, ni sur les cultures mortes.

Aérobiose. — Elle n'est pas nécessaire. Le bactériophage ne souffre pas de l'absence de l'air si la bactérie lysable n'en souffre pas.

Acidité du milieu. —. Qu'elle soit primitive ou qu'elle résulte du développement de la culture l'acidité est le *principal obstacle* au développement du bactériophage.

Aussi les milieux sucrés, par acidification due à la culture sont-ils défavorables.

L'alcalinité et même la stricte neutralité (pH = 7,0) n'entravent pas son développement.

Influence des électrolytes. — Les effets de leur présence sont diversement décrits suivant les auteurs, ce qui tient peut-être aux différences entre les souches observées ; il semble que dans certains cas leur présence nuise à la reproduction en série.

Les substances antiseptiques. — Si certaines substances chimiques sont dépourvues d'action, quelques autres semblent tuer plus ou moins rapidement le bactériophage (formol, alcool, glycérine). Il importe surtout de connaître l'action de la *quinine* dont les sels neutres *détruisent* le principe lytique avec une grande rapidité. Au contraire certains de ses dérivés (optochine et substances voisines) ne semblent guère avoir sur lui qu'un effet *suspensif*; de même le fluorure de sodium, antiseptique cependant énergique.

Reproduction indéfinie en série. — L'action lytique se transmet de culture en culture de façon indéfinie ; d'Hérelle a opéré avec succès 1.200 passages successifs sans épuiser, au contraire, l'activité du principe lytique.

Adaptation. — Le principe de d'Hérelle paraît capable de s'adapter, si les transitions sont assez ménagées à la présence de substances primitivement nuisibles. C'est ainsi que Bablet a obtenu un bactériophage insensible à la présence de glycérine; d'autres auteurs ont obtenu des résultats analogues : Asheshov pour les milieux acidulés (glucose), Wolff et Janzen pour le quinosol, Prausnitz pour les sérums neutralisants.

ACTION DES PRODUITS DE LYSE. — Dans un milieu contenant en abondance le résidu de la lyse de bactéries détruites, le principe de d'Hérelle agit mal.

Ondes successives et cultures secondaires. — En milieu liquide il peut arriver qu'après une clarification presque complète le tube de culture se trouble à nouveau. Deux ou trois fois des « ondes » successives peuvent ainsi se produire par prolifération de

bacilles non détruits (vieilles cultures, densité trop grande) avant que soit réalisée une destruction complète.

La lyse lorsqu'elle se produit, même complètement en apparence, peut après un temps variant de deux à quinze jours faire place à un trouble nouveau de la culture, dû à la prolifération secondaire de germes non lysés. Certains facteurs favorisent l'apparition de ces cultures secondaires (présence d'azotate ou d'acétate de plomb, de nitrate d'argent; présence de microbes lysables âgés). L'aspect macroscopique de ces cultures est souvent particulier : formation d'un culot malaisément dissociable. Au microscope on trouve des formes anormales du microbe lysé. A noter de plus que certaines d'entre elles peuvent traverser les filtres et régénérer après plusieurs repiquages la forme microbienne habituelle.

Ces germes semblent donc avoir acquis une immunité contre le bactériophage qui a cependant conservé son activité.

Microbes lysogènes et résistants. — Ces microbes résistants semblent le plus souvent *aptes à transporter* avec eux le principe lysant (microbes lysogènes); tout microbe résistant n'est pas lysogène mais tout microbe lysogène est résistant. Ils peuvent laisser le bactériophage se répandre dans le milieu qui les contient et d'où on peut l'isoler par filtration.

Anticorps. — Si on injecte à plusieurs reprises à un animal du bactériophage on le vaccine et il apparaît dans ses humeurs un anticorps antibactériophagique, d'ailleurs complexe, mais qui détruisant le bactériophage se trouve *favoriser l'infection.* Il sensibilisera donc un organisme et guérira les microbes lysables, même lysogènes, propriété sensibilisante qui est importante dans l'emploi thérapeutique du bactériophage.

Nature du bactériophage. — Elle est encore sujette à de nombreuses discussions.

Pour les uns il s'agirait d'un principe chimique indépendant de la bactérie qui subit la lyse, catalyseur d'origine leucocytaire (Kabeshima) enzyme (Kuttner, Bochardt).

Pour d'autres, ce principe chimique ou vivant proviendrait de la bactérie et le phénomène de d'Hérelle se rattacherait aux autolyses microbiennes déjà observées; pour les uns cette autolyse serait normale, pour d'autres pathologique (Da Costa Cruz, Bordet, Ciuca).

Ces hypothèses ne paraissent pas à l'heure actuelle donner une complète explication du phénomène avec tous ses caractères et toutes ses conditions. Aussi d'Hérelle s'en est-il tenu jusqu'ici à son explication première : le bactériophage est un principe vivant étranger à la bactérie; explication la plus communément acceptée jusqu'ici et en tout cas suffisante à l'heure actuelle pour en permettre l'utilisation médicale.

D'autres discussions se rattachent à des points secondaires : le bactériophage, si bactériophage il y a, est-il un ou multiple et par conséquent est-il mono ou polyvalent? Comme nous le verrons il est déjà un grand nombre de bactéries contre lesquelles on a éprouvé son activité et les variations de caractères semblent comporter une race unique comprenant des souches différentes sans exclusion cependant de la polyvalence.

Origine du bactériophage. — Le sang d'animaux ou d'hommes sains n'en contient jamais; on le rencontre au contraire *chez le malade au moment de la convalescence dans les selles, dans l'urine*, plus difficilement dans le sang.

En temps d'épidémie et en milieu infecté les sujets sains sont également fréquemment porteurs de bactériophage actif contre l'agent de l'épidémie, alors que la recherche sur des sujets sains en milieu infecté est toujours infructueuse.

Ces constatations valent pour l'homme aussi bien que pour l'animal.

On a enfin trouvé le principe de d'Hérelle dans la terre, dans l'eau de mer, dans l'eau des fleuves et dans l'eau de canalisation. Ce qui expliquerait l'action bactéricide constatée des eaux de certains cours d'eaux (Arloing et Sempé, Wagemans).

Quelle que soit donc sa nature et quel que soit son mode d'action, le principe de d'Hérelle semble donc un élément nouveau en biologie; ses particularités semblent assez tranchées et assez constantes pour qu'on ait pu déjà en tirer parti en médecine et il est permis d'espérer qu'une étude plus approfondie permettra d'obtenir un nombre croissant de succès.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 JUILLET 1926)

Physiologie de l'audition. — M. Bonain (de Brest) communique un travail dans lequel il expose une nouvelle théorie de l'audition. Cette théorie est basée sur l'étude de la transmission et de la réception par l'oreille des ondes sonores. L'accommodation auditive résulterait du jeu du tympan et de la chaine des osselets sous l'action des muscles du marteau et de l'étrier. Elle serait due aux variations de forme du segment postérieur du tympan et de la membrane de la fenêtre ronde. La pression de l'air de la caisse étant supérieure à celle de l'air extérieur fait converger les ondes vers le tympan ou vers les parois de la caisse.

Action de l'ergotonine et de l'ergotamine. — M. Hamet lit une note sur l'action pharmacodynamique comparée de l'ergotonine cristallisée et de l'ergotamine. Il démontre que celle de l'ergotamine est trente fois plus forte que celle de l'ergotinine, et il demande que la première soit inscrite au Codex.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1926)

Dysostose cranio-faciale non familiale ni héréditaire. — M. J. Comby. Les spécimens si curieux présentés à la Société des hôpitaux en 1912 par O. Crouzon, en 1926 par R. Debré et Mlle Petot semblaient attacher à la dysostose cranio-faciale un double caractère familial et héréditaire. Or ce caractère ne se rencontre pas fatalement dans tous les cas. Celui que nous venons d'observer avec le docteur Mme Pierrot-Lape sort de la règle : garçon de neuf ans et demi, grand, médiocrement intelligent, crâne déformé, exophtalmie considérable, prognathisme du maxillaire inférieur. Les sœurs et le frère, les parents et grands parents sont tous indemnes. Chez aucun membre de la famille, en dehors du sujet que nous avons visité, on ne retrouve les traits de la maladie de Crouzon. Donc le caractère familial et héréditaire peut manquer.

Rhumatisme tuberculeux. — MM. Babonneix et Mornet présentent une jeune femme qui, à la suite d'une poussée de

rhumatisme pluri-articulaire aigu, précédée d'angine, fut prise de douleurs localisées au poignet droit. Les caractères de l'arthrite n'ayant pas paru typiques, on se demande si l'on n'avait pas affaire à un rhumatisme gonococcique. Mais la radiographie vint montrer qu'il s'agissait de tuberculose des articulations du carpe. La malade était d'ailleurs une ancienne tuberculeuse, et avait été soignée, il n'y a pas longtemps, par la méthode de Forlanini. On avait donc affaire à un rhumatisme tuberculeux type Poncet.

Discussion : MM. Bezançon et Netter.

Epilepsie et éclampsie pleurale. — MM. Léon Bernard, F. Coste et G. Valtis rapportent l'observation d'un jeune homme, tuberculeux pulmonaire et comitial fruste, chez qui les insufflations de pneumothorax artificiel provoquaient des absences épileptiques. La tolérance des comitiaux vis-à-vis des interventions de toute sorte, pleurales ou autres, est bien connue. Cette observation montre qu'il ne faut pas prendre cette règle trop à la lettre, et qu'il y aurait intérêt chez les comitiaux, et chez tous les sujets prédisposés pour une raison quelconque aux accidents de l'éclampsie pleurale, à donner avant la ponction ou l'insufflation du bromure ou du gardénal.

Paralysie postsérothérapique. — MM. Léri et Escalier présentent un malade atteint de paralysie postsérothérapique. Il discutent l'action du sérum et l'existence de lésions en foyer des racines ou de la moelle.

Réduction des vertèbres cervicales et sacrées. — MM. Léri, Baumgartzer et Escalier présentent deux malades; l'un concerne l'absence d'atlas et de l'axis (type Klippel-Feil), l'autre la colonne sacrée (type Achard, Foix-Mouzon). Le deuxième cas présente en outre un spina bifida avec troubles urinaires.

Gangrène pulmonaire guérie. — MM. Loeper et Garcin rapportent un cas grave de gangrène pulmonaire qui a guéri par les hyposulfites, l'arsénobenzol, le sérum antigangréneux à la dose de 8 litres. Aucun accident après la sérothérapie intensive, et présence de spirochètes dans l'expectoration,

Cancer primitif du poumon. — MM. Loeper et Garcin rapportent un cas analogue à celui rapporté par MM. Letulle et Jacquelin.

Forme chronique de gangrène pulmonaire à spirochètes, — MM. Bezançon, Moreau et Bernard insistent sur le rôle des spirochètes dans le développement de la gangrène et sur les lésions anatomo-pathologiques.

Examen histologique d'un cas de nodosités juxta-articulaires. — MM. Crouzon et Bertrand; M. Janselme et Mlle Eliascheff.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 26 juin 1926)

Corps étranger articulaire du coude diagnostiqué tumeur blanche à la suite d'erreurs dans l'interprétation de la radiographie. — MM. Cazin et Dupuy de Frenelle présentent un corps étranger articulaire qu'ils ont extrait de l'interligne radio-huméral d'un coude sur lequel on avait fait le diagnostic d'arthrite bacillaire, en se basant sur des nuances radiographiques de la région. Ils insistent sur la nécessité d'une collaboration très intime de la clinique et de la radiographie nécessaire pour l'élaboration d'un diagnostic difficile. A lui seul le radiographe ne peut décrire que ce qu'il voit, et il ne peut conclure souvent, sans risque d'erreur, un diagnostic clinique et thérapeutique.

A propos de la palpation de l'appendice. — M. Pron pense que pour sentir un appendice à la palpation, il faut penser à lui et qu'il faut le rechercher systématiquement. Il le trouve dans une proportion de 15 à 20 p. 100 et donne comme signes permettant de reconnaître l'appendice : 1° sa continuité sur le cæcum; 2° la perception d'une extrémité libre. C'est donc l'appendice normal surtout qui peut être senti.

M. Buizard. Quoique chirurgiens et médecins recherchent systématiquement l'appendice, ils le sentent bien rarement, et à peu près toujours dans des cas où l'appendice est sain. En cas d'appendicite chronique, il est à peu près impossible de sentir l'appendice, car il est habituellement ascendant et rétro-cæcal ou latéro-cæcal interne donc caché par le cæcum à la main qui le palpe.

Traitement des colibacilluries par la vaccination locale. Bouillons, vaccins. — M. Le Fur communique un certain nombre d'observations (uréthrites, cystites, pyélites et pyélonéphrites à colibacilles) qu'il a traitées et guéries par la vaccination locale c'est-à-dire par des applications de bouillons vaccins en instillations au niveau de l'organe malade, soit en instillations intravésicales en cas de cystite, soit instillations intrapyéliques après cathétérisme des uretères en cas de pyélite ou pyélonéphrite. La dose peut varier de 5 à 20 centimètres cubes et même plus. S'il existe de la rétention au niveau du réservoir atteint (vessie ou bassinet) il faut la combattre soigneusement, car celle-ci entretient l'infection. On obtient ainsi des résultats remarquables et souvent très rapides dans les colibacilluries aiguës. Les colibacilluries chroniques sont parfois plus rebelles, mais relèvent aussi de cette méthode. Nous avons le cas de poussées de colibacilluries répétées et rebelles. M. Le Fur conseille d'associer la vaccinothérapie sous-cutanée à la vaccination locale.

Dans l'abcès appendiculaire le drainage abdominovaginal systématique. — M. Petit de la Villéon préconise le drainage systématique et d'emblée par voie abdominale-vaginale des collections suppurées d'origine appendiculaire même limitées. En face d'une péritonite généralisée ayant comme point de départ un abcès appendiculaire, le drainage abdominal associé au drainage par voie vaginale s'impose évidemment à ses yeux. Mais le but de sa communication est de faire ressortir que, en face de l'abcès appendiculaire, gros comme une noix ou une orange, limité et ne s'accompagnant pas de réaction péritonéale généralisée, alors même qu'il n'y a de façon absolue ni pus dans le ventre, ni liquide dans le péritoine, le mieux et le plus sûr est de pratiquer le drainage abdomino-vaginal d'emblée.

Après être intervenu au niveau de la région appendiculaire de la façon ordinaire (toilette de l'abcès, résection de l'appendice, etc., M. Petit de la Villéon termine par la mise en place d'un Mickulicz abdominal et, en quelques minutes en position gynécologique, et par voie vaginale, il fait une colpotomie et met dans le cul-de-sac de Douglas un gros drain en T.

M. Peugniez. Le drainage doit être une exception, mais peut être parfois une intervention utile mais il ne faut pas en faire un traitement systématique.

M. Buizard insiste sur l'utilité de faire un drainage vaginal lorsqu'il y a un Mickulicz qui sépare la cavité purulente du reste de l'abdomen.

M. Dartigues. Le Mickulicz agit par capillarité et détermine autour de lui une réaction faisant artificiellement dans la cavité abdominale un puits qu'on peut laver facilement au bout de quelques jours sans aucun danger. De plus un Mickulicz dans la fosse iliaque se trouve loin du cul-de-sac de Douglas et un drainage vaginal dans le cas est un drainage sans utilité, sauf s'il n'y a un abcès bombant dans le Douglas et une simple colpotomie sera parfois suffisante.

M. Peraire. La formule de drainage systématique abdomino-vaginal est fort exagérée et en chirurgie ne peut se résoudre en formule algébrique, le Mikulicz suffit le plus souvent.

Scolioses paralytiques. — M. Roederer. Les scolioses de cette nature évoluent comme les autres scolioses. Elles demeurent malheureusement souples fort longtemps, ce qui permet des déformations graves. La rotation selon l'axe, les compensations, les déformations costales se voient ici comme dans les autres scolioses. Mais au point de vue traitement, en présence de la grande difficulté qu'on éprouve à faire une gymnastique qui ne soit pas nuisible, on est forcé de recourir à un corset, simple gaine, parfois corset avec leviers costaux et minerve dans les cas graves.

Asthme et tuberculose. — M. J. Sédillot défend la doctrine de l'antagonisme de l'asthme et de la tuberculose. A ce

sujet, il présente une jeune femme de trente et un ans, très asthmatique depuis l'enfance, et ayant une apparence de rares bacilles tuberculeux dans les crachats sans aucun signe général de tuberculose évolutive (ni fièvre, ni amaigrissement, ni toux, ni hémoptysie, etc.). Plus de râles à un des sommets, mais percussion, transsonnance et radioscopie prouvent que la lésion est en surface non infiltrée.

Présentation d'appareil. — M. RUFFIER présente un spiromètre constitué essentiellement par un manchon de caoutchouc d'une contenance de 7 litres, facilement démontable et transportable.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(MAI 1926)

Lipomatose symétrique chez une spécifique à réaction méningée latente. — MM. AYMES, ROUSTAN et ROCHAS présentent une femme de quarante-huit ans chez laquelle sont apparues depuis deux ans des tuméfactions nodulaires de volume variant d'une grosse mandarine à celui d'une noisette, siégeant aux fesses et aux cuisses en des points quasi-symétriques, et dont la plus volumineuse et première en date a été pendant plusieurs semaines le point de départ de pénibles algies. Aucun signe clinique neurologique. Fond d'œil normal. Aortite. Réaction méningée latente : liquide céphalo-rachidien avec 0g60 d'albumine, 8 lymphocytes au millimètre cube, Bordet-Wassermann fortement positif comme dans le sang. A l'examen histologique, tissu adipeux sans dégénérescence, lipome simple. Il s'agit donc de lipomatose symétrique pure (lipomatose discrète de Roch, de Genève, lipomatose mésosomatique d'André Léri), d'étiologie et de pathogénie inconnues, reflétant un dysmétabolisme graisseux obscur qui ne paraît pas lié à la spécificité. Le traitement spécifique n'aura vraisemblablement aucune action sur les tumeurs.

Un cas de lichen plan généralisé. — MM. A. FOURNIER et A. GALLAND présentent un cas de lichen plan ayant débuté un mois auparavant chez une femme de quarante-huit ans, ménopausée depuis quelques mois. L'éruption, sous forme de placards plus ou moins étendus et de nombreuses papules isolées, recouvre tout le territoire cutané, exception faite du cuir chevelu et de quelques réserves discrètes. La muqueuse buccale présente une éruption très intense, marquée surtout sur la face interne des joues et des lèvres, moins profuse, mais très nette sur la langue et le palais. Le prurit est assez vif. Par l'étendue de l'éruption, par la grossièreté de ses symptômes (stries de Wickham particulièrement marquées et abondantes), ce cas constitue un véritable type de démonstration.

Néoplasme prostatique. Epinglage au radium. Guérison clinique actuelle. — MM. CHAUVIN, TRISTANT et PAOLI présentent l'observation d'un malade de soixante-dix ans, atteint de néoplasme prostatique avec volumineux noyaux, dysurie et pollakiurie nocturne et diurne, traité par épinglage périnéal intraprostatique. Douze aiguilles de 2 milligrammes de radium furent placées pendant sept jours avec cystostomie pratiquée le jour de l'épinglage. Application bien supportée. Un mois après, disparition totale des noyaux, fermeture de la cystostomie par application d'une sonde à demeure. Les mictions nocturnes ont diminué de 12 à 5; le résidu passe de 120 à 20 centimètres cubes. La guérison clinique se maintient depuis quatre mois; il existe un plastron ligneux au niveau de la région prostatique; il n'y a plus aucun noyau.

Cystoradiographie d'une tumeur de la vessie. — MM. ASTIER et TRISTANT présentent une cystoradiographie de tumeur vésicale pour laquelle les hématuries avaient empêché toute cystoscopie. Le collargol à 10 p. 100 a été employé pour remplir la vessie. Il existe une image lacunaire occupant toute la face gauche et le col. Confirmation opératoire montrant une tumeur infiltrée très volumineuse de la même zone.

Exophtalmie double et paralysie bilatérale du moteur oculaire externe. — MM. ROGER, J. REBOUL-LACHAUX et BONNAL. Discussion de l'origine de ces troubles apparus depuis six mois et accompagnés d'une baisse progressive de l'acuité visuelle. En l'absence de céphalée, de somnolence et de stase papillaire d'une part, et de polypes naso-pharyngiens d'autre part, les auteurs envisagent le diagnostic de tumeur bilatérale de l'orbite et proposent celui de syndrome atypique des sinus caverneux.

Maladie de Paget à prédominance cranienne. — MM. ROGER, J. REBOUL-LACHAUX et LARROUYET. A côté des déformations osseuses des membres avec fracture bilatérale des clavicules, le crâne est atteint d'hypertrophie massive prédominant dans sa moitié gauche dont la cavité est très fortement réduite de volume bien qu'on n'ait constaté aucun symptôme de compression. Les auteurs, après Sicard, Léri, opposent cette hypercraniose unilatérale à l'hémicraniose vraie congénitale dont MM. Roger et Lereboullet ont publié récemment un cas typique avec crises comitiales.

A propos de trois observations de gastrectomie pour cancer. — M. COTTALORDA apporte les observations de 14 cancers de l'estomac qu'il a eu l'occasion de suivre et dont 3 seulement ont pu subir l'intervention radicale (1 mort par fistule duodénale, 2 guérisons dans 2 cas opérés en deux temps). Le faible pourcentage de cas opérables (21,4 p. 100) s'aggrave du fait que sur les 11 cancers restants l'inopérabilité a été vérifiée chez 9 : par l'autopsie (2 cas) ou la laparotomie exploratrice (7 cas). Les 2 cas restants n'ont pu subir que la gastro-entérostomie préparatoire. L'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic clinique du cancer de l'estomac lorsqu'il n'est pas sténosant et sur la nécessité, devant un dyspeptique âgé qui maigrit même en présence de signes radioscopiques négatifs et d'un tubage non confirmatif, de pratiquer une laparotomie exploratrice lorsque le traitement médical scrupuleusement suivi n'aura amené aucune amélioration.

De l'intervention à chaud dans l'appendicite. — M. Y. BOURDE opère toutes les appendicites aiguës dès le diagnostic fait. Il ne retarde l'intervention que pour les cas manifestement en voie de complet refroidissement, en se guidant sur l'étude de la numération globulaire suivant les préceptes du professeur Silhol. L'intervention des appendicites mal refroidies est plus difficile que dans les cas aigus. Il faut opérer ou en pleine crise ou à froid. Dans les péritonites diffuses sans adhérences et avec état général résistant, la fermeture complète à la façon d'Ombrédanne lui a constamment donné des guérisons rapides. Mais dans les ventres à tissus sphacélés avec nombreux clapiers, le drainage large à la Mickulicz reste la méthode de choix.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 14 MAI 1926)

A propos du terme d'iso-agglutination et de la notation des groupes sanguins. — M. P. FALGAIROLLE. Pour éviter la confusion qui règne encore actuellement dans la terminologie des groupes sanguins, l'auteur propose : 1° de repérer par le préfixe « iso » tout ce qui touche aux groupes (iso-réactions, iso-agglutination, etc.); 2° d'adjoindre aux notations par chiffres différentes suivant les pays la notation par lettres beaucoup plus explicative.

Un cas de confusion mentale consécutif à une rougeole. — MM. CHEVALIER, LAVAURE et F. JAULMES présentent l'observation d'un état confusionnel survenu chez une jeune fille de vingt-cinq ans à la suite d'une rougeole épidémique banale. Les premiers troubles mentaux apparaissent lors de la défervescence : stupeur, hallucinations, onirisme, impulsions, agitation paroxystique, idées de persécution vagues et mal systématisées. Refus alimentaire. De plus, quelques troubles d'aspect démentiel, maniérisme, gestes cérémonieux, négativisme, troubles hébéphréniques. Au neuvième mois, régression lente de toutes ces manifestations morbides et retour progressif à l'état normal. La malade sort guérie le 26 mars. La guérison s'est maintenue depuis.

Le rôle de la rougeole dans le déterminisme de cet état confusionnel semble incontestable. Pour les auteurs, la fièvre éruptive survenant chez un sujet surmené intellectuellement, sur un fond névropathique et un terrain en quelque sorte sensibilisé, aurait surtout agi comme cause occasionnelle. Ils se demandent, enfin, pourquoi le virus morbilleux est si peu neurotrope et engendre si rarement des troubles mentaux quand d'autres infections, fièvre typhoïde et grippe par exemple, en sont si facilement facteurs.

Le sang de convalescent dans le traitement de la variole (4 cas). — MM. Ducamp, Blouquier de Claret et P. Falgairolle. Relation de trois transfusions et une injection sous-cutanée de sang de convalescent chez les varioleux les plus gravement atteints d'une récente épidémie (janv.-fév. 1926) dont la léthalité fut gravement chargée. Liquide biologique parfait, malgré l'adjonction de citrate de soude, essentiellement vivant grâce à l'intégrité de ses éléments figurés, traitement spécifique puisque répondant exactement au germe d'une épidémie donnée, mis à la portée de tout praticien grâce au test prétransfusionnel de l'un d'eux (épreuve au kaolin), le sang de convalescent en injection intraveineuse constitue pour les auteurs le vaccin sensibilisé idéal et reste, dans l'état actuel de la science, le traitement spécifique le meilleur et le plus pratique de la variole et aussi sans doute de toutes les maladies infectieuses aiguës dont le germe est encore inconnu. Mais les préceptes de répétitions et d'importance des injections valent pour cette transfusion comme pour toute sérothérapie spécifique.

Fixité des groupes sanguins malgré les transfusions de groupes différents, même répétées. — M. P. Falgairolle. D'après treize transfusions faites, par force, entre groupes différents (le plasma du récepteur n'étant jamais capable de détruire les hématies du donneur), l'auteur ajoute un nouveau facteur d'invariabilité des groupes aux trente-sept qu'il avait déjà pu étudier sur un millier de sujets et croit que le groupe IV de Moss (O *a b*) est bien un donneur universel.

(Séance du 21 mai 1926)

Péritonite tuberculeuse plastique avec tuberculisation de la paroi musculaire. — MM. Vedel, Puech et M. Janbon présentent les pièces prélevées à l'autopsie d'un homme de quarante-sept ans, éthylique et syphilitique, dont le tableau clinique avait été celui d'une péritonite tuberculeuse avec gros foie. En dehors des lésions de péritonite tuberculeuse fibro-adhésive, avec extension aux principaux viscères abdominaux (foie, estomac, intestin), ils ont constaté un fait très particulier ; la totalité des muscles de la paroi abdominale et la plus grande partie du diaphragme sont transformées en un bloc dégénéré, d'aspect fibroïde, de consistance ferme, présentant à la coupe une surface blanc rosé, lardacée, avec quelques plaques plus dégénérées, fongueuses, et parfois des points nécrosés. L'examen microscopique y décèle la présence de nodules tuberculeux et de très nombreux bacilles de Koch. Il s'agit là d'une forme rare de tuberculose musculaire, analogue à celle que Delorme décrit sous le nom de « tuberculose fongueuse des muscles » et que Durante appelle « myosite inflammatoire tuberculeuse ». Il est cependant exceptionnel de lui voir prendre une telle extension.

Péricardite avec cirrhose hypertrophique hypersplénomégalique sans ascite. — MM. Carrieu et M. Janbon. Un jeune homme de vingt ans présente depuis plusieurs années une péricardite avec épanchement, depuis un an une augmentation de volume du ventre due à la présence d'un gros foie et d'une rate énorme (25 centimètres de hauteur). Il s'agit d'une forme atypique de cirrhose du type Hutinel. Les auteurs notent les particularités suivantes : pluralité des facteurs étiologiques (tuberculose, syphilis, alcool), existence d'hémorragies, absence d'ascite, présence d'une rate exceptionnellement hypertrophiée, enfin existence d'un infantilisme hépatique particulièrement accusé.

Kyste hydatique du corps thyroïde. — MM. E. Estor, G. Sicard et J. Montagne rapportent un cas de kyste hydatique du corps thyroïde chez une jeune fille de dix-neuf ans, dont le début remonte à deux ans. La tumeur, prise pour un goitre banal, n'est identifiée qu'à l'intervention. Le diagnostic de kyste hydatique du corps thyroïde est confirmé par l'examen anatomo-pathologique d'un fragment de paroi et par les examens de laboratoire : éosinophilie de 6 p. 100 et intradermoréaction nettement positive. La réaction de Weinberg, par contre, est négative.

Pas de localisation apparente de kyste hydatique sur un autre viscère. Guérison complète au quinzième jour.

Restes de vaisseaux omphalo-mésentériques, libres jusqu'à la racine du mésentère, chez un adulte. — MM. E. Mourgues-Molines et M. Lapeyrie. Au cours d'une laparotomie pour appendicite chez une femme ayant présenté plusieurs crises de subocclusion intestinale, ces auteurs ont rencontré un cordon graisseux de la grosseur d'un appendice normal, partant de quelques centimètres au-dessous de l'ombilic et aboutissant à la racine du mésentère en passant contre la face gauche du méso intestinal, mais sans adhérer. A la coupe, on a trouvé une artère assez grosse, deux veines, quelques petits vaisseaux et deux filets nerveux, le tout noyé dans un tissu graisseux entouré par le péritoine. Il n'y avait pas de diverticule de Meckel. Ces auteurs signalent l'extrême rareté de ce cas qui, dans ses moindres détails morphologiques, ressemble à celui déjà vieux, mais unique, de Spangenberg.

LIVRES NOUVEAUX

Clinique des maladies de la première enfance (1), par A.-B. Marfan.

Dans ce livre, dédié à la mémoire de deux de ses internes morts pour la France, L. Lagane et P.-L. Ménard, le professeur Marfan continue la série de ses leçons sur les maladies de la première enfance. Après avoir étudié dans de beaux volumes dont nous avons rendu compte en leur temps, l'*allaitement et l'alimentation des enfants du premier âge*, puis les *affections des voies digestives dans la première enfance*, il publie aujourd'hui un troisième ouvrage conçu dans le même esprit que les précédents, mais qui traite des sujets les plus divers. L'ouvrage reproduit d'abord la *leçon* faite par le professeur lorsqu'il a été chargé de la chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance en 1921. Les pages qui suivent sont consacrées à la physiologie de l'enfance, et, particulièrement, de la première enfance, ainsi qu'à l'exposé de deux questions importantes entre toutes : l'une, l'*exploration clinique chez les bébés*; l'autre la *prophylaxie des maladies contagieuses aiguës de l'enfance*. Ces généralités une fois largement brossées, l'auteur peut aborder la pathologie proprement dite et s'occuper de sujets dont l'intérêt est essentiel pour le pédiatre et qu'il connaît mieux que personne : *débilité congénitale, ictère des nouveau-nés, accidents de la dentition, stomatites, végétations adénoïdes, affections respiratoires*, broncho-pneumonie, tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire, asthme, cornage et stridor; *malformations congénitales du cœur*, etc.

Comment ne pas admirer la méthode de M. Marfan? Comment ne pas louer la puissance de travail, qui semble s'accroître avec les années, de ce grand médecin d'enfants, son esprit scientifique, son talent de clinicien? Comment ne pas être charmé de retrouver dans son livre les brillantes qualités professorales qu'apprécient tous ceux qui ont eu la bonne fortune d'assister à ses leçons? Comment ne pas le remercier de mettre à notre disposition sa vaste expérience qui lui a valu depuis longtemps une renommée mondiale?

L. Babonneix.

Manuel pratique du radium (2), par Félix Colomer, ingénieur civil des Mines.

Cet ouvrage intéresse non seulement ceux qui sont appelés à utiliser le radium et ses sels mais aussi tous ceux qui veu-

(1) In-8 de 607 pages. — Prix : 45 fr. — Paris 1926, Masson et Cie.

(2) Un volume illustré 140 × 225 de 256 pages. — Prix : 25 fr. — Editions d'Actualités, 39, avenue de Saint-Mandé, Paris (XIIe).

lent, dans un but scientifique ou pratique, en faire une étude approfondie.

L'auteur a présenté, dans leur actualité immédiate, l'ensemble des questions se rattachant à la radio-activité, de telle sorte que les agriculteurs, les chimistes, les ingénieurs, les médecins, les professeurs, les prospecteurs, les vétérinaires, tous les savants et les praticiens aussi bien d'ailleurs que le grand public trouveront, dans ce Manuel, la documentation qui leur est nécessaire, soit pour leurs recherches et travaux, soit pour les applications pratiques que l'on peut donner du radium et de ses sels dans un nombre déjà grand de domaines de l'activité humaine.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

CAUSES. SIGNES. COMPLICATIONS. DIAGNOSTIC (1)

3° **L'étude de la pression artérielle.** — Suivant la méthode biométrique de Mabille. Permet de déceler l'insuffisance valvulaire même en cas de varices occultes douloureuses. En effet :

1. CHEZ LES SUJETS NORMAUX. — *a.* La *pression différentielle* et l'*indice* oscillométrique restent constants, quelle que soit la position du membre.

b. L'écart des pressions maxima et minima dans les positions verticale et assise ne dépasse pas 4 centimètres par rapport à la position couchée.

c. Egalité de tension entre les deux jambes.

2. CHEZ LES SUJETS ATTEINTS D'INSUFFISANCE VALVULAIRE. — *a.* Il y a augmentation très nette de la pression différentielle et de l'indice oscillométrique en position assise et verticale.

b. L'écart des pressions maxima et minima est élevé par rapport à la normale.

c. Inégalité de tension entre les deux jambes.

Evolution. — En dehors de la grossesse, les varices n'ont aucune tendance à la résolution, elles vont en s'aggravant progressivement, au contraire, et sont bientôt accompagnées de multiples complications.

COMPLICATIONS. — Elles sont particulièrement fréquentes et constituent un gros facteur de gravité.

1° **Mécaniques. — Rupture.** — Elle survient à la suite :

D'un effort souvent minime ;

D'un traumatisme direct.

Elle peut être :

1. EXTERNE. — Lorsque la dilatation très volumineuse n'est plus recouverte que par une peau extrêmement amincie.

L'indolence est presque toujours complète, le malade a seulement l'impression qu'*un liquide chaud lui coule sur la jambe*.

L'hémorragie est en règle *très abondante* et se fait surtout par le bout supérieur et chez des sujets très affaiblis, des vieillards, elle a pu entraîner la mort.

La compression simple suffit à arrêter l'hémorragie, la cicatrisation est rapide.

2. INTERSTITIELLE. — Et complique alors les varices profondes.

A l'occasion d'un effort, souvent pendant la marche, brusquement le malade ressent au niveau du mollet *une douleur en coup de fouet*, et immédiatement l'*impotence fonctionnelle* est sérieuse.

La douleur disparaît rapidement, mais il persiste un *empâtement douloureux de tout le mollet*.

L'ecchymose cutanée est tardive.

Evolution. — *a.* En règle, par le repos et le massage l'hématome se résorbe lentement.

b. L'infection secondaire et la transformation en abcès est rare.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 60, p. 974.

1° **Infectieuses. — Phlébite.** — Est un accident fréquent.

CAUSES. — Ce peut être :

Une infection endogène. — Typhoïde, grippe, suite de couches.

Une infection exogène. — Petites plaies, eczéma.

Les phlébites variqueuses sont :

1° **Oblitérantes.** — *a.* SIGNES FONCTIONNELS. — Le malade se plaint de gêne, pesanteur plus marquée.

b. SIGNES GÉNÉRAUX. — Parfois il y a une légère élévation de température.

c. SIGNES PHYSIQUES. — A l'examen l'on constate que :

Les cordons veineux s'épaississent et s'indurent ;

Le tissu périveineux s'infiltre ;

La peau est, soit normale, soit plus souvent rouge ou rosée, adhérente au paquet.

La tuméfaction est *douloureuse* spontanément et à la pression.

Enfin, il n'existe qu'un très léger degré d'*œdème périmalléolaire*.

EVOLUTION. — 1. Généralement, elle aboutit à la *résolution*, mais il persiste un cordon induré car la phlébite est oblitérante.

2. Rarement la phlébite s'étend, et gagnant les veines profondes donne l'aspect d'une *phlegmatia alba dolens* avec œdème considérable.

3. L'*embolie* est exceptionnelle.

2° **Suppurées.** — Par contre, la suppuration n'est pas rare.

SIGNES GÉNÉRAUX. — La fièvre s'élève, l'état général devient alors mauvais.

SIGNES PHYSIQUES. — Les lésions sont surtout périphlébitiques. Il se forme :

Soit *un ou plusieurs abcès circonscrits* échelonnés sur le trajet veineux qui ne tardent pas à s'ouvrir spontanément à la peau.

Soit une inflammation diffuse, un véritable *phlébophlegmon* qui prend une gravité toute particulière chez les sujets tarés chez lesquels il survient (diabétiques).

Le pronostic est sérieux, car la phlébite suppurée peut être le point de départ :

D'embolie ;

D'infection générale à type septicémique ou pyohémique.

3° **Névralgiques.** — Les douleurs névralgiques sont fréquentes chez les variqueux et affectent souvent le type de *névralgie sciatique*.

Quénu a montré qu'elles étaient dues aux varices des veines qui accompagnent les nerfs.

Il s'agit généralement de douleurs internes, profondes, gravatives, dans les cas légers l'on ne trouve parfois qu'une simple douleur à la pression aux points d'élection.

4° **Trophiques.** — Les troubles trophiques constituent les complications les plus fréquentes et les plus graves des varices.

Ils sont constants chez les vieux variqueux. Ils peuvent être :

Légers. — Et parmi ceux-ci nous retiendrons :

a. *L'atrophie musculaire ;*

b. *Les troubles cutanés.* — Peau violacée, sèche, sudation exagérée, refroidissement des extrémités, l'hypoesthésie tactile, plus rarement l'hyperesthésie, ongles striés et cassants.

c. *Les purpuras ;*

d. SURTOUT LES LÉSIONS ECZÉMATEUSES étudiées par Broca qui en décrit trois types :

L'eczéma sec : plaques sèches, brunâtres, lisses au centre, squameuses à la périphérie.

L'eczéma étendu à grandes squames : d'aspect craquelé.

L'eczéma suintant, souvent suppuré, et infecté secondairement.

e. Enfin, les LÉSIONS ECTHYMATEUSES recouvertes de croûte brunâtre.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Etude de Me HABER, avoué à Corbeil, Vente étude DUBOS, not. à Montlhéry (S.-et-O.), le 12 Août 1926 à 14 h., **PROPRIÉTÉ** à us. de pensionnat, à MONTLHÉRY, r. des Juifs, 27, compr. gr. bâtim. principl div. en rez-de-ch. et 3 étages. Autres bâtim. et dépend., cour, jardin, cave, calorif. Conten. tot., *2.719 m.* Peut convenir pour pensionnat, hôpital, clinique, sanatorium, hôtel, etc. LIBRE DE LOCATION. Mise à prix, 75.000 fr. — S'adresser à Mes Dubos et Popelin, notaires à Montlhéry, et Me HABER et Grand, avoués à Corbeil.

Fonds de commerce d'Entreprise française de Manutention exploitant les Laboratoires pharmaceutiques

PHOSODA

à Asnières (Seine), rue de l'Avenir, 28.
A adjuger Etude de Me CHAVANE, not., 162, boulev. Magenta, le 10 août 1926, à 16 h. Mise à pr., **500** fr. Matériel pour **12.937** fr. Loyer d'av. à remb., **7.500** fr. Cons. p. ench., **2.000** fr. S'adresser pour visiter sur les lieux et audit Me CHAVANE, notaire.

N° 63. — SAMEDI 7 AOUT 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 7 AOUT 1926. — N° 63.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : 55 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 : 65 fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Les concours de l'internat et de l'externat (services de la Faculté libre) s'ouvriront :

Pour l'internat, le lundi 25 octobre, à 9 h., à l'hôpital de la Charité.

Pour l'externat, le mercredi 27 octobre, à 9 h., à l'hôpital de la Charité.

Les inscriptions sont reçues dans les bureaux de l'administration des hospices, 41, rue de la Barre : pour l'internat, jusqu'au jeudi 14 octobre, à 5 h. ; pour l'externat, jusqu'au vendredi 15 octobre, à 5 h.

— MARSEILLE. — *Concours annuel d'internat.* — Un concours s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi, 4 octobre 1926, à 9 heures du matin, pour dix places d'élèves internes en médecine et en chirurgie. Peuvent seuls se présenter les externes titulaires des hôpitaux de Marseille et les internes et externes des hôpitaux annexés à une Faculté de médecine française, pourvus de huit inscriptions. La liste d'inscription sera close le lundi 20 septembre 1926.

Les élèves nommés entreront en exercice le 1er janvier 1927, pour quatre ans, après prolongation possible de leurs fonctions pendant une cinquième année (cette mesure s'appliquera, dès maintenant, aux internes actuellement en service).

Concours d'externat. — Un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi, 18 octobre 1926, à 9 heures du matin, pour la nomination de dix-huit élèves externes en médecine et en chirurgie.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, avant le 11 octobre, et être pourvus d'au moins quatre inscriptions de médecine. Les externes nommés entreront en exercice le 1er janvier 1927, pour trois ans; ils recevront un traitement annuel de 900 francs.

S'adresser pour tous renseignements sur les deux concours au Secrétariat des hôpitaux et hospices civils de Marseille, à l'Hôtel-Dieu, place Daveil.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Les emplois d'agrégé des facultés de médecine ci-après désignées sont déclarés vacants :

Faculté de médecine de Lille : histoire naturelle médicale et parasitologie, 1 ; médecine, 1 ; anatomie pathologique, 1 ; chirurgie, 1 ; dermatologie et syphiligraphie, 1.

Faculté de médecine de Lyon : anatomie, 1 ; physique médicale, 1 ; médecine, 3 ; chirurgie, 2 ; anatomie pathologique, 1 ; histoire naturelle pharmaceutique, 1.

Faculté de médecine de Nancy : chimie, 1 ; médecine, 1.

Faculté de médecine de Strasbourg : chirurgie, 1 ; oto-rhino-laryngologie, 1.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LEGS LOUIS-ERNEST DESNOS. — Par décret en date du 28 juillet 1926, l'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs qui lui a été consenti par M. Louis-Ernest Desnos, membre de l'Académie de médecine : 1° d'un titre de rente de 1.200 francs à charge pour l'Académie de fonder un prix triennal de 3.600 francs qui sera décerné à un docteur en médecine ou à un interne des hôpitaux de Paris pour accomplir une mission scientifique à l'étranger ; 2° d'une collection de médailles et de jetons d'ordre médical.

ÉCOLE D'AIDES CHIMISTES ET D'AIDES BACTÉRIOLOGISTES DE PARIS, RECONNUE PAR L'ÉTAT. — Liste, par ordre de mérite, des élèves ayant obtenu le diplôme de cette Ecole pour l'année scolaire 1925-1926 :

Aides bactériologistes organiques : Mlles Westercamp, Delechanault, Chambry, Labaume, Luquet, Cellier, Delforge, Amieux, Serejska, George, Szumacher, Zakheim, M. Bourdon.

Aides chimistes analytiques : Mlles Serrant, Plessis, Rabussier, Luquet, Mornas, Pattay, Dreyfus, MM. Tessier, Paroli, Mlle Pelon, M. Challansonnet, Mlles Personne, Malaval, Mehouas, Lafrançaise, Issartel, Mamoulaichvili, Cordier, Weill, Baldet, Lang, Riollet, Hansot.

CONTRÔLE DES MÉDICAMENTS. — Par arrêté ministériel, le Laboratoire national de contrôle des médicaments (4, avenue de l'Observatoire, à Paris) est chargé de l'analyse des échantillons de substances médicamenteuses, hygiéniques ou toxiques prélevés par les inspecteurs et les inspecteurs adjoints du service d'inspection des pharmacies.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Fernand WIDAL). — *Cours de perfectionnement*, sous la direction de M. Lemierre, professeur à la Faculté, MM. Abrami et Brulé, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1º Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2º Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3º Hypertension artérielle : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1º Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'autoagglutination des hématies.

2º Insuffisance hépatique : rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon). — Syphilis, maladie hydatique, lèpre, peste, mycoses.

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 4 octobre et seront terminés le 26 octobre 1926.

Le droit d'inscription est fixé à 300 francs pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (guichet nº 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS. — Le docteur Chaillous, assisté du docteur Margerin, fera, en novembre prochain, un cours pratique de réfraction, avec examens de malades.

S'inscrire près de M. Margerin, à la Clinique des Quinze-Vingts, 13, rue Moreau, mardi, jeudi, samedi, de 2 à 3 h.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cambours (de Paris), Louis de Gaulejac (d'Agen), Feyat (de Saint-Symphorien-d'Ozon), Louis Delgrange (d'Hasnon).

CHRONIQUE

A LA MÉMOIRE DU PHYSICIEN GEORGES GOUY

Lundi dernier a eu lieu à Vals-les-Bains, l'inauguration d'une plaque commémorative sur la maison où naquit en 1854 et vint mourir il y a quelques mois le grand physicien Georges Gouy, professeur à la Faculté des sciences de Lyon, membre de l'Institut.

A cette cérémonie qui réunissait toute la population valsoise assistaient un grand nombre de membres du Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, qui vient d'avoir lieu à Lyon. Plusieurs membres de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, et de la Société française de physique avaient tenu à se joindre à l'hommage rendu à leur ancien collègue.

Après un discours prononcé par le docteur CHABANNES, au nom du Comité local, M. le docteur DÉPERET, doyen de la Faculté des sciences de Lyon et membre de l'Institut parla au nom de l'Académie des sciences et de l'Université de Lyon. Il traça un portrait saisissant du grand savant et, rappelant sa très ancienne collaboration avec Pierre et Jacques Curie, il montra le développement harmonieux des beaux travaux de Gouy en physique pure, et en physique appliquée, travaux dont ont tant bénéficié les sciences médicales.

Puis M. LANGEVIN, professeur au Collège de France et président de la Société de physique, exposa dans une conférence d'une grande clarté l'œuvre immense du physicien « qui égala Faraday et Fresnel » et éclipsa la gloire de Raleigh.

La simple énumération des travaux de Gouy, que nous empruntons au discours de M. Langevin, suffit à en indiquer toute la portée : c'est d'abord l'étude de la spectrophotométrie avec applications à la physique solaire. La démonstration de l'extraordinaire ténuité de l'atmosphère solaire externe (chromosphère) ; puis la théorie de la structure de la lumière et de la propagation des ondes ; l'étude expérimentale et théorie des phénomènes électrocapillaires, des propriétés diélectriques des fluides ; la théorie du mouvement brownien, c'est-à-dire de l'agitation incessante des petites particules en suspension, dans les liquides ou les gaz, considérée comme conséquence de la structure moléculaire et de l'agitation thermique.

Enfin divers travaux de physique moderne sur les rayons X, les rayons cathodiques, la théorie cinétique des gaz, la thermodynamique, etc.

M. Paul GIRAUD, maire de Vals, apporta à son tour au nom de la ville natale de Georges Gouy, son tribut de respect et d'admiration.

Après la cérémonie, les assistants, se formant en cortège, allèrent déposer une palme sur la tombe de l'illustre savant dont les travaux ont tant contribué au rayonnement de la science française.

F. L. S.

C. R., 18.000, Seine.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE SUR LES MYOSITES RÉTRACTILES

Par le docteur MAUCLAIRE,
Membre de l'Académie de médecine.

Rappelons tout d'abord qu'à l'état normal, il y a dans le muscle un tonus d'élasticité et un tonus de contractilité.

Le *tonus d'élasticité* disparaît quand on sectionne transversalement tout le corps charnu du muscle. Il disparaît aussi dans le cas d'atrophie presque complète du muscle. Alors le muscle est relâché et non encore rétracté.

Le *tonus de contractilité* est entretenu par l'irrigation artérielle et par l'influx nerveux du système nerveux cérébro-spinal et aussi du système sympathique suivant des recherches récentes.

Quand ces deux éléments, artériel et nerveux disparaissent, le muscle s'atrophie, il se sclérose et à cette myosite fibreuse et sclérosante succède une rétraction, une *myosite rétractile* avec des degrés divers, d'où des déformations orthopédiques multiples et variées.

Des lésions non traumatiques, cérébrales ou médullaires, ou des nerfs périphériques ou du grand sympathique produisent de l'*hypotonus* ou de l'*hypertonus*, de même que les troubles psychiques ou des lésions traumatiques nerveuses, centrales ou périphériques.

Il y a en outre *un tonus musculaire plastique* mis en lumière par Sherrington; c'est un *tonus d'attitude*, dépendant de l'intervention du sympathique sur le muscle strié.

En somme, dans le raccourcissement musculaire il y a plusieurs étapes : perte du tonus d'élasticité, perte du tonus de contractibilité, perte du tonus plastique et consécutivement rétraction par myosite rétractile.

On sait que d'après les recherches récentes de Tschiriew, Perroncito, Bœke, Kulchitzky, Langley, Hunter (1) et Royle (2), Langelaan (3), Davis (4), etc., les muscles striés sont innervés par deux variétés de nerfs agissant sur le tonus musculaire, les nerfs du système nerveux cérébro-médullaire et ceux du grand sympathique. Aussi Royle (2) a-t-il proposé la section des rami-communicantes pour traiter la contracture dans la maladie de Little.

Leriche (5), Wertheimer (6) ont aussi appliqué ces notions nouvelles pour le traitement de certaines contractures.

Ainsi pour Hunter, un muscle strié a deux fonctions remplies respectivement par des fibres différentes à innervation différente : une fonction de contraction avec innervation médullaire ou cérébrale, une fonction de fixation (tonus plastique) avec conservation de la position nouvelle due à la contraction avec innervation par le grand sympathique.

Pour Branwell (1) bien des myopathies seraient dues à une lésion du grand sympathique avec troubles endocriniens.

Toutes ces notions physiologiques nouvelles sont intéressantes bien qu'elles soient encore bien discutées. (Mandelsohn et A. Quinquaud) (2). Il est probable que l'on a exagéré l'action du grand sympathique sur le tonus et l'hypertonus musculaire.

Dans les tendons il a aussi un *tonus tendineux d'élasticité* qui disparaît après la section du tendon dans certaines attitudes anormales, et dans plusieurs lésions nerveuses, périphériques ou centrales. Ici aussi il y a un *hypotonus* ou *un hypertonus tendineux d'élasticité avec des degrés divers* à l'état normal et à l'état pathologique.

Cependant tout le mécanisme du réflexe tendineux est indépendant des fibres sympathiques qui innervent le muscle. Le réflexe tendineux persiste après section des *rami-communicantes* (Langelaan).

Dans le système tendineux il y a aussi un *tonus d'attitude* en ce sens qu'une attitude permanente modifie l'élasticité des tendons.

La rétraction tendineuse est-elle parfois primitive et le résultat d'une maladie primitive et spéciale du système tendineux? Cela est possible, mais le plus souvent elle est secondaire à une lésion soit locale : irritation aseptique, infection. lésion vasculaire, lésion des nerfs périphériques, lésion du muscle voisin, lésion de l'articulation voisine, et lésion médullaire ou cérébrale et, qui sait, peut être aussi lésion du grand sympathique.

La rétractibilité est une propriété commune à bien des tissus et organes. Ce n'est pas seulement la perte de l'élasticité d'un tissu, c'est une propriété en plus que l'on observe pour le tissu conjonctif, fibreux, aponévrotique, musculaire, tendineux, séreux, le péritoine (3), pour les artères, la peau, le poumon, etc.

Cela étant dit, nous allons démontrer que *souvent* outre la rétraction tendineuse, que l'on voit tout d'abord, il y a souvent une rétraction musculaire, une vraie myosite rétractile, bien méconnue dans les descriptions classiques.

Dans ce travail je désire donc simplement attirer l'attention sur quelques formes de myosites rétractiles que j'ai observées et étudiées depuis dix ans.

Et tout d'abord, quelles sont, en général, les causes de ces myosites rétractiles ?

Il y a des *myosites rétractiles congénitales* ; ce sont les contractures congénitales représentées par les torticolis, les raideurs articulaires congénitales du coude, du genou, les mains botes, les pieds bots, etc. ; les contractures congénitales sont parfois presque généralisées. Elles sont déterminées le plus souvent par des lésions nerveuses infectieuses ou trophiques pendant la vie fœtale.

Les *myosites rétractiles acquises* sont très fréquentes et leurs causes, fort nombreuses et très variées, peuvent être classées ainsi :

C. infectieuses : Suppuration, myosite.

(1) HUNTER. *Surg., gyn. and obst.*, déc. 1924. — RIESER. *Klin. Woch.*, 8 janv. 1925.

(2) ROYLE. *Surg., gyn. and obst.*, déc. 1924. — WOOD. *Edimb. med. Journ.*, juin 1925. — OLLER. *Prog. clin. de Madrid*, déc 1925, et *Journ. de chir.*, mai 1926.

(3) LANGELAAN. *L'Encéphale*, nov. 1925.

(4) DAVIS. *Surg., gyn. and obst.*, mars 1926.

(5) LERICHE. *Presse méd.*, 1920, p. 765; — *Soc. nat. de chir.*, passim; — *Soc. de chir. de Lyon*, 1925; — *Gaz. des hôpit.*, mars 1926.

(6) WERTHEIMER. Chirurgie du tonus musculaire, *Journ. de chir.*, janv. 1925; — *Monographie* Wertheimer et Bonnet, Paris 1926, Masson.

(1) BRAUWELL. Dystrophies musculaires; système sympathique et glandes endocriniennes, *Lancet*, 28 nov. 1925. — OPITZ. Tonus musculaire chez l'enfant, *Jahr. f. Kind.*, fév. 1925.

(2) MANDELSOHN et A. QUINQUAUD. Sur la prétendue innervation sympathique du tonus musculaire, *Journ. de physiol.*, 1925, n° 4. — Pierre OURY. *Presse méd.*, 23 sept. 1925. — CARILLON. *Soc. méd. de Nancy*, in *Presse méd.*, 19 juin 1926.

(3) MAUCLAIRE. Mésentérite rétractile, *Soc. de chir.*, 1920.

C. vasculaires : Ligature, compression, infarctus des artères, artérite oblitérante.

C. nerveuses : Compression, section des nerfs, lésions médullaires ou cérébrales ou du grand sympathique.

C. trophiques : Rhumatisme chronique déformant.

C. toxiques : Uricémie, etc.

Au point de vue anatomo-pathologique, la myosite rétractile est caractérisée par la disparition plus ou moins complète du tissu musculaire strié et son remplacement par du tissu conjonctif. Les lésions sont bien connues.

Au point de vue symptomatique il faut distinguer les formes légères souvent difficiles à différencier d'une simple contracture, les formes moyennes, et les formes graves, irréductibles.

Ces myosites rétractiles sont soit *généralisées*, ou *presque généralisées*, soit *locales*.

I. Myosites rétractiles généralisées ou presque généralisées. — En voici un cas typique que j'ai observé :

Homme de la campagne, âgé de cinquante ans; il commença par souffrir de la région lombaire au point que je crus tout d'abord à un début de mal de Pott.

Puis, peu à peu survinrent des rétractions musculaires des membres, du cou et du tronc. On sentait rétracté le corps charnu des muscles.

La tête s'inclina fortement en avant par rétraction des muscles fléchisseurs et surtout les deux sterno-mastoïdiens et les scalènes. On sentait tendus et rétractés sous la peau les corps charnus et les tendons de ces muscles.

Le tronc également s'infléchit en avant avec cyphose dorsale.

Les deux avant-bras se mirent en pronation, les mains en flexion, les coudes en flexion, les bras en adduction légère.

Le membre inférieur, les cuisses se mirent en flexion et adduction, les genoux en flexion et les pieds en varus. Ces multiples déformations évoluèrent en l'espace de trois à quatre ans. Il est à noter que dans les articulations il persistait de très légers mouvements. Il ne s'agissait donc pas d'ankylose osseuse, mais d'ankylose fibreuse périphérique. Les extrémités articulaires étaient elles-mêmes peu déformées.

Le malade vécut encore quinze ans dans cet état lamentable se faisant promener en brouette et se recroquevillant sur lui-même de plus en plus.

Il succomba à la cachexie.

J'ajouterai qu'il n'y avait chez lui aucun trouble de la sensibilité cutanée, ni aucun trouble trophique de la peau. Les masses musculaires rétractées étaient évidemment atrophiées. Les muscles et les tendons à leurs insertions étaient durs et rétractés. Les douleurs spontanées n'étaient pas très marquées.

En aucun point, il n'y avait d'ossification musculaire comme dans la myosite ossifiante généralisée dans laquelle on ne trouve également ni lésion médullaire, ni lésions des nerfs périphériques. Je ne crois pas qu'il y eût des ostéophytes dans les capsules articulaires.

Des cas semblables sont souvent étiquetés rhumatisme musculaire et ostéo-articulaire chronique déformant. Mais chez mon malade les lésions articulaires n'étaient pas prédominantes, c'étaient les rétractions musculaires qui attiraient immédiatement l'attention.

Bien des cas semblables existent dans les hospices de vieillards. Scarron était un malade de ce genre.

II. Myosites rétractiles localisées. — Elles sont très nombreuses.

Tout d'abord, il en est qui sont le résultat de la forme scléreuse de la *myosite syphilitique* et siègent surtout sur les masseters, les sterno-cléido-mastoïdiens, le biceps huméral, les muscles droits de l'abdomen, le triceps sural, etc.

Parmi les formes de myosites rétractiles locales, il faut noter aussi certaines formes locales de *myosite rétractile rhumatismale localisées* aux mains, aux pieds avec difformités ostéo-articulaires, mains en coup de vent, en bénitier, en S, en Z, avec subluxation, pieds varus, pieds creux avec griffes des orteils, déviations polymorphes des orteils, avec subluxation ou luxations, etc.

Parmi les autres formes locales, j'envisagerai seulement celles que j'ai observées et qui présentaient quelques particularités.

Au préalable, je signale encore parmi les formes locales les *myosites rétractiles consécutives à des myosites suppurées, traumatiques ou non traumatiques*, aux bras, à l'avant-bras, à la cuisse, au mollet, etc.

A. Myosite rétractile des muscles masticateurs. — J'en ai observé plusieurs exemples au cours de la constriction des mâchoires de causes diverses : hémiplégie infantile, accidents de la dent de sagesse, noma, fracture de la branche montante, du col du condyle.

Cette myosite rétractile des muscles masticateurs présente des degrés divers. Elle peut être légère, mais tenace. J'ai eu à soigner une malade ayant une constriction des mâchoires consécutive à une hémiplégie infantile (1).

Le maxillaire inférieur très atrophié était en retrait sur le maxillaire supérieur. La constriction était telle que la malade en était réduite à faire passer les débris d'aliments entre les incisives supérieures qui débordaient en avant et les incisives inférieures restées en retrait. Or après résection des deux condyles du maxillaire, l'ouverture de la bouche était énorme. Mais peu à peu la constriction des muscles masseters, interne et externe, reparurent et la myosite rétractile évolua encore, malgré un jeu de 2 centimètres donné par la résection.

Quant à la *contracture permanente des muscles de la face* du fait d'une névralgie faciale, j'en ai observé plusieurs cas durant depuis trois ans. A la longue, la myosite rétractile doit succéder à la contracture.

B. Myosite rétractile des muscles fléchisseurs du cou. — a. *Le torticolis du muscle sterno-cléido-mastoïdien* en est l'exemple bien connu.

On sait que le torticolis des nouveau-nés est le résultat soit d'une lésion intra-utérine (myopathie intra-utérine) soit d'une petite rupture musculaire pendant l'accouchement, soit d'une myosite scléreuse après la naissance et de cause encore indéterminée peut-être syphilitique (Couvelaire).

Tantôt la rétraction est légère et le muscle ainsi que le tendon sont modérément rétractés.

Tantôt la rétraction porte surtout sur le corps du muscle qui est dur, scléreux sur une grande étendue. Ici la ténotomie du tendon inférieur est insuffisante et on comprend que la résection partielle du muscle lui-même soit nécessaire dans ces cas. Quelques auteurs ont même fait la résection totale (Mickulicz, Blancke).

Dans un cas de ce genre j'ai fait cette résection partielle du muscle à son insertion inférieure et j'ai noté une entrée de l'air dans une veine, probablement la jugulaire externe ou une jugulaire anté-

(1) Mauclaire. *Revue d'orthopédie*, 1903 et 1920.

rieure. La malade fut dans un état de collapsus très grave pendant une heure puis elle revint complètement à elle. La difformité ne récidiva plus (1).

Quant au torticolis spasmodique, je n'en n'ai observé qu'un seul cas bien net. Je crois que c'est une contracture intermittente sans myosite rétractile avec simple hypertonus.

b. *Myosite rétractile plurimusculaire des muscles fléchisseurs du cou.* — En voici un exemple.

Il s'agissait d'une femme d'une cinquantaine d'années, habitant à la campagne un pays très marécageux. Peu à peu se développa une contracture symétrique des sternomastoïdiens et des scalènes que l'on sentait très tendus. Le menton finit par toucher le sternum. Il y avait aussi une contraction symétrique et légère des muscles fléchisseurs et pronateurs de l'avant-bras.

C. Myosite rétractile des muscles du bras. — Je l'ai observée sur les muscles biceps et brachial antérieurs chez des malades ayant des ostéomes musculaires traumatiques consécutifs à des luxations du coude avec ou sans massage intensif consécutif ou chez des sujets âgés rhumatisants, et souvent symétrique.

Une rétraction fibreuse du biceps a été signalée à la suite de la ligature de l'artère axillaire (Mario).

D. Myosite rétractile des muscles fléchisseurs de l'avant-bras (syndrome de Volkmann). — Je vais insister sur cette lésion bien connue des muscles fléchisseurs parce que par comparaison j'étudierai ensuite la même lésion moins connue et siégeant sur les muscles extenseurs des doigts.

Rappelons tout d'abord que la flexion de la main, et celle des doigts, c'est l'attitude de repos, les fléchisseurs étant plus courts que les extenseurs (Duchenne de Boulogne); c'est ce qui explique la présence de la difformité en flexion des deux dernières phalanges, difformité en crochet.

Au point de vue anatomo-pathologique on sait que dans la maladie de Volkmann les lésions sont les suivantes : un stade initial de myosite inflammatoire créant la rigidité et un stade consécutif de sclérose péri- puis interfasciculaire qui fait la rétraction.

Bérard, Policard et Wertheimer pensent qu'il s'agit non pas d'une myosite, mais d'une nécrose du muscle.

Fruchaud (2) a insisté sur la minceur des rameaux artériels se rendant aux muscles fléchisseurs. Ceux-ci ont une circulation particulière (Soubeyran et Lenormand).

Dans un cas de Walther (*Soc. de chir.*, 1921), le faisceau interne du fléchisseur profond était réduit à une lame fibreuse plaquée sur le cal de la fracture du cubitus.

J'ai observé plusieurs cas typiques après l'application d'appareils plâtrés trop serrés. On sait que ce « syndrome » a été observé aussi à la suite de la ligature de l'artère axillaire par Nabio (3) qui admet une sorte de thrombose intramusculaire diffuse, du fait de cette ligature. Des cas semblables ont été publiés par Tinel, Pelissier, Le Jemtel, Mocquot.

Quant à la pathogénie, les théories sont nombreuses.

La *théorie vasculaire ischémique* avec ses différentes modalités a du vrai, comme le démontrent l'anatomie pathologique et l'étiologie [Nabio, Lagos (1), etc.).

La *théorie nerveuse* par lésion du médian et du cubital ne doit s'appliquer qu'à quelques cas complexes dans lesquels il y a des lésions de ces deux nerfs. Dumas admet que la lésion nerveuse détermine une griffe souple primitive. Puis la sclérose musculaire progressive due au rapprochement continu des points d'insertion des muscles, rend cette griffe irréductible. C'est possible.

Une lésion partielle d'un nerf avec ou sans une parésie musculaire peut provoquer une rétraction musculaire. J'en citerai un exemple plus loin.

Dans certaines observations il y a simultanément une lésion artérielle et une lésion nerveuse [cas de Dustin, cas de Levy-Valensi (2)].

La *théorie nerveuse par lésion du grand sympathique* a été émise par Trocello (1919) et acceptée par Dénucé, Ombrédanne, Leriche, Jorge (3).

Nous avons déjà dit que d'après des travaux récents le tonus musculaire est soumis à l'influence du grand sympathique d'après Hunter, Royle, Leriche, Wertheimer, etc. De nouveaux faits sont encore nécessaires pour confirmer cette opinion.

Un cas curieux que j'ai observé c'est le suivant. Il s'agissait d'un blessé de guerre chez lequel j'avais fais une résection atypique du coude en 1916. Or, il se produisit chez lui des périostases de l'extrémité supérieure du cubitus qui peu à peu pénétrèrent dans l'épaisseur des muscles fléchisseurs profonds comme le montrèrent les radiographies. Peu à peu les trois doigts internes se mirent en flexion et ils ne pouvaient s'étendre que lorsque le poignet était en flexion forcée. C'est bien le signe caractéristique du raccourcissement des muscles, du corps charnu musculaire et de ses tendons inférieurs. Il n'y avait aucun symptôme de lésion du nerf cubital.

Voici un autre cas un peu particulier. Il s'agit d'une jeune malade ayant une luxation probablement congénitale de la tête radiale en avant avec un léger cubitus valgus. Or chez elle, dès sa naissance, dit-elle, les troisième, quatrième et cinquième doigts se mirent en flexion tout en conservant leur mobilité articulaire. Même en fléchissant le poignet les doigts ne pouvaient se mettre en extension. A l'examen électrique les muscles fléchisseurs profonds réagissent d'une façon à peu près normale au faradique et au galvanique. Il y a hypoexcitabilité faradique et galvanique pour les muscles de l'éminence hypothenar et du dernier espace interosseux; le nerf cubital doit être tiraillé et cependant il n'y a aucun trouble de la sensibilité cutanée.

Je pense qu'ici du fait du cubitus valgus par luxation en avant et en haut de la tête radiale, l'épitrochlée et l'insertion supérieure des muscles épitrochléens s'est trouvée reportée un peu en dedans. Il y a eu désaxation des muscles épitrochléens avec simple rétraction, de l'hypertonus sans myosite rétractile concomitante et peut-être aussi un tiraillement permanent du nerf cubital et une lésion partielle de ce nerf. On sait que les lésions partielles des nerfs donnent lieu à des symptômes partiels d'anesthésie et de paralysie.

E. Myosite rétractile des tendons extenseurs des doigts. — C'est une variété moins connue qui jusque maintenant a été décrite sous le nom de rétraction tendineuse pure et simple et qui peut être comparée à la rétraction ischémique de Volkmann pour les fléchisseurs. J'en ai observé plusieurs exemples qui m'ont bien intrigué.

Voici le premier cas typique.

(1) Mauclaire. *Soc. de chir.*, 1915.
(2) Fruchaud. *Th. de Paris*, 1923-1924.
(3) Nabio. *Gaz. des hôpit.*, 4 fév. 1926.

(1) Lagos. *Paris méd.*, 29 mars 1924.
(2) Cités par Sénèque. *Presse méd.*, 30 janv. 1926.
(3) Jorge. *Soc. de chir.*, 21 oct. 1925.

OBSERVATIONS. — Il s'agissait d'une jeune femme qui par l'explosion d'une lampe à alcool fut brûlée à la face dorsale des deux mains et des deux avant-bras. Elle fut soignée longtemps à l'ambrine. La cicatrisation survint lentement, mais peu à peu les doigts se mirent en hyperextension, les premières phalanges en extension et les deuxièmes et troisièmes phalanges en légère flexion.

Les premières phalanges étaient fortement subluxées en arrière sur les têtes métacarpiennes.



Quand on cherchait à fléchir les premières phalanges, on sentait une résistance provoquée par les brides cutanées superficielles qui étaient bien légères et « surtout » par les tendons extenseurs. Mais ce qui est particulier c'est que en contractant les muscles extenseurs, la malade augmentait l'extension des premières phalanges subluxées en arrière sur les têtes métacarpiennes. J'en ai déduit que les tendons et le corps charnu étaient rétractés, raccourcis. Le raccourcissement ne portait pas uniquement sur les tendons, mais aussi sur les corps charnus.

Chez cette malade, j'ai fait d'abord une greffe italienne sur la face dorsale de la main et prise sur l'abdomen. Mais l'hyperextension des premières phalanges ne fut en rien améliorée. Dans une deuxième séance opératoire limitée au pouce et à l'index et d'un seul côté, j'ai excisé les cicatrices cutanées siégeant à la racine des doigts, j'ai fait une ténotomie très oblique du tendon extenseur et encore une greffe italienne prise à la région trochantérienne. L'amélioration ne fut que légère.

En étudiant de nouveau la radiographie je pense que chez cette malade les tendons extenseurs sont trop courts du fait de la rétraction du corps charnu et des tendons des extenseurs. Il n'y a pas de paralysie, car on voit se mouvoir les tendons pour augmenter l'hyperextension des premières phalanges.

Il faudrait dès lors raccourcir la longueur des os de l'avant-bras, pour donner du jeu aux tendons c'est-à-dire réséquer 2 à 3 centimètres des deux os de l'avant-bras.

Après cette résection diaphysaire qui vaudrait mieux que la résection métacarpo-phalangienne, la flexion totale des doigts pourrait être obtenue. Mais la malade n'a pas accepté cette nouvelle intervention.

Quant à la ténotomie longitudinale très oblique pour allonger les tendons, je la crois insuffisante ou difficile.

Dans un deuxième cas absolument semblable le chirurgien avait fait aussi une greffe italienne sur le dos de la main, mais la déformation en extension des premières phalanges n'avait en rien été améliorée.

Chez un troisième et un quatrième malade les lésions et les troubles fonctionnels étaient les mêmes et aucune intervention n'avait été tentée.

Cette difformité doit être bien distincte de celle dans laquelle les trois phalanges sont dans l'extension complète et dans lesquelles on sent la résistance des brides cicatricielles cutanées et celle des tendons rétractés, ceux-ci restant immobilisés sous la peau, adhérents d'une part à la peau et adhérents profondément à l'os.

Parfois la première phalange est en extension et la deuxième et la troisième sont en flexion, mais les lésions sont tendineuses, car les tendons adhèrent complètement.

Quelle est la cause de cette rétraction des muscles extenseurs, corps charnu et tendons, dans les cas que j'ai rapportés?

Je crois que du fait de la brûlure cutanée, il se fait une atrophie des muscles sous-jacents, une congestion puis une myosite rétractile de ces muscles, et aussi une adhérence totale du muscle à son aponévrose d'enveloppe, d'où une gêne dans le fonctionnement du muscle. Je ne crois pas qu'il y ait ici des lésions artérielles ou des lésions nerveuses.

La comparaison est complète avec la rétraction des fléchisseurs et de Volkmann, et je pense que chez ces malades ayant un corps charnu et des tendons trop courts, il faut réséquer 2 centimètres des diaphyses radiales et cubitales comme dans le traitement de la maladie de Volkmann. Cela donnera du jeu et permettra la flexion totale des doigts par les tendons fléchisseurs, et l'extension des première et troisième phalanges par les interosseux et les lombricaux. L'action des fléchisseurs, des interosseux et des lombricaux ne serait plus gênée par la rétraction du corps charnu et des tendons des extenseurs.

Outre ces quatre cas de myosite rétractile des extenseurs des doigts, j'en ai observé un autre qui m'a aussi bien intrigué. Il s'agissait d'un malade qui avait eu une brûlure étendue de la face antérieure de l'avant-bras. Or il avait les premières phalanges en extension permanente. Les muscles fléchisseurs étaient un peu parésiés. Or j'ai supposé ici que c'est cette parésie des muscles antérieurs qui a provoqué l'action antagoniste permanente des extenseurs, d'où l'extension permanente par hypertonie, et par un peu de myosite rétractile des extenseurs des doigts.

Telles sont les réflexions que me suggèrent ces cas curieux de myosite rétractile des muscles extenseurs des doigts classés par tous les auteurs dans les cas de simple rétraction tendineuse.

Je répète qu'il ne s'agit pas, à mon avis, uniquement de rétraction tendineuse; le corps charnu est aussi rétracté que les tendons et il est adhérent à son aponévrose d'enveloppe.

J'ajoute encore que les tendons ne sont pas du tout adhérents ni superficiellement à la peau, ni profondément.

Ayant attiré l'attention sur cette rétraction musculaire et tendineuse singulière des muscles extenseurs des doigts, je serai curieux de savoir si l'interprétation que j'en ai donnée sera admise par d'autres observateurs en présence de cas semblables.

F. MYOSITE RÉTRACTILE DES MUSCLES DE LA MAIN. — C'est au cours des rhumatismes chroniques déformants que l'on note cette lésion. Les doigts sont déviés on peut dire dans tous les sens, en S, en Z, en coup de vent, etc. Parfois il se produit des subluxations. Les exemples en sont nombreux dans les hospices de vieillards.

D'autre part Jeanne et Hallopeau (1), ont signalé la rétraction ischémique des muscles de l'éminence thénar après application d'un plâtre trop serré à la main.

(1) JEANNE et HALLOPEAU. *Soc. nat. de chir.*, 1922, p. 1350.

G. MYOSITE RÉTRACTILE DES MUSCLES PSOAS-ILIAQUES, DU FASCIA LATA ET DU COUTURIER. — Cette lésion n'est pas rare. C'est elle qui provoque la flexion du rachis et du bassin sur la cuisse et réciproquement la flexion de la cuisse sur le bassin. Les malades marchent le tronc en flexion plus ou moins marquée. C'est une plicature progressive et définitive du tronc. J'en ai vu bien des exemples intitulés rhumatisme chronique vertébral et coxofémoral.

J'ai observé la rétraction du psoas-iliaque chez des sujets ayant en outre une myosite rétractile des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin et dont je vais parler dans un instant.

Dans un cas de ligature de l'artère fémorale et de la veine fémorale pour anévrisme artério-veineux à la base du triangle de Scarpa, j'ai constaté deux mois après une flexion permanente légère de la cuisse sur le bassin par rétraction musculaire (1).

La myosite rétractile du tenseur du fascia lata est très fréquente. Elle s'observe surtout dans la coxalgie. Ici il y a rétraction non seulement du muscle, mais aussi de la bandelette fibreuse. J'en ai vu bien des exemples.

Le couturier, le tenseur du fascia lata, le psoas-iliaque et le droit antérieur forment un groupe de muscles souvent rétractés dans la paralysie infantile et Lange (2) vient d'en étudier à nouveau le traitement qui comporte des ténotomies multiples et parfois une résection partielle de l'extrémité supérieure du fémur. Je crois que pour le psoas-iliaque on pourrait détacher le petit trochanter et le remonter un peu avec son tendon pour donner du jeu.

H. MYOSITE RÉTRACTILE DES ADDUCTEURS DE LA CUISSE. — Elle existe à la dernière période de la maladie de Little. J'en reparlerai plus loin.

Je l'ai observée aussi dans un cas de myosite rétractile des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse dont je parlerai également dans un instant et aussi dans un cas d'ankylose bilatérale et peut-être rhumatismale des deux hanches et des deux genoux.

Dans les luxations congénitales de la hanche, je crois qu'il y a raccourcissement par relâchement des muscles adducteurs sans myosite rétractile; comme nous l'avons déjà dit, il faut distinguer le relâchement musculaire et la rétraction musculaire. Il y a deux étapes dans le raccourcissement musculaire.

I. MYOSITE RÉTRACTILE DU QUADRICEPS FÉMORAL. — Elle est très rare. J'en ai observé un cas.

Il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans chez lequel à l'incision exploratrice j'ai trouvé une myosite du droit antérieur et du vaste interne avec aspect verdâtre du muscle. Le malade avait une blennorhagie et j'ai pensé à une myosite blennorhagique, affection dont on parlait à ce moment. Ultérieurement le membre se maintint en extension par rétraction du quadriceps qui était collé contre la face antérieure du fémur. Je l'ai décollé et j'ai interposé de la graisse. Je viens de revoir ce malade dix ans après l'opération. Le muscle joue notablement sur l'os sous-jacent, mais il est encore rétracté et la flexion atteint à peine l'angle droit.

Je viens d'observer des troubles semblables consécutifs à des hématomes profonds de la face antérieure de la cuisse.

J. MYOSITE RÉTRACTILE DES MEMBRES FLÉCHISSEURS DE LA JAMBE SUR LA CUISSE. — J'en ai vu bien des exemples. Mais il faut ici distinguer les cas de flexion plus ou moins marquée et les cas de flexion complète de la jambe sur la cuisse.

a. *Myosite rétractile des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse avec flexion incomplète.* — J'en ai observé bien des exemples pendant la guerre; il s'agissait de blessés ayant eu des plaies des muscles de la fesse ou de la face postérieure de la cuisse, blessures ayant souvent suppuré. Dans sa thèse Delord (1) en a rapporté aussi quelques observations.

Certaines ulcérations cutanéo-musculaires de la face postérieure de la cuisse et des hématomes profonds peuvent donner lieu à de la flexion permanente du genou.

J'ai observé un malade ayant des ulcérations syphilitiques profondes de la face postérieure de la cuisse. Peu à peu le genou se mit en flexion à 120 degrés et le pied en équinisme.

Cette myosite rétractile des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, biceps et demi-membraneux en arrière, droit interne, demi-tendineux et couturier en dedans, est très fréquente par atrophie réflexe du quadriceps dans les cas d'amputation haute et moyenne de la jambe. Les tendons font plus ou moins saillie dans le creux poplité. Les exemples en sont nombreux chez les amputés de la jambe, surtout chez ceux qui ont suppuré. Je l'ai observée aussi dans un cas de brûlure du pied et de la moitié inférieure de la jambe.

La flexion du genou c'est l'attitude de repos que le malade prend d'abord volontairement et finalement, il la garde involontairement.

Il y a là une atrophie réflexe du muscle quadriceps qui est bien curieuse et sur laquelle Jansen et Maragliano ont attiré l'attention (2).

Cette *flexion permanente de la jambe* est provoquée par des lésions de la peau, des muscles fléchisseurs, des nerfs, des lésions articulaires du genou par la parésie du quadriceps crural et par des lésions médullaires ou cérébrales. On l'a signalée dans des cas de spina bifida occulta (Asher) (3).

b. *Myosite rétractile des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse avec flexion complète ou presque complète.* — Les exemples en sont assez nombreux. Quant aux causes étiologiques, il faut citer : le rhumatisme chronique et certaines paraplégies spasmodiques, par lésions cérébrales ou médullaires.

Voici résumées quatre observations bien curieuses que j'ai déjà publiées (4).

PREMIER CAS. — Enfant de dix ans. Depuis trois ans flexion permanente des deux genoux. *Ostéoporose* très marquée des fémurs et des tibias. Atrophie myopathique généralisée; les muscles des membres supérieurs et ceux des membres supérieurs sont très atrophiés. L'enfant élève difficilement la main vers la bouche et il élève dlfficilement la pointe des pieds.

Chez ce petit malade qui dans les pays envahis avait beaucoup souffert de la faim pendant la guerre peut-être s'agissait-il d'ostéomalacie, survenue comme conséquence d'avitaminose [Higier (5), Simon (6)].

(1) MAUCLAIRE. *Soc. nat. de chir.*, 16 juin et 25 oct. 1915.
(2) LANGE. *Zeit. f. orth. Chir.*, 1925.

(1) DELORD. *Th. de Montpellier*, 1920-1921.
(2) MARAGLIANO. *Chir. degli org. di mov.*, déc. 1921.
(3) ASHER. *Arch. f. orthop. und unf. Chir.*, août 1925.
(4) MAUCLAIRE. Flexion permanente des genoux par myosite rétractile, *Soc. nat. de chir.*, nov. 1925.
(5) HIGIER. Ostéomalacie, ostéoporose survenue par avitaminose, *Gaz. des hôpit.*, 1923, p. 1235.
(6) SIMON. Ostéopathies de la faim, *Arch. f. unf. und orth. Chir.*, 1920.

DEUXIÈME CAS. — Femme de quarante-cinq ans. Depuis deux ans flexion progressive de la jambe droite sur la cuisse. Subluxation du tibia arrière avec léger genu valgum. Saillie des tendons dans le creux poplité. Atrophie des muscles. *Ostéoporose* de l'extrémité fémorale inférieure.

TROISIÈME CAS. — Femme de cinquante ans. Depuis plusieurs années flexion bilatérale et permanente des deux genoux et légère flexion de la cuisse sur le bassin. On peut exagérer encore de quelques degrés la flexion. Atrophie des masses musculaires. Saillies tendineuses multiples dans le creux poplité. *Ostéoporose* très marquée de l'extrémité inférieure du fémur.

J'ai pratiqué des ténotomies multiples et l'arthrodèse du genou des deux côtés. En poussant la jambe contre le fémur le condyle externe très mou s'écrasa, et cependant la pression n'avait pas été forte.

QUATRIÈME CAS. — *Flexion permanente des deux genoux et flexion des cuisses sur le bassin.* — Homme de cinquante et un ans; crise de rhumatisme généralisé à vingt-cinq, trente et trente-huit ans, et localisation définitive aux deux genoux. Il y a trois ans la flexion des genoux s'accentua et devint permanente et complète; en même temps survint une adduction permanente des cuisses et une flexion permanente des cuisses sur le bassin.

Aux genoux on pouvait encore exagérer un peu la flexion de quelques degrés. Tous les tendons du creux poplité sont rétractés. Le tibia est un peu subluxé en arrière, etc. *Ostéoporose.* Arthrodèses des genoux.

Chez ces quatre malades j'ai été frappé de l'existence concomitante de l'ostéoporose. Chez le petit garçon j'ai cassé les deux tibias en essayant doucement de redresser les pieds bots varus équins. Dans le troisième cas, au cours de l'arthrodèse j'ai écrasé le condyle externe du fémur en poussant très modérément le plateau tibial contre les condyles; dans le deuxième cas, un genu valgum s'est établi progressivement par affaissement du condyle externe du fémur.

De sorte que comme pathogénie on peut admettre :

a. Ou qu'il s'agit d'une même cause qui a ramolli les os et fait rétracter les fléchisseurs;

b. Ou que l'ostéoporose primitive a secondairement fait rétracter les fléchisseurs.

c. Ou que la rétraction primitive des fléchisseurs a provoqué de l'ostéoporose soit directement, soit indirectement du fait de l'immobilisation du membre.

Pour redresser le membre chez ces différents malades je n'ai pas eu à sectionner la capsule articulaire postérieure comme Putti l'a recommandé pour des cas extrêmes (1).

K. MYOSITE FIBREUSE RÉTRACTILE DES MUSCLES DE LA LOGE ANTÉRO-EXTERNE DE LA JAMBE. — J'ai observé un cas de myosite fibreuse par corps étranger inclus dans le jambier antérieur (2).

Dustin a publié un cas dans lequel une ligature de l'artère tibiale antérieure entraîna une sclérose ischémique des muscles de la loge antérieure de la jambe. Le malade avait en outre une section du sciatique poplité externe.

Ces cas sont assez exceptionnels.

La myosite rétractile du tendon de l'extenseur propre du gros orteil, du premier faisceau du pédieux et des abducteurs du gros orteil donne lieu à l'hallux valgus qui est très fréquent.

Parfois la rétraction porte presque uniquement sur l'extenseur propre du gros orteil : c'est l'hallux recurvatum.

L. MYOSITE RÉTRACTILE DES MUSCLES DU MOLLET. — Sa fréquence est très grande, et elle est bien connue.

Il est des cas légers dans lesquels il y a raccourcissement du muscle avec une myosite rétractile bien légère. Cela se voit dans les pieds bots tendineux, dans les plaies des nerfs, avec raccourcissement des muscles antagonistes.

Mais il est des cas graves avec difformité tenace.

Pendant la guerre je l'ai notée bien souvent chez des malades ayant eu des plaies des muscles du mollet qui ont suppuré. Le pied se mettait en équinisme avec varus plus ou moins marqué. La ténotomie très oblique du tendon d'Achille ne suffisait pas à corriger la déviation du pied. Il fallait faire l'astragalectomie pour donner du jeu au tendon d'Achille et aux tendons des fléchisseurs.

J'ai observé des cas de myosite rétractile de tous les muscles de la face postérieure de la jambe chez une malade chez laquelle une compression extraordinaire du genou avait été faite pour une hydarthrose, compression prolongée et répétée plusieurs jours (1). Vincent et Gauthier (2) ont rapporté des observations de myosite rétractile des muscles du mollet à la suite d'application d'appareils plâtrés de jambe trop serrés.

Dans le pied bot phlébitique varus équin, il se produit pendant la résorption de l'œdème qui est plus marqué dans les muscles postérieurs du fait de la pesanteur, une rétraction surtout des muscles triceps sural et du jambier postérieur.

J'en ai vu plusieurs exemples. La ténotomie du tendon d'Achille fut parfois insuffisante. Il a fallu faire une résection partielle du tarse comme dans les pieds bots osseux.

De plus, on connaît la myosite rétractile des muscles du mollet dans les cas d'amputation de Chopart; elle attire invinciblement le calcaneum en haut et en arrière. Enfin, j'ai vu chez une malade ayant une arthrite sèche des deux hanches une myosite rétractile des muscles du mollet provoquer une déformation des deux pieds en varus équin au bout de plusieurs années d'immobilisation au lit. Le fait est fréquent. Je citerai encore la rétraction du tendon d'Achille dans les cas d'ulcération chronique du talon.

M. MYOSITE RÉTRACTILE DES MUSCLES DE LA PLANTE DU PIED. — De même qu'à la main, on voit au pied des déformations classées dans le cadre du rhumatisme chronique déformant : pied creux, orteils en griffe, en Z, etc.

N. MYOSITES RÉTRACTILES DANS CERTAINES MALADIES NERVEUSES. — *a.* On observe souvent des *contractures posthémiplégiques ;* au membre supérieur le bras se met en adduction et rotation interne, l'avant-bras en flexion et pronation, la main en flexion. Au membre inférieur la cuisse et la jambe sont en extension, le pied en varus équin. Charcot et Vulpian ont pensé qu'il y avait alors hypertonus, mais à la longue il y a de la myosite rétractile.

b. Les contractures définitives s'observent dans l'*hémiplégie spasmodique* de l'enfance ; l'avant-bras

(1) PUTTI. *Chir. degli org. di mov.*, fév. 1921.

(2) MAUCLAIRE Art. MEMBRES, *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, p. 243.

(1) MAUCLAIRE. Art. MEMBRES, *Traité de chirurgie*, p. 162.

(2) VINCENT et GAUTHIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 29 oct. 1913.

est fléchi la main et les doigts également, le genou est en flexion et le pied dévie en varus équin.

c. Des contractures semblables s'observent dans l'*athétose* et dans l'*hémiathétose*, dans la diplégie spasmodique et l'hémiplégie cérébrale infantiles.

Dans toutes ces variétés de myosites rétractiles par lésions nerveuses centrales, les transplantations tendineuses ou nerveuses n'ont rien donné (Spiller et Frasier) (1). Dans un cas d'athétose avec jambes en flexion permanente, j'ai fait l'arthrodèse des deux genoux mais la marche resta aussi incoordonnée, les jambes restant droites et les cuisses en adduction. Il faudrait de plus sectionner les nerfs obturateurs.

d. On sait que dans la *maladie de Little* la lésion du faisceau pyramidal provoque de l'adduction du bras, de la pronation de l'avant-bras, de le flexion de la main, de la flexion de la cuisse sur le bassin, de l'adduction des cuisses, de la flexion de la jambe sur la cuisse, de l'équinisme et du varus du pied.

Pendant longtemps, il y a de la simple rétraction des muscles par hypertonus, mais au bout d'un certain temps dont la date est difficile à préciser, survient de la myosite rétractile.

Je rappelle que Royle traite certaines paralysies spasmodiques par la section des rami-communicantes au cou et aux lombes. Il est évident que dans ces cas les muscles étaient simplement en hypertonus mais non rétractés. C'est dans ces cas pris au début que le massage méthodique et une bonne rééducation peuvent donner de bons résultats si le malade est intelligent.

Quant à l'opération de Stoffel ou section partielle ou latérale des nerfs au niveau des régions motrices spéciales, je l'ai essayée sur le tronc du nerf sciatique, mais le résultat fut nul (2).

Je n'ai pas été tenté ni par l'opération de Fœrster, résection des racines médullaires, ni par l'alcoolisation partielle à 60 degrés du sciatique (Maragliano) (3).

Chez un sujet, âgé de vingt ans, ayant le syndrome de Little des membres inférieurs, avec adduction exagérée et permanente, j'ai fait la section des nerfs obturateurs et des ténotomies multiples en haut au niveau des insertions ischiatiques et en bas au niveau du creux poplité (4).

L'amélioration fut très grande et persistante.

e. Dans la *maladie de Parkinson* il y a aussi une contracture avec hypertonus. Mais je ne peux pas dire si finalement il y a de la myosite rétractile. La sympathectomie n'a pas amélioré ces malades, [Wertheimer (5), Urectia (6)]. Par contre la section des rami-communicantes lombaires améliora un malade de Lemoine (7).

*
* *

En somme, on voit que cette myosite « rétractile » s'observe surtout sur les muscles fléchisseurs : du cou, de l'avant-bras, de la main, du tronc, de la cuisse, de la jambe et du pied, l'attitude de repos étant une cause prédisposante qui entretient la parésie des muscles antagonistes.

Elle s'observe beaucoup plus rarement sur les muscles extenseurs. Dans ce travail j'ai voulu démontrer que dans bien des cas étiquetés, simplement rétraction des tendons, il faut dire : *rétraction des tendons avec myosite rétractile.*

Chemin faisant j'ai indiqué les différents traitements à appliquer : extension continue, rupture et redressement forcé ou progressif et répété, myotomies, myoplasties, myectomies, ténotomies diverses et ténoplasties, allongements tendineux, ostéoplasties, résections osseuses partielles ou totales, neurotomies partielles ou totales, résection du grand sympathique, ostéotomies diverses et résections ostéo-articulaires, arthrodèses, suivant les cas.

(1) SPILLER et FRAZIER. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1905.
(2) MAUCLAIRE. *Soc. de chir.*, 1914.
(3) MARAGLIANO. *Congrès ital. d'orthop.*, 1921; — *Chir. degli org. mov.*, 1921.
(4) MAUCLAIRE. *Soc. nat. de chir.*, 1923; — *Thèse* Pasquier, Paris 1923.
(5) WERTHEIMER. *Presse méd.*, 3 oct. 1925.
(6) URECTIA. *Soc. de neurol.*, 15 avril 1926.
(7) LEMOINE. *Soc. clin. des hôpit. de Bruxelles*, in *Presse méd.*, 22 mai 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1926)

Action de la d'Arsonvalisation diathermique sur la synovie. — M. H. BORDIER, pour expliquer l'action de la d'Arsonvalisation diathermique dans l'hydarthrose, a étudié l'action des oscillations électriques de haute fréquence sur le liquide synovial retiré des grandes articulations du bœuf, aussitôt après la mort de l'animal, et constaté que le passage des oscillations électriques de haute fréquence pendant cinq minutes est suffisant, quoique la température n'ait pas dépassé 45 degrés, pour amener une floculation partielle des particules albuminoïdes du liquide synovial.

C'est par un phénomène analogue que doit très probablement se traduire, chez un malade atteint d'hydarthrose, l'action de la d'Arsonvalisation diathermique.

Etude quantitative de l'action de la morphine sur l'écorce cérébrale. — MM. A. RIZZOLO et A.-B. CHAUCHARD.

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1926)

Sur le mécanisme interne de la contraction musculaire. — M. G. LAFON.

Stimulation des activités bactériennes dans le lait. — M. Constantino GORINI.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 JUILLET 1926)

Un cas de paralysie pithiatique à forme pseudo-pottique. Les difficultés du diagnostic. — MM. Léon TIXIER et P. R. BIZE présentent une malade qui, depuis trois ans traînait les hôpitaux avec le diagnostic de mal de Pott et qui guérit complètement en deux séances de psycho-électrothérapie.

Les auteurs insistent :

1° Sur la difficulté diagnostique de ces cas où l'épilepsie spinale pithiatique peut stimuler les signes pyramidaux;

2° Sur la difficulté d'interprétation des radios du rachis où des rayons très obliques peuvent simuler un pincement des disques;

3° Sur la nécessité de la ponction lombaire qui en montrant l'absence de dissociation albumino-cytologique permet d'éliminer le mal de Pott.

4° Enfin la persistance des signes d'épilepsie spinale après guérison montre bien que l'hystérie ne les crée pas directement, mais qu'ils sont simplement fonction d'un terrain sur lequel cette affection peut se greffer.

De l'influence des facteurs non spécifiques dans l'apparition et le développement de l'immunité antitoxique. — MM. Chr. ZOELLER et G. RAMON rapportent les résultats qu'ils

ont obtenus chez l'homme au moyen d'une anatoxine (diphtérique ou tétanique) mélangée à des substances diverses, fécule, lait, sang, etc.

Ils résument les données qu'ils ont recueillis concernant l'influence des facteurs non spécifiques sur la production d'une immunité antitoxique.

Le problème est distinct selon qu'il s'agit d'un sujet neuf ou d'un sujet préparé par la vaccination ou par l'infection. Chez le sujet neuf ou peut se demander si l'introduction d'un antigène donné élève d'une façon générale et non spécifique le niveau de la réactivité naturelle par une espèce d'éducation de la fonction antitoxique, ou bien si en raison des parentés entre deux immunités il advient qu'en installant l'une d'elles on fasse le chemin de la seconde. Chez le sujet préparé, ou allergique un facteur non spécifique est-il capable de stimuler une réactivité acquise.

Poursuivant des recherches parallèles sur la diphtérie et sur le tétanos, les auteurs ont observé qu'un bon donneur d'antitoxine diphtérique peut être un mauvais donneur d'antitoxine tétanique et inversement. L'injection d'anatoxine tétanique ne fait pas croître le taux de l'antitoxine diphtérique chez un sujet à Schick négatif. Enfin une injection de rappel faite à la période d'état d'une rougeole, d'une grippe, d'une réaction sérique chez un sujet antérieurement vacciné provoque un bond antitoxique aussi marqué que chez un sujet.

Notes histologiques sur la gangrène du poumon. — MM. G. Caussade et André Tardieu observent :

1° Que les lésions classiquement décrites à la périphérie des cavernes gangréneuses : les trois couches de Cornil et Ranvier (eschare central, zone intermédiaire hépatisée et zone périphérique splénisée) n'existent pas toujours au complet et que, dans les formes prolongées de sphacèle pulmonaire, il est malaisé, pour ne pas dire impossible, de déceler histo-chimiquement la fibrine.

2° Que les lésions situées à distance de la caverne réalisant, toujours d'après les classiques, les diverses modalités de l'alvéolite (catarrhale, fibrineuse, fibrino-leucocytaire, suppurée, œdémateuse), ne se retrouvent pas aussi schématiquement. D'après leurs coupes, les auteurs décrivent des altérations diffuses où prédomine l'alvéolite catarrhale dégénérative, disposée au milieu d'un tissu de sclérose disséminée, plus intense autour des vaisseaux. Cette sclérose formée de trousseaux épais est particulièrement dense sous la plèvre et à la périphérie des bronches dilatées.

3° Une autre disposition, peu connue, imprime parfois au parenchyme un aspect franchement angiomateux. Elle se rencontre presque au contact de la face interne de la caverne, au-dessous d'une zone granuleuse : c'est une association de dilatations considérables et nombreuses des capillaires qui apparaissent bourrés de globules rouges ou thrombosés, très voisins les uns des autres; mais nettement séparés par des bandes de sclérose. Dans cette variété, la sclérose est moins intense que dans la précédente ; mais la charpente alvéolaire a disparu. Au-dessous de la zone angiomateuse, qui s'estompe progressivement au fur et à mesure qu'on l'examine en un point plus éloigné de la paroi de la caverne, sont des lacs sanguins et l'apoplexie pulmonaire ainsi qu'une sclérose massive.

L'étude histologique ne permet pas de dire si les processus angiomateux et scléreux représentent des lésions actives et évolutives ou, au contraire, des réactions de défense.

Les lésions des os des membres atteints d'ulcère variqueux. — MM. Sézary et Lichtwitz rappellent la fréquence des lésions osseuses des membres atteints d'ulcère variqueux. Ils les ont trouvées constantes chez leurs malades.

Ces altérations sont difficiles à percevoir à la palpation en raison de la dermatosclérose et de la pachydermie qui compliquent si souvent les ulcères; elles ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux; aussi, la seule façon de les dépister, consiste à pratiquer un examen radiographique.

On voit alors que les lésions siègent le plus souvent sur le péroné et consistent presque toujours en une périostite.

Dans un premier type celle-ci est diffuse, formant à l'os une gaine épaisse de 3 à 10 millimètres, à bords parfois dentelés. Elle est surtout développée de part et d'autre du ligament interosseux où elle forme parfois des ponts d'union entre le tibia et le péroné. Elle respecte toujours les deux extrémités.

Dans un second type, la périostite est circonscrite. Ces périostites circonscrites n'ont pas de rapports constants avec le siège de l'ulcère. Elles occupent d'habitude la partie moyenne de l'os alors que la perte de substance siège à la partie inférieure.

L'ostéite est rare; cependant on observe dans certains cas un léger épaississement de l'os compact.

Dans toutes les observations, sauf une, on n'a trouvé aucun stigmate clinique ou sérologique qui permette d'incriminer le tréponème. Aussi les auteurs rejettent-ils la nature syphilitique de ces lésions osseuses. Ils les croient liées à une infection banale d'origine ulcéreuse et les assimilent aux ostéites constatées chez les blessés de guerre atteints de plaies suppurantes prolongées des membres. Peut-être aussi les troubles nerveux si fréquents dans les ulcères des jambes favorisent-ils le processus d'ossification.

Action de la sécrétine purifiée sur la sécrétion externe du pancréas chez l'homme. — MM. M. Chiray, A.-R. Salmon et Mlle A. Mercier, apportent les résultats d'une série de recherches entreprises chez l'homme à l'aide de la sécrétine purifiée de Penau et Simonnet. Après avoir étudié le suc recueilli par tubage duodénal à la suite d'injections intra-musculaires et intra-veineuses de cette sécrétine, ils arrivent aux conclusions suivantes :

1. La sécrétine purifiée de Penau et Simonnet permet de provoquer sans risques ni dangers la sécrétion externe du pancréas chez l'homme aussi facilement qu'on le fait chez les chiens avec la sécrétine non purifiée employée ordinairement dans les laboratoires de physiologie ;

2. L'effet produit est surtout net avec une injection intraveineuse de 3 centigrammes pour un sujet de poids moyen. Sans doute obtiendrait-on une action plus importante encore avec de plus fortes doses, mais les auteurs n'ont pas osé les essayer ;

3. L'injection intraveineuse de sécrétine purifiée a une première action, brusque et immédiate, caractérisée par l'écoulement rapide d'un suc duodénal abondant et pâle, une augmentation nette pour la lipase et faible pour la trypsine. Dans une seconde période au cours de laquelle le liquide sécrété est moins abondant, quoique toujours clair et limpide, la trypsine augmente fortement tandis que la lipase n'est plus que faiblement en excès ;

4. En inscrivant de cinq en cinq ou de dix en dix minutes les valeurs enzymatiques on peut établir une courbe de la sécrétion pancréatique provoquée. Les auteurs se proposent d'étudier cette courbe à l'état normal et pathologique. Ils pensent pouvoir mettre ainsi en évidence les troubles fonctionnels du pancréas malade. Comme ils l'indiquent, ce mode d'examen de la fonction provoquée et observée pendant un certain délai est conforme aux règles actuellement admises pour toutes les explorations viscérales en clinique, qu'il s'agisse de l'estomac, du foie ou du rein.

Le mécanisme du coup de soleil acrodinique. — M. Guillaume insiste dans le cas particulier sur l'action des radiations visibles du violet et du para ultraviolet qui agissent pour produire le photo-épidermite.

Récidive de dysenterie amibienne après trente-trois ans de guérison apparente. — MM. Flandin et Duchon, étant donné la longue persistance des kystes, assimilent la dysenterie amibienne à une maladie chronique d'emblée. Ils insistent sur l'action locale des arsénicaux et le tréparsol leur paraît le médicament de choix.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 28 MAI 1926)

Septicémie staphylococcique par abcès du sein guéri par la transfusion du sang. — MM. Cadenat, Funck-Brentano et P. Falgairolle. Cette septicémie, dont le diagnostic fut imposé par la clinique (température, état général, absence de localisations, évolution) et vérifiée par le laboratoire, s'était développée chez une jeune accouchée à la suite d'un abcès du

sein gauche. Deux transfusions de sang citraté de sujets normaux amenèrent, la première (250 centimètres cubes) une amélioration nette (l'hémoculture devint négative); la deuxième (150 centimètres cubes) l'entrée en convalescence terminée sans complications par la guérison complète un mois après.

La transfusion du sang dans le traitement de la rougeole (4 cas) et celui de la varicelle (1 cas). — MM. Ducamp, Blouquier de Claret et P. Falgairolle. Quatre rougeoles choisies parmi les cas les plus graves, une varicelle bénigne. Effets thérapeutiques excellents de la transfusion du sang citraté de convalescent, contrôlés à la fois par la transformation de l'état général et local (menace de broncho-pneumonie) et de l'éruption (notamment pour une éruption morbilleuse confluente et pour celle de la varicelle). En somme, abréviation et atténuation de l'infection et de ses complications; cette épidémie de rougeole avait provoqué quelques morts et plusieurs complications (surtout otitiques). Aucun dommage pour les donneurs. Hautement spécifique, facile à exécuter, dépourvue de dangers, cette transfusion paraît être une des meilleures thérapeutiques actuelles des maladies infectieuses aiguës à germes inconnus.

Un nouveau cas de pyonéphrose droite dans un rein en ectopie. (*Présentation de pièces.*) — MM. J. Coulazou, A. Bonnet et S. Constantinesco attirent l'attention sur deux points :

1° Le fait que la tumeur renfermait un liquide qui n'était pas sous tension, la masse se délimitant mal, le parenchyme rénal, seule partie compacte, étant couvert par la crête iliaque.

2° A l'ouverture de la fosse lombaire par l'incision d'Albarran, on tombe sur le bord postérieur du foie, et ce n'est qu'à la partie tout à fait antérieure de l'incision qu'on découvre la tumeur.

LIVRES NOUVEAUX

Œuvres de Pasteur. Tome IV : *Etudes sur les maladies des vers à soie* (1). Tome IV des *Œuvres de Pasteur* réunies par le docteur Pasteur Vallery-Radot.

Le docteur Pasteur Vallery-Radot, poursuivant avec un soin pieux la publication des œuvres complètes de son illustre aïeul, nous apporte aujourd'hui les études sur les maladies des vers à soie.

Ceux qui, comme nous, assistèrent il y a une quarantaine d'années aux manifestations de reconnaissance des sériciculteurs que Pasteur venait de sauver de la ruine, ont gardé un souvenir particulier de cette phase de l'évolution pastorienne.

Mais les études sur les maladies des vers à soie ont eu une portée beaucoup plus grande qu'on ne se l'imaginait à cette époque. Elles devinrent le trait de réunion entre les *fermentations* et les *maladies contagieuses*. Elles permirent à Pasteur de démontrer pour la première fois l'action d'un micro-organisme à l'origine de la maladie d'un être vivant, de résoudre les problèmes de l'hérédité et de la contagion, et d'établir des règles de prophylaxie. Ses travaux sur les maladies des vers à soie ont été le prélude de ses recherches sur les maladies des animaux supérieurs et de l'homme. Ils l'ont armé pour pénétrer dans le domaine de la pathologie à tel point que le livre où il les résuma est suivant l'expression du docteur Roux, son disciple : « *Le véritable guide de celui qui veut étudier les maladies contagieuses* ».

Etiologie, pathogénie, prévention, Pasteur a tout découvert dans cette maladie des vers à soie contre laquelle s'étaient brisés les efforts de ses prédécesseurs.

Ce volume comprend *toute l'œuvre de Pasteur en sériciculture* : des deux volumes qu'il avait fait paraître en 1870; l'un sur la *Pébrine et la Flacherie* est reproduit intégralement, l'autre, intitulé : *Notes et Documents*, a été augmenté dans cette édition d'un grand nombre de communications et d'articles publiés par Pasteur entre 1865-1870 et qui n'avaient pas été insérés dans la première édition. Enfin, à la fin des notes et documents, on trouvera toutes les communications, les notes et les lettres sur les vers à soie, postérieures à l'ouvrage de 1870.

Ce quatrième volume des œuvres de Pasteur se présente sous le même aspect particulièrement soigné que les précédents, les planches en couleur en sont particulièrement remarquables.

Ce volume vient s'ajouter aux trois tomes déjà précédemment publiés : I. *Dissymétrie moléculaire*; II. *Fermentations et générations dites spontanées;* III. *Etudes sur le vinaigre et sur le vin.*

Il sera bientôt suivi des trois derniers volumes : V. *Etudes sur la bière*; VI. *Maladies virulentes, virus vaccins et prophylaxie de la rage*; VII. *Mélanges scientifiques et littéraires.*

Ainsi sera élevé à la mémoire du bienfaiteur de l'humanité le plus beau et le plus utile des monuments. On doit remercier M. Pasteur Vallery-Radot d'avoir entrepris et mené à bien cette tâche formidable.

L. G.

Nourrissons. Enfants (1), par le docteur G. Blechmann, ancien chef de clinique à l'hospice des Enfants-Assistés. Collection des Consultations journalières.

Sous une forme claire et condensée, ce volume contient tout ce que le praticien a besoin de posséder de connaissances en pédiatrie, dans l'exercice courant de la profession médicale.

Actuellement la diététique et la thérapeutique du premier âge subissent une véritable évolution. Depuis la guerre, pour lutter contre la mortalité infantile, les œuvres de puériculture, les consultations de nourrissons, etc., se multiplient et chaque jour le médecin est sollicité pour diriger un allaitement maternel, pour régler l'alimentation par les laits modifiés, etc. Il doit connaître à fond le traitement des troubles digestifs, des affections cutanées de la première enfance. Il lui faut dépister la syphilis héréditaire latente, la tuberculose. La première partie du volume répond à ces desiderata.

Dans la seconde partie, pour chaque maladie de la seconde et de la grande enfance, seules les médications qui ont fait leur preuve sont proposées, avec leur forme d'emploi, la posologie suivant l'âge, les voies d'introduction, leurs avantages et leurs inconvénients. Une grande place est faite aux apports les plus récents de la thérapeutique (vaccins, sérums, agents physiques).

D'autre part, on trouvera dans cette Consultation journalière, et sous une présentation originale, de véritables ensembles cliniques qui groupent les diverses manifestations de la tuberculose de l'enfance, le rhumatisme et ses séquelles, les néphrites aiguës, etc. Le lecteur assiste ainsi à l'évolution de la maladie et trouve à chacune de ses étapes des indications thérapeutiques précises.

L'excellent volume de M. G. Blechmann, dont la réputation de pédiatre est bien établie, remplira certainement le rôle essentiellement pratique que se sont proposé les promoteurs de cette intéressante Collection.

L. Babonneix.

La Gastroscopie. Etude clinique et expérimentale (2), par Jean Rachet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La gastroscopie doit-elle prendre droit de cité dans les modes courants d'explications cliniques?

Telle est la question que tend à résoudre cette étude très documentée, basée sur une critique serrée des appareils et des méthodes jusqu'ici utilisées, et étayée sur une expérimentation personnelle importante.

Cet ouvrage est abondamment illustré de schémas, de planches hors texte en noir et en couleurs, de radiographies, de planches anatomiques. Il est indispensable à qui veut se faire une idée impartiale de l'état actuel de ce mode d'investigation gastrique.

L. G.

(1) Un vol. grand in-8 de 762 pages avec figures et 16 planches hors texte en couleurs. Prix : France, 140 fr. en plus hausse de 20 p. 100. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-16 de 392 pages. — Prix : cartonné, 18 fr., plus hausse de 20 p. 100, soit 21 fr. 60. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) In-8 de 120 pages avec 36 figures dans le texte et 10 planches dont 2 en couleurs hors texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

La pensée qui guérit, par le docteur Pierre VACHET. Un volume in-16 double couronne. — Prix : 10 fr. — Paris, Bernard Grasset, 61, rue des Saints-Pères.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-81

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Hôpital des Enfants-Malades. — Conformément aux conclusions d'un rapport de M. de Fontenay, le Conseil municipal de Paris vient d'émettre l'avis qu'il y a lieu :

« 1° D'approuver un projet de construction, à l'hôpital des Enfants-Malades, d'un pavillon destiné à la consultation d'oto-rhino-laryngologie;

2° D'imputer la dépense, évaluée à 2.094.000 fr., sur les fonds provenant de la donation Blumenthal;

3° De donner audit pavillon, conformément au désir du donateur, et en témoignage de reconnaissance, le nom de « pavillon Georges et Florence Blumenthal ».

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (*Année scolaire 1926-1927.*) — **Immatriculation, inscriptions.** — I. Immatriculation. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes délivrées aux étudiants sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires;

2° Les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 heures.

II. Inscriptions. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 heures.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, institué par décrets des 31 mai 1902 et 22 juillet 1912, et certificat d'études P. C. N.;

II. Acte de naissance sur timbre;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 2 fr. 40) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur);

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1926-1927, les inscriptions trimestrielles, consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 heures, au secrétariat (guichet n° 3).

Premier trimestre, du 7 au 23 octobre 1926 (excepté les lundis et mardis).

Deuxième trimestre, du 5 au 22 janvier 1927 (excepté les lundis et mardis).

Troisième trimestre, du 27 avril au 14 mai 1927 (excepté les lundis et mardis).

Quatrième trimestre, du 6 au 23 juillet 1927.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

DIPLÔME DE PUÉRICULTURE. — Liste par ordre de mérite des candidats ayant subi avec succès l'examen pour l'attribution du diplôme de puériculture de la Faculté de médecine de Paris :

Mlle Sazerac de Forge, MM. Christou, Périgord, Koliouscas, Menuau, Bloch, Joffroy, Estiu, Santi, Bonet da Forno, Larsonneur, Adamoff, Mlle Lecoq (Paule), MM. Razafimanantsoa, Raison, Miyar, Polycrates (Nicolas), Mlle Le Gourierec, MM. Rochi, Stephanides, Catseotes, Vassilakis.

MÉDAILLES D'HONNEUR DES ASSURANCES SOCIALES. — *Médaille d'or.* — MM. le docteur Virlogeux (de Moulins), le médecin principal Gay-Bonnet; les docteurs Killian (de Saverne), Meyer (de Benfeld), Ungerer et Scheib (de Strasbourg), Massip (de Paris), Labarrière (d'Amiens).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Chambon (de Decazeville), Dussaut (de Valence), Luc (de Saint-Vallier-sur-Rhône), Seigneur (de Saumur), Grojean (de Knutange), Lecat (de Billy-Montigny), Minet (de Courrières), Braunberger (de Schlitigheim), Liebrich (de Brumath), Sibut (de Paris), Pelisse (du Vésinet).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Germain (de Metz), Grimault (d'Algrange), Vieu (de Toulon).

GUERRE. — M. le médecin principal de 2e classe Gay-Bonnet est nommé à l'état-major du ministre.

— M. Lévy-Neumand, médecin auxiliaire, est nommé au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve.

LA PROPHYLAXIE DE LA VARIOLE. — Sur les conclusions d'un rapport de M. Caujole, le Conseil général de la Seine vient d'adopter le projet de vœu suivant présenté par MM. Caujole et Louis Peuch :

« Que le gouvernement dépose un amendement à la loi du 15 février 1902, tendant :

1° A resserrer les limites de l'obligation vaccinale et à les étendre jusqu'à un âge plus avancé, en prescrivant que les inoculations seront pratiquées dans les trois premiers mois après la naissance, à l'âge de sept ans, de quatorze ans, de vingt et un ans et de trente ans;

2° A astreindre toute personne venant élire résidence en France, quelle que soit sa nationalité, à fournir pour son passage à la frontière, maritime ou terrestre, un certificat de vaccination datant de moins de trois mois, ou, à défaut, à subir l'inoculation jennérienne.

Les Français, dont l'absence hors de notre pays aura duré plus de trois mois, seront soumis à la même obligation.

La présentation du certificat sera toujours exigée par l'autorité qualifiée au moment de la déclaration de résidence. »

L'ESPÉRANTO. — On peut affirmer qu'en ce qui concerne la médecine, l'Espéranto est maintenant passé de la théorie à la pratique. Le journal *Internacia medicina Revue*, dont le rédacteur en chef est le professeur Vanverts (de Lille), paraît très régulièrement; il a des correspondants et des collaborateurs dans tous les pays et il compte en particulier de nombreux abonnés en Pologne, en Tchécoslovaquie, au Japon, au Brésil, etc.

Grâce à l'Espéranto ce journal a pu ouvrir des enquêtes sur des sujets très divers : situation économique des médecins dans les divers pays (numéro de janvier), avortement et méthodes anticonceptionnelles (numéro de mars); il a contribué à faire connaître partout l'appel du docteur Decourt en faveur d'une union internationale des médecins praticiens. Le moment est désormais venu, pour les auteurs qui désirent faire connaître leurs travaux à l'étranger, d'envoyer un court résumé en français de leurs plus récents articles ou un exemplaire de leurs livres à la rédaction de l'*Internacia medicina Revue* qui se chargera de traduire ces résumés en espéranto ou d'analyser ces livres s'il y a lieu.

Au moment où l'Espéranto prend dans les milieux médicaux de certains pays un développement tout à fait inattendu, convient-il que la France, la Belgique, le Luxembourg, la Suisse française restent en arrière?

Numéro spécimen de la Revue sur simple demande à l'adresse suivante : docteur Briquet, 31, rue de la Bassée, Lille. (Cours d'espéranto par correspondance, écrire : Ecole universelle, 59, boulevard Exelmans, Paris.)

DOUZE LEÇONS SUR LA CELLULITE AVEC APPLICATIONS A LA GYNÉCOLOGIE ET AUX TROUBLES DE LA NUTRITION, par le docteur F. Wetterwald. — *Programme.* — La cellulite en général et dans les maladies de la femme. — La kinésithérapie gynécologique. — Le traitement manuel dans les troubles de la circulation et de la nutrition.

Les leçons seront faites à la Clinique Stapfer, 6, rue Antoine-Dubois, à partir du mercredi 15 septembre, les lundis, mercredis, vendredis, à 20 h. 30.

Droit d'inscription : 250 francs.

Les inscriptions sont reçues à la librairie Vigot, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Julien de Lavarenne (de Lyon).

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Le docteur Lop (de Marseille) demande pour sa clinique médico-chirurgicale un assistant docteur en médecine, ou étudiant scolarité terminée, Français, actif, jeune ou assez jeune, avec références professionnelles, de préférence ex-élève des hôpitaux, connaissant plus particulièrement médecine générale, petite chirurgie et pansements.

Appointements fixes et casuel. Entrée en fonction immédiate après accord.

Si célibataire logé et nourri, si marié logé.

Ecrire : 2, quai de la Joliette.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PÉDIATRIE

Par M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

I. INFECTIONS

Encéphalite varicellique et postvaccinale. (WINNICOTT et GIBBS. *Brit. Journ. of child. dis.*, avril-juin 1926, nos 268-270, vol. XXIII.) — Le premier cas des auteurs concerne une petite fille de deux ans et dix mois, amenée à l'hôpital pour paralysie du bras gauche et autres symptômes anormaux consécutifs à une varicelle apparue en juin 1925 et qui n'avait présenté aucune gravité particulière. Dans la nuit du 5 juillet, elle s'éveille, comme si elle souffrait, et crie. Le 6, elle est incapable de tenir ses jouets et ne peut ni s'asseoir ni se coucher. Le bras gauche paraît surtout atteint. La jambe gauche est spastique. Le 9, agitation, impossibilité de parler clairement; ne peut rien saisir de la main droite; le membre supérieur gauche est raide et inerte; abolition des réflexes abdominaux, augmentation des réflexes rotuliens et des fléchisseurs de la main, signe de Babinski à gauche, raideur du membre inférieur gauche, avec flexion plantaire du pied; assoupissement; difficulté pour avaler et pour articuler; strabisme intermittent; fièvre; pouls élevé. A la ponction lombaire, liquide à pression élevée, sans globuline, à contenu en sucre normal, sans cellules, à réaction de Wassermann négative. Les jours suivants, diminution de l'état spastique du membre supérieur gauche, existence nette d'une paralysie spasmodique des deux membres inférieurs. Guérison rapide.

Les auteurs rappellent les cas plus ou moins analogues de Miller et Davidson, Caccia, Marfan, Koplik, Menko, Galli, Sterling, Rocaz et Lartigue, Debré, Lévy-Solal, Netter et Longchampt, Krabbe, Allayre, et concluent que, quelquefois, il peut survenir, dans la varicelle, des complications nerveuses : encéphalite (8 cas), myélite (2 cas), méningisme (2 cas). La période d'incubation est presque toujours la même. D'habitude aussi, la *varicelle* n'a eu rien de particulièrement sévère. Les accidents sont graves, mais n'entraînent pas la mort. Aucune séquelle immédiate, contrairement à ce qui se voit dans l'encéphalite léthargique.

Ils rapportent ensuite un cas d'*encéphalite postvaccinale*. Un petit garçon de cinq mois, bien portant, est vacciné le 13 septembre 1924. Le 19, au soir, il devient assoupi, présente du ptosis, ses yeux cessent d'avoir leurs axes parallèles. A l'entrée, on constate les symptômes suivants : agitation, alternant avec l'assoupissement, paralysie faciale droite, ptosis à gauche, strabisme interne, légère raideur de la nuque, fièvre. Deux jours après, convulsions cloniques, inconscience. Le 25 septembre, raideur généralisée, dépression de la fontanelle. Le 26, double paralysie faciale, membres moins rigides. A partir du 29, grosse amélioration aboutissant rapidement à la guérison.

Des cas analogues ont été cités par Bastiaanse, Lucksch, Schindelhe et Folger, Stimer, Blanc et Caminopetros. Ces accidents sont rares ; ils semblent plus fréquents dans certains pays ou à certaines époques. Leur mortalité est élevée (14 morts sur 35 cas). Tantôt ils ressemblent à l'encéphalite léthargique, tantôt ils ont comme principaux symptômes les vomissements, la somnolence, les convulsions ou le trismus. Quelquefois, ils rappellent la méningite séreuse. Il ne s'agit pas d'encéphalite épidémique, puisqu'il n'y a pas de séquelles.

Les auteurs relatent, enfin, deux cas d'*encéphalite postrubéolique*, dont un mortel, communiqués par le docteur Bourne.

L. BABONNEIX.

Cystite causée par l'amoeba histolytica et le schistosoma Mansoni. (A. PANAYOTATOU. *Brit. Journ. of chil. dis.*, oct.-déc. 1925, p. 289-291, nos 262-264.) — Un petit Egyptien de sept ans est amené à l'hôpital pour hématuries durant depuis quatre mois, et particulièrement accusées au début et à la fin de la miction. Il n'a pas grands antécédents. A son admission, on constate qu'il est pâle, délicat, d'apparence anémique. L'examen des différents systèmes reste négatif, sauf pour les urines, troubles, rougeâtres, et montrant, à l'examen histologique, après centrifugation, de nombreuses amibes, quelques kystes, d'abondantes hématies, des leucocytes, dont certains du type éosinophile, et des œufs de bilharzia appartenant exclusivement au type *schistosoma Mansoni*. Rien de pareil dans les selles, malgré des examens répétés. Il s'agissait donc d'une cystite due à *amoeba histolytica* et à *schistosoma Mansoni*. En 1915, Boullian a rapporté un cas concernant un enfant venant du Tchad et dont les urines contenaient des œufs de *schistosoma Mansoni*. Tsykaline, au Caire, a publié un fait analogue. A l'examen du sang du petit malade, anémie (3.000.000 d'hématies) avec 45 p. 100 d'hémoglobine. Un traitement par l'émétine est aussitôt entrepris. La première injection comportant 3 centigrammes de chlorhydrate d'émétine associée à 10 centigrammes de camphre fut suivie d'une amélioration évidente. Dès la quatrième injection, l'enfant se sentit beaucoup plus solide et commença à se recolorer. A la sixième, on ne trouva plus, dans les urines, d'*amoeba*, mais seulement quelques œufs, dégénérés et morts, de *schistosoma*. Une seconde série d'injections, faite au bout de huit jours, amena la guérison complète.

L. BABONNEIX.

La quininothérapie du paludisme infantile. Traitement d'attaque. (Alfonso G. ALARCON. *Gac. med. de Tampico*, avril 1926.) — Poursuivant ses intéressantes recherches sur ce sujet, l'auteur estime que la meilleure voie d'introduction de la quinine, dans le traitement d'attaque du paludisme infantile, est la voie intramusculaire. Les injections intramusculaires de quinine sont inoffensives, et les accidents signalés sont dus à des causes étrangères à la fois à la méthode et au médicament. Inutile d'ajouter qu'elles ne doivent être confiées qu'à des personnes expertes.

L. BABONNEIX.

II. SYSTÈME NERVEUX

Contribution à l'étude des névrites et atrophies optiques au cours de la syphilis héréditaire. (D. HERVAUX. *Th. de Paris*, 1926, 118 pages; Legrand, édit.) — On considérait jadis comme exceptionnelles les lésions du nerf optique au cours de l'hérédo-syphilis. Il n'en est rien. Dans un excellent travail de mise au point, et riche de trente-deux observations, M. Hervaux démontre qu'il n'en est rien. La névrite est assez fréquente dans les premières années, qu'il s'agisse de papillite, ou, moins souvent, de névrite rétro-bulbaire. Plus tardives sont l'atrophie postnévritique et l'atrophie simple, que l'on ait affaire à une hérédo-syphilis de première ou de seconde génération. Dans la majorité des cas, ces lésions sont sous la dépendance d'une méningite fruste que peut mettre en évidence l'examen complet du liquide céphalo-rachidien. Fait capital, elles constituent le symptôme avant-coureur d'une syphilis cérébrale ou d'une paralysie générale qui n'éclateront que plusieurs années après. C'est ainsi que, dans un cas personnel de l'auteur, la névrite optique a été seule à exister pendant longtemps. Il s'y joint aujourd'hui un signe d'Argyll-

Robertson des plus nets. Quelle que soit la pathogénie des accidents, il est bon de savoir que l'on n'est pas entièrement désarmé devant eux, et qu'ils peuvent s'amender sous l'influence du traitement spécifique. A une condition, toutefois, c'est que ce traitement soit institué de bonne heure. C'est assez dire l'importance d'un diagnostic précoce.

L. BABONNEIX.

Méningite tuberculeuse chez les enfants. Etude statistique de la maladie de la naissance à quinze ans. (B. SLAYTON HERBEN et M. Alice ASSERSON. *Amer. Rev. of tub.*, mai 1925, vol. XI, n° 3.) — La maladie, dans l'immense majorité des cas, est due à la contamination de l'enfant par une grande personne atteinte de tuberculose active; son développement est favorisé par la négligence des lois de l'hygiène et l'encombrement. L'infection par le lait n'est pas prouvée, du moins pour New-York. Diverses maladies jouent un rôle prédisposant : otite moyenne, infections aiguës, dont, surtout, la rougeole, la pneumonie et la coqueluche. Les auteurs signalent que, dans 9 p. 100 de leurs cas, la méningite a suivi de très près une amygdalectomie. La plus forte mortalité s'observe chez les tout jeunes enfants. La maladie paraît frapper, aux Etats-Unis, surtout les Italiens. Sur 47 cas où les bacilles tuberculeux existaient dans le liquide céphalo-rachidien, ils étaient, 3 fois seulement, du type bovin.

L. BABONNEIX.

Neuf cas de mongolisme. (S. CAVENGT. *Pediatria española*, déc. 1925, p. 365-378, 5 fig.) — Depuis 1921, époque à laquelle l'auteur a fait paraître un article sur le même sujet, et insisté sur l'ignorance complète où nous sommes de l'étiologie et de la pathogénie du mongolisme, aucun progrès n'a été réalisé, et nous sommes toujours dans la même incertitude, les uns incriminant la vieillesse prématurée, les grossesses difficiles ou l'épuisement des parents (Comby), les autres, un trouble endocrinien (Vas), d'autres encore, avec Dop, l'hérédo-syphilis. Pour S. Cavengt, le mongolisme est une affection d'origine intra-utérine, du type asthénique général, dont les caractéristiques principales sont l'aspect mongolien de la face, le retard intellectuel et morphologique, tous phénomènes apparaissant dès la naissance. Le nom d'idiotie mongolienne, créé par Langdon Down, est critiquable en ce sens qu'il s'agit moins d'idiotie que de retard portant sur l'évolution dans son ensemble, mais, plus particulièrement, sur le développement du système nerveux, comme le prouvent, pour le premier, les malformations associées (persistance du trou de Botal, syndactylie, etc.), pour le second, l'arriération intellectuelle.

A noter, dans les observations, l'existence d'une réaction de Wassermann positive (obs. II).

L'auteur fait suivre ses observations de quelques réflexions intéressantes. Il se demande si les lésions endocriniennes ne sont pas l'effet de la dystrophie générale bien plutôt que la cause de la maladie. Il admet que seuls, sont améliorés par le traitement thyroïdien, ceux qui sont pris à tort pour des mongoliens et qui sont, en réalité, des dysthyroïdiens. Il affirme avec force, et à plusieurs reprises, que la cause du mongolisme est encore inconnue.

L. BABONNEIX.

Hypertélorisme. (COCKAINE. *British Journ. of Child. dis.*, oct.-déc. 1925, p. 265-274, 8 fig., bibliogr.). — L'hypertélorisme est une singulière anomalie du crâne, qui a été pour la première fois décrite en 1924 par Greig, qui consiste en une excessive largeur de la racine du nez, et en une situation particulière des yeux, très éloigné de la ligne médiane s'accompagne de ptosis, de nystagmus et d'anomalies multiples et qui semble due à un trouble de développement du sphénoïde, dont les grandes ailes sont recouvertes par les petites. Pour Greig, la cause première de la maladie est un défaut d'évolution du chondrocrâne portant sur la partie cartilagineuse du sphénoïde et doit agir de bonne heure, mais que l'ossification commence au huitième mois de la voie intra-utérine. Greig a trouvé deux observations analogues dans la littérature, dont l'une, publiée par Hutchinson sous le nom d'oxycéphalie. Muir a rapporté, dans le *British Journal of Children's diseases*, un fait analogue, où, aux malformations faciales, s'associait un certain degré d'insuffisance mentale. Les deux cas de Cockaine concernent, l'un, une petite fille de sept mois, amenée à la consultation parce qu'elle ne peut s'asseoir, et qui présente en dehors des malformations crânio-faciales, une déficience mentale indiscutable; l'autre, un petit garçon de près de sept ans, sujet aux crises nerveuses. Aux rayons X, pour la première, orbites largement séparées, arrondies, ethmoïdes, sphénoïdes et grandes ailes mal développés, fosse pituitaire extrêmement aplatie et pour le second, aspect analogue.

Il s'agit d'une affection rare, congénitale, non héréditaire, due à une anomalie survenant dans le développement embryonnaire et portant sur le chondrocrâne. Les expériences de Stockard sur les poissons autorisent à penser qu'elle est sous la dépendance de troubles de l'oxygénation au cours de la vie intra-utérine.

L. BABONNEIX.

Un cas d'éruption morbilliforme et bulleuse avec jaunisse, due au luminal, chez une enfant atteinte de chorée. (PARKES WEBER. *British Journ. of Child. dis.*, oct.-déc. 1925, nos 262-264, p. 280-285, 1 fig.). — Une fillette de treize ans, bien constituée, et ayant eu déjà rougeole et scarlatine, entre à l'hôpital pour une rechute de chorée minime, l'attaque principale ayant débuté il y a un an. On lui administre du luminal (15 grains) tous les matins, à partir du 11 septembre 1925. Le 25, apparaît sur les téguments une éruption rouge : on supprime le luminal, et on le remplace par de petites doses de salicylate de soude, de bicarbonate de soude et de liqueur de Fowler. Le 27, l'éruption s'aggrave, et se complique par l'apparition de nombreuses bulles, les unes, sur le rash, les autres sur les parties non érythémateuses. Il survient du prurit, mais phénomènes généraux et fièvre font défaut.

Le 1er octobre, l'état était le suivant : éruption morbilliforme floride (légèrement purpurique par place) généralisée de la tête aux pieds, et prédominant autour des yeux, du nez et des lèvres, et, en plus, nombreuses bulles, particulièrement nombreuses aux extrémités supérieures et sur la partie haute du tronc, contenant une sérosité peut-être riche en bilirubine; même coloration des débris épidermiques limitant les bulles rompues. A noter que l'ictère des conjonctives était peu marqué. Les deux jours d'après, apparition de la jaunisse sur les muqueuses : décoloration des fèces; coloration foncée des urines chargées de bilirubine et d'urobilinogène. Le sérum sanguin, très jaune, donnait nettement la réaction de la bilirubine. Les jours suivants, disparition progressive de l'éruption et de la jaunisse. Signalons en passant que la réaction de Bordet-Wassermann étant fortement positive pour le sérum de cette enfant, dont la sœur souffre de kératite interstitielle, et dont le père est atteint d'une affection organique du système nerveux. Les mouvements choréiques eux-mêmes disparaissent à peu près complètement.

L'auteur remarque que des faits de ce genre ont été signalés par Bermuth, qui, en 1923, a consacré un travail au traitement de la chorea minor par le luminal, et qui cite, comme ayant déjà vu des faits analogues, Lucas et Fige, et Strauss : dans ces cas, il s'agissait surtout d'urticaire ou d'éruption morbilliforme, quelquefois de prurit.

Dans le cas de Parkes Weber, l'éruption d'une sévérité inaccoutumée, fut suivie d'une desquamation très intense. Malgré l'apparence de la face et des yeux, le diagnostic de rougeole ne pouvait être soutenu. L'absence de phénomènes généraux permettait d'éliminer l'hypothèse de maladie bulleuse. Il est plus que probable que l'éruption très voisine de l'urticaire pigmentaire était due au luminal, de même que la jaunisse.

L. BABONNEIX.

III. APPAREIL DIGESTIF

Les vomissements périodiques avec acétonémie. — A. B. MARFAN. 2e édition Masson et Cie, 1926, une brochure de 86 p. Sous ce nom, l'auteur décrit une affection de l'enfance caractérisée par des accès de vomissements accompagnés d'une élimination d'acétone et de corps cétonique par l'urine et par l'air expiré, survenant chez des sujets en bonne santé, durant de quelques heures à quelques jours, et cessant brusquement pour faire place à un état de tolérance parfaite, pour les aliments. Ajoutons que les rechutes, qui sont la règle, ne sont soumises à aucune loi de périodicité.

Le premier accès se montre, le plus souvent, entre un an et

six ans, mais il peut apparaître dès le premier mois. Il est parfois annoncé par quelques prodromes : lassitude, courbature, céphalée, changement d'humeur, constipation, mydriase, odeur acétonémique de l'haleine. A la période d'état, le symptôme dominant, c'est le vomissement : le malade rejette tout ce qu'il prend, même l'eau pure : l'état nauséeux survit au vomissement : il suffit que le patient, qui n'a rien ingéré depuis longtemps, s'assoie ou tire la langue pour qu'il se produise un vomissement qui, d'autres fois, survient sans aucune cause d'excitation. Les matières vomies sont d'abord alimentaires, puis formées d'un liquide limpide, filant, de réaction acide, cette acidité n'étant pas due à l'acide chlorhydrique. Ordinairement incolore, et constitué principalement par du mucus gastrique, quelquefois par du sang noirâtre. Pendant l'accès, les vomissements se succèdent à intervalles plus ou moins rapprochés : fréquents au début, ils persistent même la nuit, et commencent à s'atténuer au bout de vingt-quatre heures. Tant que dure la crise, l'haleine exhale une odeur caractéristique d'acétone ; on peut la comparer à celle du chloroforme mélangé d'acide acétique. L'entourage dit, non sans raison, qu'elle sent l'aigre. Cette odeur est due à l'élimination par les voies respiratoires de l'acétone contenue en excès dans le sang. L'acétonémie est encore révélée par la présence en excès d'acétone dans les urines, qui contiennent encore de l'acide acétyle-acétique et parfois de l'acide β-oxybutyrique.

A ces phénomènes essentiels s'en ajoutent d'autres : soif, très vive au début, puis répugnance instinctive pour les aliments et pour les boissons : apparence desséchée de la langue ; constipation ; aplatissement du ventre ; augmentation de volume du foie, parfois un peu douloureux au palper; état fébrile; tachycardie ; prostration et somnolence avec conservation de la conscience, contrairement à ce que l'on observe dans la méningite, quelquefois, modifications du rythme respiratoire, amaigrissement précoce avec détérioration de l'état général d'autant plus marquée que la crise se prolonge plus; cependant, la guérison est la règle même dans les cas les plus sévères. L'accès finit brusquement ; au bout de quelques heures ou de quelques jours l'estomac redevient tolérant, l'odeur acétonémique de l'haleine disparaît tôt, l'acétonurie, plus tardivement. Il y a des accès frustes, constitués par trois ou quatre vomissements successifs espacés qui se terminent après deux ou trois heures. Le plus habituellement, l'accès dure de deux à quatre jours; dans les cas exceptionnels où la mort survient les lésions sont celles d'une intoxication suraiguë. D'habitude, la maladie récidive à intervalles irréguliers plus fréquents et plus intenses de deux à six ans, pour disparaître vers la douzième année.

Quelles sont les causes de l'accès? Elles se montrent assez diverses : éruption dentaire, effort pour apprendre une leçon difficile, constipation (et tentatives pour la combattre), absorption immodérée de graisses, infections aiguës à leur période initiale, etc. Dans l'intervalle, la santé est souvent satisfaisante. D'autres fois, il existe quelques phénomènes morbides variés, et dont il est, par le fait même impossible de donner une description univoque. Que deviennent ultérieurement les patients ? Parfois des migraineux, fait beaucoup plus rare qu'on ne l'a dit, quelquefois des diabétiques; ou des sujets atteints de coliques hépatiques. Pendant l'accès, les urines sont hyperacides, cette hyperacidité étant due à l'acide diacétique et dans certains cas, à l'acide β-oxybutyrique ; elles contiennent de l'acétone en excès (Marfan, 1901). L'azote total de l'urine, comme l'azote de l'ammoniaque sont toujours augmentés. L'élimination de l'urée est variable, mais, en aucun cas, il n'y a de glycosurie. Dans l'intervalle des crises, les urines sont normales. Quant au sang, il semble que, pendant toute la phase aiguë, son alcalinité diminue. La persistance de l'acidité des urines même après ingestion de doses élevées de bicarbonate de soude ne prouve-t-elle pas l'existence d'une acidose sanguine ? De même, le liquide céphalo-rachidien renferme parfois de l'acétone.

M. Marfan signale les accès accompagnés ou compliqués, les complications étant surtout constituées par les hématémèses, l'ictère, les douleurs abdominales, d'où confusion possible avec une appendicite aiguë, la salivation, les réactions méningées, les phénomènes asthmatiformes, les accès de fièvre, de sommeil ou de convulsions.

La discussion relative à la physiologie pathologique établit que les vomissements périodiques avec acétonémie résultent probablement d'une perturbation brusque des échanges qui détermine à la fois la formation d'une substance émétisante et la production de corps cétoniques en excès.

En ce qui concerne l'étiologie, notons que la maladie se voit chez de jeunes neuro-arthritiques, soumis à un régime trop riche en corps gras : diverses causes occasionnelles déclanchent l'accès parmi elles. Ce serait une erreur de compter l'appendicite, l'empoisonnement alimentaire ou l'hérédo-syphilis qui, pratiquement, n'interviennent jamais.

Son diagnostic est souvent difficile, surtout quand il s'agit du premier accès, qui peut être pris pour une occlusion intestinale, une indigestion, une appendicite aiguë, une méningite.

Quant au traitement, il peut être très efficacement préventif : diminution des corps gras dans le régime alimentaire, en supprimant tous ceux qui sont des hors-d'œuvre ou des gourmandises, et en ayant soin de ne pas donner les autres très cuits. Chez un enfant d'un certain âge, on prescrira, par exemple, le régime suivant :

1° Se nourrir de pain, de viande rôties ou grillées, de farineux, de pâtes, de légumes verts, de fruits crus ou cuits ;
2° ne manger au plus qu'un œuf par jour, en tenant compte des œufs qui peuvent entrer dans la composition des plats sucrés. L'œuf sera frais et bien cuit.
3° Eviter l'abus du sel de cuisine, mais ne pas le supprimer; s'abstenir de jambon, des produits de charcuterie et de fromage, saler modérément les aliments usuels;
4° Ne pas abuser du chocolat, ni même du café et du thé;
5° Ne boire que de l'eau ou de la bière de malt.

Aliments défendus : Poissons à l'huile. Foie gras. Viandes conservées excepté, à la rigueur, le maigre de jambon. Cervelles. Ris de veau. Fritures et sauces. Tartines de beurre. Fromages salés, putrides. Brioche. Croissant. Gâteaux à la crème et aux œufs. Hors-d'œuvre.

On pratiquera, de plus, des cures alcalines intermittentes. Par exemple, pour un enfant de six ans, on prescrira, dix jours consécutifs, chaque mois, deux fois par jour, vingt à trente minutes, avant les repas, le contenu d'un des paquets suivants dans 50 grammes d'eau chaude :

Sulfate de soude..................	0.30
Bicarbonate de soude..............	0.50

A un enfant plus âgé, nerveux et constipé, on prescrira tous les mois la solution suivante :

Eau distillée.....................	1 litre
Sulfate de soude.................	8 gr.
Phosphate de soude.............	6
Bicarbonate de soude..........	4
Bromure de sodium.............	3

Deux fois par jour, vingt à trente minutes avant le repas, prendre 50 grammes de cette solution réchauffée au bain-marie. Les eaux thermales alcalines (Vals, Le Boulou, Pougues), sont également indiquées, toutes les fois qu'elles sont possibles. Le traitement de l'accès? Faire absorber au malade, s'il la supporte, de l'eau très sucrée (20 p. 100) glacée, à petites doses souvent répétées. Lui administrer des alcalins : 0.30 à 0.60 de bicarbonate de soude dans l'eau sucrée, toutes les demi-heures; administrer des lavements à l'eau bouillie très chaude; à la rigueur, si la crise se prolonge, injections sous-cutanées de sérum. Dans les cas peu graves, recourir à l'insuline, qui agit bien mieux sur l'acétonémie que sur la glycémie; et la donner, selon les règles habituelles, à des doses beaucoup plus fortes que pour le diabète. L. BARONNEIX.

Douleurs abdominales chroniques chez l'enfant. (KIRSTEN UTHEIM TOVERUD. *British Journ. of Child. dis.*, janv.-mars 1926, p. 22-31.) — La constipation chronique donnera lieu, tôt ou tard, à des symptômes qui suggèrent l'idée d'une affection sévère. Le principal est une douleur abdominale à répétition. Un autre est le malaise général. Cet état est décrit dans les traités spéciaux comme colite, catarrhe gastrique chronique, colique intestinale. D'après les études faites par l'auteur à l'Université d'Etat à Norway, la cause doit être surtout la nourriture insuffisante et une mauvaise condition de vie des enfants. En modifiant le régime, en donnant beaucoup de fruits, des légumes, des préparations lactiques et du pain complet, on arrive à guérir complètement cette fâcheuse affection. L. BARONNEIX.

Sur un cas de cirrhose cardio-tuberculeuse d'Hutinel. (VOUDOURIS. *Arch. de méd. des enf.*, juillet 1926, n° 7, p. 407-412.) — Un petit garçon de onze ans entre à l'hôpital pour une tuméfaction considérable et irrégulière du foie. Le chirurgien, appelé, penche d'autant plus vers l'idée du kyste hydatique que la réaction de Weinberg-Parvu était fortement positive. M. Voudouris, constatait l'existence des signes pulmonaires : matité de la base droite sans épanchement cardiaque : tachycardie avec tendance à l'embryocardie, cyanose, dyspnée, gros œdème des membres inférieurs, et se rappelant que l'enfant, depuis longtemps, toussait et avait de la fièvre, se demande s'il ne s'agissait pas de cirrhose cardio-tuberculeuse d'Hutinel. La mort brusque par syncope et l'autopsie lui donnèrent raison puisqu'on trouva une médiastinite calleuse chronique de nature tuberculeuse, une symphyse bacillaire du péricarde et une cirrhose hypertrophique du foie, également tuberculeuse. A noter que le petit malade était un hérédo-syphilitique. Comme dans les cas rapportés par le professeur Hutinel, il faut donc admettre que la syphilis héréditaire intervient parfois dans le déterminisme de la cirrhose cardio-tuberculeuse. L. BABONNEIX.

Notes cliniques sur deux cas de syndrome entéro-rénal de forme bactériémique. (Juan GONZALEZ EDO. *La Pediatria Española*, mars 1926, n° 162, p. 76-79.) — Les cas décrits par l'auteur correspondent entièrement à la description que Heitz-Boyer a donnée du syndrome entéro-rénal en 1919 et qui a été confirmée par les recherches ultérieures de nombreux auteurs, dont Bouvier.

La première observation concerne une fillette de sept ans sans antécédents familiaux et sans autre antécédent personnel qu'une constipation extrême. Dix jours avant de venir à la consultation elle avait souffert d'une gastrite qui avait obligé sa mère à lui donner une purge; deux jours avant la même consultation, sa température monte brusquement en même temps qu'apparaissent des phénomènes urinaires : dysurie, pollakiurie, apparence trouble des urines qui contenaient d'abondants leucocytes, quelques cylindres granuleux et des bacilles du type coli. On mit la malade au repos à la diète lactée, aux jus de fruits, à l'urotropine, et on commença à lui injecter du vaccin anticolibacillaire. A la troisième injection de 50 millions, l'urine était redevenue claire, les symptômes locaux et généraux avaient disparu, cependant on fit deux nouvelles injections; elle fut en parfaite santé pendant deux mois au bout desquels elle revint avec les mêmes symptômes, mais plus accentués. On la remit au même traitement et à l'huile de ricin. Au bout de cinq à six injections, guérison. Il s'agit donc, dans ce cas, du type récidivant déjà signalé par Heitz-Boyer.

Seconde observation. Une fillette de cinq ans, sans antécédent autre qu'une constipation rebelle, fut prise quelque dix ou douze jours avant l'examen d'une gastrite légèrement fébrile, la veille de la consultation même ascension thermique, mêmes phénomènes locaux et généraux que précédemment, tel résultat de l'examen d'urine. Même traitement. A la cinquième injection elle pouvait être considérée comme cliniquement guérie.

Dans ces cas, les germes de l'intestin passent sans doute par la voie sanguine ou lymphatique au rein et déterminent ainsi l'apparition du syndrome entéro-rénal. L'idée d'une infection ascendante dut être écartée pour plusieurs raisons : le colibacille ne se trouve habituellement pas dans le vagin; dans les infections ascendantes les symptômes vésicaux précèdent les symptômes rénaux et ils évoluent d'une manière lente; il y avait eu des antécédents digestifs; il n'existait dans les deux cas aucun écoulement vaginal, aucun état inflammatoire de la muqueuse. L'examen du sang n'a pas été pratiqué.

L'auteur discute brièvement les principales théories pathogéniques : théorie hématogène, théorie lymphatique, prédisposition spéciale du rein. L. BABONNEIX.

IV. HYGIÈNE ET MALADIES DES NOURRISSONS

Gerçures du mamelon. (G. BLECHMANN. In *Nourrissons, enfants*, G. Doin et Cie, Paris 1926.) — 1° De petits *soins préventifs* épargneront bien des misères aux nourrices.

Quelques jours avant l'accouchement des manœuvres très simples éviteront presque toujours les gerçures du sein et les maux qu'elles entraînent (lymphangite, abcès, etc.).

Plusieurs fois par jour, tamponner doucement le mamelon avec un mélange de deux parties d'eau bouillie et d'une partie d'alcool à 90 degrés. Laisser sécher.

S'il existe de l'irritation de l'alvéole, appliquer une très mince couche d'ouate imbibée de glycérolé d'amidon à 10 p. 100.

2° *Gerçures légères.* — Tamponner avec l'eau alcoolisée (voir ci-dessus). Toucher avec :

a. Solution de nitrate d'argent au 1/60 ou bien :

b. Solution au bleu de méthylène au 1/60.

Gerçures profondes. — Après le nettoyage alcoolisé, badigeonner avec :

Borate de soude	2	grammes.
Teinture de benjoin	3	—
Glycérine	5	—
Eau de rose	15	—

Remarque. — Se servir des ampoules en étain qu'on trouve dans le commerce (bouillies plusieurs fois par jour) pour isoler le mamelon, et, si la douleur empêche de mettre directement l'enfant au sein, se servir : *a.* du bout de sein de Bailly ; *b.* d'un tire-lait.

Le traitement de l'eczéma du nourrisson. (E. FEER. *Revue méd. de la Suisse romande*, 10 mars 1926, n° 3, p. 137-144.) — L'eczéma est considéré aujourd'hui comme le résultat d'une idiosyncrasie de la peau, et apparaît souvent, au moins chez l'adulte, comme une réaction anaphylectique cutanée. Chez l'enfant, la cuti-réaction, pratiquée avec des protéine-tests, n'a pas abouti et il vaut mieux, en ce qui concerne le pronostic et le traitement, envisager des causes constitutionnelles, prédisposantes et des causes provocatrices.

A ce premier groupe appartiennent la prédisposition héréditaire, la diathèse arthritique des auteurs français, la diathèse lymphatique, la diathèse exsudative de Crenner, la susceptibilité vaso-motrice excessive, l'état névropathique.

Dans la seconde rentrent les irritations mécaniques, thermiques, actimiques, chimiques, bactériennes et parasitaires à signaler aussi, et à mettre au premier rang. Le rôle des troubles digestifs et des fautes d'alimentation : suralimentation par le lait (croûte de lait), constipation (auto-intoxication intestinale de Combe), entérites avec diarrhée conduisant à la dystrophie. Le traitement a, naturellement, bien plus de chances de succès quand ces causes d'ordre digestif existent, car on est loin d'être aussi désarmés contre elles que contre les facteurs constitutionnels.

D'où l'importance du régime : combattre la suralimentation chez les enfants gras, et, s'ils sont nourris au sein, ne leur donner que quatre à cinq tétées par vingt-quatre heures. Si cela ne suffit pas, remplacer un ou deux repas par la soupe maltée; le babeurre ou des soupes farineuses. A partir de quatre à cinq mois, donner des fruits et des légumes, chez certains enfants, diminuer le lait de vache jusqu'à 400, 300 et même 200 grammes par jour, et donner avec ce lait, de la farine, du gruau, des légumes choisis. A la place du lait complet, on peut aussi donner du lait écrémé ou du babeurre pendant un certain temps. Les œufs et la bouillie sont à prescrire. La ration alimentaire sera calculée de telle sorte que les enfants gras n'augmentent plus de poids pendant un certain temps.

Dans l'eczéma de la tête comme dans l'eczéma généralisé, la question de l'alimentation prédomine. Evitez la suralimentation, oui, mais ne tombez pas dans l'excès contraire, et gardez-vous de maintenir, à une ration insuffisante, des enfants maigres et déjà sous-alimentés. Luttez contre la diarrhée, efforcez-vous d'améliorer l'état général et de relever le poids du nourrisson.

On ne devra que rarement renoncer à un traitement externe. Les nourrissons seront souvent changés et mis au sec et cela surtout s'il existe de l'intertrigo. Les vêtements ne devront pas être trop chauds et ne doivent pas entraver la transpiration (étoffes caoutchoutées). Pour la toilette, après les selles et s'il y a de l'intertrigo, on emploiera de l'huile d'olives sur de l'ouate. Les bains ne sont pas nuisibles dans les formes chroniques. On y ajoutera de préférence un peu d'eau de son. Le lavage de la figure à l'eau sera volontiers remplacé par des nettoyages au cold-cream avec de l'ouate.

Pour le *traitement local,* on se servira de préférence de moyens peu nombreux mais dont on connaît bien l'action.

Contre l'eczéma papuleux, M. Feer emploie souvent des poudrages abondants (oxyde de zinc 25, poudre de talc 75). La poudre adhère mieux, si l'on enduit préalablement la peau avec une trace de cold-cream. S'il existe un fort prurit, on badigeonnera volontiers avec de l'alcool contenant 1/4 ou 1/2 p. 100 de thymol ou de menthol. On peut aussi employer éventuellement l'anesthésine en poudre à 2 ou 3 p. 100. On utilisera aussi avec succès le chloral à doses de 10 à 20 centigrammes dans les cas où le sommeil est troublé. Pour éviter le grattage, on mettra à l'enfant de longues manches raides en carton ou en fer-blanc.

Pour la guérison de l'eczéma papuleux, l'auteur se loue des badigeonnages secs, effectués avec le mélange suivant :

Oxyde de zinc	*ãã*	25 gr.
Glycérine		
Poudre de talc		
Alcool	*ãã*	12g50
Eau distillé		

Agiter. — Poudrer après application.

Pour l'eczéma impétiginisé de la tête, commencer par enlever les croûtes avec un pansement pour la tête et un masque pour la figure, tous deux bien enduits de vaseline d'origine sous imperméable.

Le pansement, qui sera fait soigneusement, sera renouvelé tous les jours; les croûtes tombent au bout de deux à quatre jours. Agir avec précautions si elles sont étendues et adhérentes, pour ne pas risquer des convulsions, de l'hyperthermie et même la mort subite (Eczemtod).

Quand l'eczéma, sous l'influence du pansement boriqué, est revenu au stade humide ou s'il s'agit dès le début d'un eczéma humide, on fera des pansements avec une solution faible d'acétate d'alumine (1/10). On imbibera plusieurs épaisseurs de gaze avec cette solution et on recouvrira cette gaze avec une couche d'ouate sèche. Puis on bandera le tout. Le pansement sera renouvelé de trois à cinq fois par jour. Dans ces cas aussi, il vaut mieux ne pas employer d'imperméables. Après quelques jours de traitement, l'inflammation et le suintement ont beaucoup diminué, et l'on peut revenir à l'emploi des pâtes. (Les pommades se montrent inutiles au stade humide.) Souvent alors la pâte de zinc ordinaire suffit, soit sous sa forme officinale, soit plutôt sous cette forme : oxyde zinc, talc, lanoline, vaseline *ãã* 25 grammes. On étend la pâte en couche épaisse sur des morceaux de toile. Pour la figure on utilisera un masque avec des ouvertures pour les yeux, le nez et la bouche et l'on attachera le tout soigneusement et bien serré. L'adjonction de 1 à 5 p. 100 de lénigallol diminue souvent le suintement; celle de tuménol de 3 à 10 p. 100 diminue le prurit.

Dans certains cas d'eczéma humide et propre, un badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 p. 100 avant l'application de la pâte favorise remarquablement la guérison. Cette méthode réussit aussi pour l'intertrigo.

S'il s'agit d'un *eczéma sec*, ou si l'eczéma est parvenu sous l'influence du traitement au stade sec, nous avions l'habitude d'employer jadis les pâtes et les pommades que nous venons d'énumérer plus haut et d'y ajouter, si le succès thérapeutique n'était pas suffisamment rapide, des applications de goudron végétal en petite quantité. Mais M. Feer a vu souvent, même avec des mesures attentives, même avec une adjonction de 1/2 p. 100 seulement de goudron végétal, des échecs ou un effet direct d'irritation.

C'est pour cela que depuis des années il a complètement abandonné le goudron végétal, souvent aussi le traitement par les pâtes pour faire des applications de goudron minéral.

Le goudron *minéral* pur fut d'abord employé dans le traitement de l'eczéma par Dind (de Lausanne), puis par Brocq, Jadassohn, Bloch. M. Feer l'emploie avec succès dans l'eczéma sec des nourrissons comme dans les névrodermites, de même que dans les eczémas modérément humides. Il n'est contre-indiqué que si l'eczéma est suppuré. On recouvre les placards d'eczéma avec le goudron brut, avec un fin pinceau, en couche mince; on laisse sécher un moment, puis on saupoudre abondamment avec un mélange de talc et d'oxyde de zinc, et, par-dessus, on met un pansement poreux. Au bout de vingt-quatre heures il s'est formé une pellicule noire, solide, qui tient et qui ne se salit pas. Le goudron, dont on étendra au besoin une nouvelle couche après trois ou quatre jours, agit comme antiprurigineux, antiinflammatoire, et favorise la formation de l'épiderme. Il tombe au bout de quelques jours et laisse apparaître une belle peau lisse. Ultérieurement, poudrer ou se servir de pâtes à l'eau. La prudence veut qu'on ne recouvre jamais d'un seul coup de trop grandes surfaces. Lorsqu'il y a une forte tendance au suintement, une pâte forte au naphtalan (naphtalan 50, oxyde de zinc et talc *ãã*25) donnera des résultats encore meilleurs.

Au *stade squameux*, sur les peaux sèches on obtient une action très favorable de la pommade suivante : oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth *ãã*2,0, unguen leniens, unguen cereum *ãã*20).

Avec les procédés thérapeutiques précédents, la plupart des formes de l'eczéma du nourrisson guérissent dans une période de deux à huit semaines. L'application extrêmement soigneuse et attentive des pansements est absolument indispensable pour arriver à ce résultat.

Dans les formes tout à fait rebelles d'eczéma chronique, il semble que parfois de petites doses d'arsenic (une ou deux gouttes de liqueur de Fowler par jour), parfois aussi une eau alcaline (Vichy) agissent favorablement. On a recommandé de différents côtés la radiothérapie contre les eczémas opiniâtres. M. Feer a obtenu avec cette méthode de bons résultats, mais ils n'ont pas été définitifs. De plus, nous ne savons pas si avec les rayons nous ne provoquons pas, dans les organes très susceptibles du nourrisson, des troubles qui ne se manifesteront que plus tard avec les années. C'est pour cela qu'il pense que cette méthode thérapeutique ne doit pas être recommandée chez le petit enfant. L. BABONNEIX.

Le menu d'avant un an. (G. BLECHMANN. (*Les Feuillets du pédiatre*, 1re série, Doin édit., Paris 1926, p. 73.) — Vers les sept mois, plus tôt parfois chez l'enfant au sein, on commence les bouillies claires, puis plus épaisses.

On peut en continuer l'usage exclusif jusqu'à un an : farine de froment, orge, riz, maïs, avoine, arrow-root. Mais, parfois, l'enfant se dégoûte de ses soupes; au moment des poussées dentaires, il devient capricieux.

Proposons-nous de remplacer les farines par quelque mets nouveau.

Tapioca : Composé avec de l'amidon de riz ou de la fécule de pommes de terre; se prépare comme une farine de céréales, mais augmente beaucoup de volume à la cuisson : employer une dose deux fois plus petite que pour une bouillie ordinaire.

Panade : Quand le blutage est normal, on emploiera le pain grillé, sinon la biscotte. Faire la panade à l'eau ; sucrer, faire cuire trois quarts d'heure, et passer. A la fin de la cuisson, ajouter du sel, une noisette de beurre et un peu de lait.

Le *jaune d'œuf* : Avant la guerre, les enfants supportaient très bien les œufs. Actuellement, les poules nourries avec certains « ersatz » pondent beaucoup, mais les œufs ainsi obtenus sont parfois mal tolérés : d'où urticaire infantile, vomissements, diarrhée, et parfois véritables états anaphylactiques.

Vers dix ou onze mois si l'on est *sûr* des œufs, vous incorporez un peu de jaune à une bouillie ou à une panade, à la fin de la cuisson : une trace, une demi-cuillerée, une cuillerée à café, puis un demi-jaune tous les deux jours.

Croûte de pain : Facteur de rachitisme, avance M. Lesné, quand on en fait un usage trop précoce. Attendez-donc les premières incisives, c'est-à-dire l'âge de dix ou onze mois, pour laisser l'enfant s'amuser avec une petite croûte ou un « petit beurre ».

Bouillon de viande : Peu nourissant, il stimule cependant l'appétit, et vers la fin de la première année, il permet de préparer des potages succulents au tapioca ou à la semoule (grains de céréales moulus grossièrement). Le bouillon de viande devra être préparé avec une viande excellente et employé *très frais*.

Banane : Le jus de fruits antiscorbutiques (citron, raisin, orange, mandarine, cerise, pêche) commence à être d'un usage courant. La banane constitue un aliment fort prisé des nourrissons : crue, elle sera passée au tamis ou écrasée, mélangée ou non de lait ou de sucre en poudre ; cuite à la coque

(comme un œuf) ou, au four, jusqu'à ce que la peau devienne noire et la pulpe fondante.

Des nourrissons d'un an ingurgitent parfois fort bien une banane entière chaque jour.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de diététique et des maladies de la nutrition chez l'enfant et chez l'adulte (1), par Georges MOURIQUAND, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon.

Ce nouveau livre de la collection Testut met, sous une forme concise, à la portée de l'étudiant et du médecin, l'essentiel des notions pratiques touchant la diététique et les maladies de la nutrition chez l'enfant et chez l'adulte. Dans sa préface, l'auteur insiste sur la nécessité de lier l'une à l'autre les études qui se complètent et s'éclairent mutuellement.

En ce qui touche à la diététique, les notions classiques sont rappelées mais l'auteur, qui a poursuivi sur ce sujet de longues études, montre combien la pratique des régimes est appelée à bénéficier des notions alimentaires nouvelles en particulier de la notion de carence et de l'étude des avitaminoses. C'est le côté nouveau et original du livre.

Dans la partie diététique sont successivement étudiées :

Les bases de la diététiques.

La diététique infantile, la diététique du nourrisson, la diététique de l'enfant malade.

La diététique de l'adulte est traitée dans toute son ampleur : dans le chapitre : Les grands régimes (régimes de suralimentation, de restriction, exclusifs, etc.); et dans celui de : La Diététique dans les maladies de l'adulte.

La deuxième partie traite des maladies d'origine alimentaire, maladies par excès ou par carence, infections, intoxications, anaphylaxie d'origine alimentaire.

La troisième partie est consacrée aux maladies de la nutrition, qui sont toutes envisagées surtout du point de vue de leur diagnostic et de leur traitement : Dystrophie hydrocarbonées (diabète et glycosurie, traitement insulinien);

Dystrophies graisseuses (obésité, maigreur, cholestérinémie, acétonémie et acidose);

Dystrophies albuminoïdes (gouttes, azotémie, oxalémie, etc.);

Dystrophies minérales : chlorurées, phosphorées, calciques, ferriques, iodées, hydriques;

Rhumatisme chronique et arthritique.

Les dystrophies de croissance : d'origine congénitale, du nourrisson, dystrophies de croissance staturale, forment un chapitre particulièrement nouveau.

Les dystrophies endocriniennes, sont toutes envisagées dans leurs signes et leurs thérapeutiques, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Elles dominent dans nombre de cas les autres dystrophies.

Telle est, brièvement indiquée, la matière de ce nouveau livre où ont été condensées, sous forme claire, toutes les notions actuelles dont la connaissance doit dominer la pratique de la diététique, la prophylaxie et le traitement des maladies de la nutrition à tous les âges.

L. G.

(1) Collection Testut. Un volume de 820 pages, avec 60 figures et 3 planches en couleurs hors texte. Cartonné. — Prix : 60 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

CAUSES. SIGNES. COMPLICATIONS. DIAGNOSTIC (1)

Graves. — *L'ulcère variqueux* constitue à lui seul la plus grosse complication des varices.

Etiologie. — Il s'observe :

Sexe : surtout chez l'homme, dans la classe pauvre, aussi est-il particulièrement fréquent à l'hôpital.

Age : il apparaît généralement après quarante ans.

Et n'est pas en rapport avec le développement des varices.

Pathogénie est complexe, il faut faire intervenir à la fois le rôle :

De l'âge ;

De l'artério-sclérose ;

Des lésions névritiques ;

De l'infection surajoutée.

Anatomie pathologique. — Le siège d'élection est la face antéro-interne de la jambe à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur.

Cliniquement. — Il existe de multiples formes cliniques.

1° PETIT ULCÈRE SIMPLE. — Survenant après rupture d'un abcès phlébitique, ou d'une varice superficielle, en l'absence de troubles tophiques importants, guérit généralement rapidement par le repos et est bien différent de :

2° L'ULCÈRE DU VIEUX VARIQUEUX. — Ulcère typique.

Début. — Se fait souvent à la faveur d'une *lésion cutanée spontanée ou traumatique* : plaque d'eczéma suintant, écorchure, blessure légère.

Etat. — 1° *Dimensions.* — Petit au début, il ne tarde pas à s'accroître excentriquement, atteignant successivement la dimension d'une paume de main, d'une main entière dont il a souvent la forme elliptique.

2° *Description.* — **L'ulcère.** — LE CONTOUR est tantôt net, arrondi, plus souvent *irrégulier*, *découpé* en dentelures.

LES BORDS sont :

Tantôt épais, saillants, formant une sorte de bourrelet ;

Tantôt plats ou peu élevés ;

Ils ne sont *jamais décollés.*

LE FOND est inégal, fongueux, bourgeonnant, rougeâtre. Parfois au contraire gris, terne, atone.

Il s'écoule de l'ulcération une sanie sanguinolente fétide.

Autour de l'ulcère. — *La peau* est mince, glabre, lisse par place, infiltrée en d'autres.

La pigmentation est constante et souvent il y a des lésions d'eczéma, et par place des taches brunes pigmentées, ou au contraire blanchâtres : cicatrice d'anciens ulcères cicatrisés.

L'œdème du membre variqueux peut être considérable et prendre un aspect pseudo-éléphantiasique.

Les troubles de la sensibilité sont constants, bien que l'ulcère de lui-même soit peu douloureux et se traduisent par une *diminution de la sensibilité thermique et tactile* plus ou moins étendue autour de l'ulcère.

ÉVOLUTION. — L'ulcère variqueux n'a que peu de tendance à la guérison spontanée.

a. Si le malade continue à marcher en appliquant dessus des pansements malpropres.

Il s'étend excentriquement et a tendance à devenir circulaire.

Il subit des poussées inflammatoires et peut se compliquer de lymphangite, d'adénite suppurée.

b. Traité par le repos au lit, les pansements aseptiques.

Il guérit lentement, s'épidermisant à partir de la périphérie.

Il laisse ensuite une cicatrice blanc rose, glabre, adhérente, profondément entourée d'une zone pigmentée.

Les récidives sont très fréquentes, aggravant le pronostic.

La transformation épithéliomateuse rare.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 60, p. 974, et n° 62, p. 1006.

L'hyperostose du tibia. — Ne s'observe que chez les vieux variqueux et siège à la face interne de l'os.

Le pied bot variqueux. — Est une lésion rare et tardive aux attitudes vicieuses fixées par les lésions inflammatoires musculo-aponévrotiques. C'est l'analogue du pied phlébitique de Verneuil.

FORMES CLINIQUES. — Nombreuses, nous retiendrons :

L'ulcère syphilitico-variqueux. — A distinguer de la gomme syphilitique banale et auquel il faut penser quand :

Les ulcérations sont multiples ;

Les bords sont nettement découpés et cycliques.

L'ulcère ne siège pas au point d'élection.

La recherche des autres signes de syphilis, leucoplasie, aortite, Wassermann.

L'épreuve du traitement est d'un utile secours pour le diagnostic.

L'ulcère variqueux chez le diabétique. — De pronostic très grave, nécessitant une cure insulinique.

Aussi faut-il dans tous les cas rechercher systématiquement le sucre dans les urines.

DIAGNOSTIC. — Des varices et de leurs complications est facile.

1° **Des varices.** — Les dilatations variqueuses doivent être distinguées :

a. *De la dilatation veineuse secondaire à un anévrisme artério-veineux.* — Mais les veines sont alors animées de pulsations systoliques ; l'examen attentif du membre permet de découvrir l'anévrisme.

b. La dilatation variqueuse localisée à la crosse de la saphène peut en imposer pour une *hernie crurale.* L'absence d'impulsion à la toux, l'absence de pédicule supérieur permettent le diagnostic.

Ce dernier peut devenir plus délicat en cas de phlébite de la crosse qui peut en imposer pour une hernie étranglée.

Le diagnostic de varice posé, il faut en rechercher LA CAUSE, penser à la possibilité de varices par *compression pelvienne*, symptomatique d'une tumeur, d'une grossesse chez la femme.

2° **Des complications.** — **L'ulcère variqueux.** — Pose peu de diagnostic avec :

L'ULCÈRE TUBERCULEUX, à bords décollés, éversés, violacés, à fond jaunâtre.

LA GOMME SYPHILITIQUE ULCÉRÉE. — Souvent multiple, à bords taillés à pic, à limites nettes, à contour polycyclique.

L'ULCÉRATION NÉOPLASIQUE. — Extrêmement rare, bourgeonnante, indurée, friable.

LES ULCÉRATIONS MYCOSIQUES. — De diagnostic souven difficile, nécessitant des examens de laboratoire, culture séro-diagnostic.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 65. — SAMEDI 14 AOUT 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 14 AOUT 1926. — N° 65.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : **55** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Après concours, ont été proposés pour occuper à l'Ecole de médecine de Marseille :

A. Les fonctions de chef de clinique : MM. les docteurs Bourret, Clinique dermatologique; Caudière, Clinique médicale, 2e chaire; Girbal, Clinique médicale, 1re chaire; Massot, Clinique médicale infantile; Jean Rathelot, Clinique d'hygiène et maladies de la première enfance; Siméon, Clinique neurologique; Jules Vignoli, Clinique chirurgicale infantile.

B. Les fonctions de chef de clinique adjoint : MM. les docteurs Bianchi, Clinique dermatologique; Darcourt, Clinique chirurgicale infantile; Dias-Cavaroni, Clinique d'hygiène et maladies de la première enfance; Montagnier, Clinique médicale, 2e chaire; Perrimond, Clinique médicale infantile; Turriès, Clinique médicale, 1re chaire.

— Résultat des concours de fin d'année 1926 :

Médecine. — 1re année : pas de premier prix; 2e prix, M. Joseph Gueirard; 1re mention, M. Jean Fus; 2e mention, M. Joseph Alliez; 3e mention, M. Jean Dusan.

2e année : pas de prix; 1re mention, M. Emile Drapé; 2e mention, M. Adolphe Aillaud.

3e année : 1er prix, M. Roger Emperaire.

4e année : 1er prix, M. Michel Salmon.

GUERRE. — Service de santé. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire en 1926 (section médecine, troupes métropolitaines et troupes coloniales) :

A. Section médecine, troupes métropolitaines. — 1° Candidats concourant à huit inscriptions : Albou, Daumont, Mallet, Martin, Pinelli, Veber.

2° Candidats concourant à quatre inscriptions : Albouze, de Andreis, Asperges, Augias, Barbier, Bardou, Bastien, Bertrand, Bodeau, Borrey, Boursiac, Bouchet, Bouries, Boyer, Bru, Cals, Candille, Cantagrill, Cassignol, Cauvin, Cazalas, Ceccaldi, Chaudoye, Clerc, Coquin, Couderc, Crouzet, Danis, Dareys, Daste, Delafon, Delmond-Bebet, Delvoye, Dormay, Duran, Dutrey, Fimayer, Gerbenne, Gilly, Gobert, Goux, Grivel, Guibert, Guiguet, Kany, Kerzreho, Lacombe, Laforgue, Lannuzel, Laveau, Le Bihan, Leger, Lequesne, Masseguin, Mazeirat, Meyrueis, Mongrand, Moret, Moulierac, Natali, Ouary, Paléologue, Paraire, Pelletier, Perolini, Philibert, Prost, Proust, Rey, Ribaud, Sicot, Simon, Simonot, Sole, Soulage, Surmely, Tarain, Terramorsi, Thill, Thome, Triffault, Vesnat.

3° Candidats P. C. N. : André, Alzear, Arnaud, Aumenier, Autan, Barbier, Battesti, Baudard, Bay, Beau, Becam, Bellocq, Berge, Bergerot, Bernard, Bernèdes, Bertier, Bertrand, Bigou, Blein, Boileau, Boireau, Bonnet, Bory, Boubée, Bourges, Branche, Brochier, Bucquoy, Bureste, Cadars, Camelin, Campourcy, Carreau, Casse, Casset, Cazeilles, Chamfrault, Chantegrell, Charransol, Chedecal, Chifflot, Clergue, Comte, Conche, Cousty, Cuzin, Dargein, Debergue, Debrous, Delom, Delon, Demange, Denayrolles, Dicharry, Dougar, Druost, Dupuy, Duran, Escot, Faugère, Fauret, Ferran, Fisquet, Floris, Frezouls, Gauthier, Germain, Ginleys, Girard, Gonnet, Got, Gouilly, Goulard, Goumet, Gourdet, Graby, Gras, Grégoire, Grognot, Grosperrin, Grumbach, Hardy, Henry (Georges), Henry (Robert), Humilien, Jacowski, Jamot, Jeannot, Jirou, Joutard, Laborderie, Lacroix, Laffitte, Lalanne, Lambert, Laugeard, Lardy, Laugier, Lautrette, Lecaille, Le Faou, Léonard, Léonardi, Lombardy, Long, Mabille, Maggi, Malbos, Manan, Margotton, Martel, Martin, Martinaud, Marty (Jean-Louis), Marty (Pierre), Masardo,

Massonie, Mathey, Mathière, Mathieu, Mirebeau, Monard, Moubeig, Monjauze, Moru, de Mouzon, Munaret, Nabonne, Niestoeckel, Ory, Pages, Paris, Perrin, Perves, Petit, Peyne, Piet-Berton de Lestrade, Pigache, Poisson, Pons, Poque, Pujos, Raboin, Ramnoux, Reilles, Ristorcelli, Robion, Rouquet, Roy, Rozan, Rozier, Rumeau, Sabatier, Serafino, Serny, Siau, Siffre, Soule, Suze, Talon, Tempier, Theurkauff, Thiry, Tisserand, Vamhems, Verdier, Vernede, Vidailhet, Vidal, Wagner, Winckel, Zeude.

B. SECTION MÉDECINE, TROUPES COLONIALES. — 1º Candidat concourant à huit inscriptions : Bare.

2º Candidats concourant à quatre inscriptions : Calvez, Caubet, Desvernois, Duvezin, Gast, Gourry, Grinsard, Jalbi, Kirsche, Larraud (Michel), Larraud (Guy), Remy, Revault, Saint-Pau, Thomas, Vaichère, Vrignaud.

3º Candidats P. C. N. : Amigues, Bares, Bernard, Capus, Carmes, Castex, Croiziers de Lacvivier, Darnault, Denaclara (Antoine-Joseph), Denaclara (François-Antoine), Georges, Laviron, Mons, Nasica, Ros.

Les épreuves auront lieu aux dates et dans les centres cidessous :

Lyon (Ecole du Service de santé militaire, 30 août). — Grivel, Guiguet, Paléologue, Perolini, Rey, Ribaud, Aumenier, Baudard, Bay, Berperot, Bernard (Emile), Bertier, Boireau, Bucquoy, Camelin, Casset, Charransol, Chedecal, Chifflot, Cuzin, Debergue, Delom, Delon, Demange, Gauthier, Goumet, Grégoire, Grognot, Grosperrin, Grumbach, Hardy, Henry (Georges), Jeannot, Joutard, Lacroix, Laffitte, Lambert, Lardy, Léonard, Lombardy, Long, Mabille, Margotton, Marty (Jean-Louis), Mathey, Monard, Moubeig, Ory, Paris, Perrin, Perves, Peyne, Piet-Berton de Lestrade, Rozan, Siau, Teurkauff, Tisserand, Bernard (Denis), Denaclara (Antoine-Joseph), Denaclara (François-Antoine), Nasica, Ros.

Marseille (hôpital militaire 4 septembre). — Albou, Augias, Barbier, Bastien, Bertrand, Bordeau, Cardille, Cauvin, Ceccaldi, Clerc, Couderc, Daste, Delafon, Delvoye, Gilly, Goux, Guibert, Le Bihan, Moulierac, Natali, Pelletier, Prost, Soulage, Surmely, Terramorsi, Thome, Alzear, Arnaud, Battesti, Bonnet, Bourges, Casse, Gonet, de Mouzon, Léonardi, Munaret, Pigache, Robion, Sérafino, Desvernois, Thomas, Vaichère, Amigues, Capus, Georges, Laviron.

Montpellier (faculté de médecine, le 8 septembre). — Daumont, Mallet, Martin, Pinelli, de Andreis, Boyer, Crouzet, Lacombe, Masseguin, Meyrueis, Berge, Bernedes, Bertrand, Boris, Brochier, Cazeilles, Conche, Escot, Fisquet, Floris, Humilien, Malbos, Martel, Marty (Pierre), Masardo, Pons, Sabotier, Siffre, Tempier, Vernèdes, Vidal, Carmes.

Toulouse (hôpital militaire, le 11 septembre). — Albouze, Asperges, Bardou, Coursiac, Bru, Cals, Cantagrill, Cassignol, Cazalas, Danis, Dareys, Dutrey, Gobert, Lafargue, Mazeirat, Paraire, Sole, Tarain, Autan, Bellocq, Bigou, Boileau, Boubée, Cadars, Campourcy, Carreau, Clergue, Dargein, Debrous, Denayrolles, Dicharry, Dupuy, Duran, Ferran, Frezouls, Ginieys, Girard, Laborderie, Manan, Massonie, Nabonne, Pujos, Ramnoux, Reilles, Ristorcelli, Rouquet, Rumeau, Serny, Soule, Thiry, Vidailhet, Saint-Pau, Bares, Castex, Croiziers, de Lacvivier, Darnault-Mons.

Bordeaux (hôpital militaire, le 16 septembre). — Bouchet, Delmont-Bebet, Kany, Laveau, Mongrand, Moret, Ouary, Philibert, Proust, Vesna, Chantegreil, Cousty, Dougar, Faugère, Fauret, Lalanne, Martin, Martinaud, Petit, Poque, Rozier, Suze, Vamhems, Verdier, Zeude, Caubet, Duvezin, Gast, Gourry, Jalbi, Larraud (Michel), Larraud (Guy), Revault, Vrignaud.

Rennes (hôpital militaire, le 18 septembre). — Bourles, Chaudoye, Coquin, Lannuzel, Becam, Goulard, Gras, Le Faou, Moru, Winckel, Calvez, Grinsard, Remy.

Paris (hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 20 septembre). — Veber, Borrey, Dormay, Duran, Gerbenne, Kerzreho, Léger, Lequesne, Sicaud, Simon, Triffault, Barbier, Blein, Bureste, Chamfrault, Comte, Germain, Got, Goudet, Jacowski, Jamot, Laugeard, Laugier, Lautrette, Maggi, Mathière, Mathieu Mirebeau, Monjauze, Pages, Poisson, Raboin, Talon, Bare, Kirsche.

Nancy (hôpital militaire, le 23 septembre). — Simonot, André, Beau, Branche, Druost, Gouilly, Graby, Henry (Robert), Lecaille.

Strasbourg (hôpital militaire, le 24 septembre). — Fimayer, Thill, Jirou, Niestoeckel, Roy, Vagner.

Tous les candidats seront présents dans les centres respectifs à 7 h. 45.

Les épreuves commenceront très exactement à 8 heures.

La présente publication tiendra lieu de convocation.

Aucune autorisation de changement de centre d'épreuves ne sera accordée.

Les candidats devront remettre au président du jury un certificat d'examen attestant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité; ceux qui ne pourraient présenter ce certificat, seront néanmoins admis à prendre part aux épreuves, mais ne pourront être admis à l'Ecole du Service de santé en cas de succès aux examens, que sur la présentation dudit certificat avant le 10 novembre 1926 au plus tard.

MÉRITE AGRICOLE. — Sont nommés :

Au grade d'officier. — M. le professeur Sebileau (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Angellier (de Cluny).

Maxime MÉNARD

Encore un nouveau martyr de la radiologie. Nous avons à déplorer la perte de Maxime Ménard qui n'a trouvé que dans la mort le soulagement de ses affreuses souffrances qu'il a, jusqu'à la fin, supportées avec un stoïcisme et une résignation admirables, et qui ne l'ont pas empêché de continuer à travailler. Il était directeur du service de radiologie à l'hôpital Cochin où il a, rapidement, acquis une réputation méritée par les nombreux services qu'il a rendus à la science. Il était titulaire du prix Audiffred de l'Académie des sciences. Nous avons pu, personnellement, au cours de la guerre, apprécier sa haute compétence, son dévouement inlassable, son absolu désintéressement et son extrême amabilité.

C'est une grande perte pour la science, et Ménard laissera de vifs regrets à tous ceux qui l'ont approché et qui ont pu apprécier son ardeur au travail et son courage devant la douleur.

Ses obsèques ont eu lieu mardi, à l'église de Saint-Pierre-de-Chaillot, au milieu d'une affluence considérable où l'on remarquait les représentants de M. le Président de la République, de divers ministères, de l'armée, des académies et sociétés savantes.

Au cimetière Montparnasse, M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, après avoir rappelé les mérites, les travaux, les souffrances, l'énergie de Ménard, a pris l'engagement formel de faire accorder au personnel médical, aux internes des hôpitaux les garanties professionnelles qu'ils sont en droit d'attendre de la nation qu'ils servent si noblement.

A. BROCHIN.

REVUE GÉNÉRALE

LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Par M. L. ISÉMEIN,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Maladie organique du cerveau, survenant à l'âge adulte, causée par diverses toxi-infections, dont la syphilis est de beaucoup la plus fréquente, la paralysie générale progressive est caractérisée *cliniquement*, par un affaiblissement intellectuel progressif avec des troubles mentaux, et des troubles physiques graves, *anatomiquement* par de l'encéphalite diffuse et une leptoméningite prédominante aux hémisphères cérébraux. Elle se termine par la mort qui survient en général, deux à cinq ans après le début apparent.

C'est une maladie à cheval sur la neurologie et la psychiatrie intermédiaire entre les maladies organiques du système cérébro-spinal à lésions bien connues, et les psychoses dans lesquelles on ne peut rattacher les troubles fonctionnels observés à aucun substratum anatomique.

Cette affection doit être bien connue à cause de sa fréquence et de l'intérêt qu'un diagnostic précoce présente à la fois pour le malade et pour son entourage.

Nous n'envisagerons que l'étude clinique et thérapeutique, renvoyant le lecteur pour l'étiologie et l'anatomie pathologique aux traités classiques (1) et verrons successivement :

1° Les symptômes en prenant comme type de description la forme commune survenant chez un homme adulte;

2° Les diverses formes cliniques que peut revêtir la paralysie générale;

3° Le diagnostic différentiel avec les diverses maladies qui peuvent la simuler;

4° Enfin le traitement, en insistant plus particulièrement, sur les méthodes modernes.

Symptômes. — Ils sont très nombreux, même trop nombreux, mais souvent atténués ou isolés, ce qui rend le diagnostic difficile. Aussi pour être plus schématique, nous exposerons successivement :

1° La séméiologie générale de la paralysie générale;
2° L'évolution en ses diverses périodes.

A. **Séméiologie générale.** — Gilbert Ballet disait qu'on entre dans la paralysie générale par plusieurs *avenues*.

Les avenues psychiatriques,
Les avenues neurologiques,
qui sont d'ailleurs plus ou moins enchevêtrées.

Ce sont les symptômes vraiment « cardinaux » joints au syndrome humoral. Nous y ajouterons les troubles des fonctions organiques et nous adjoindrons aux signes neurologiques moins importants, les ictus congestifs, qui, par leur fréquence, sont des symptômes plus que des complications.

Nous diviserons donc la séméiologie en :

1° Signes psychiques;
2° Signes neurologiques;
3° Ictus congestifs;
4° Troubles des fonctions organiques;
5° Syndrome humoral.

I. Troubles psychiques. — *Avenues psychiatriques de G. Ballet.* — Elles partent toutes d'un carrefour commun : la *démence*.

Tandis qu'au point de vue juridique, la démence comprend toute l'aliénation mentale, en psychiatrie, démence veut dire affaiblissement de l'intelligence avec le plus souvent incurabilité.

La démence est le carrefour d'où partent toutes les avenues de la paralysie générale; elles peuvent avoir des apparences différentes, mais leur origine est la même. Comme le dit Lévy-Valensi, « la démence est une source d'où naissent plusieurs ruisseaux, ces ruisseaux vont serpenter dans des vallées et parmi des sites différents, mais l'eau demeurera la même. Tous les éléments psychiques des paralysies générales auront donc *un goût de démence* » (Lévy-Valensi).

Ces troubles psychiques, étudiés surtout par Dupré et Logre, ont une importance considérable, « Il est *nécessaire* de faire le *psycho-diagnostic de la paralysie générale comme on fait le séro-diagnostic* de la fièvre typhoïde, le *cyto-diagnostic* d'un épanchement » (Ramond).

Nous étudierons avec Dupré les signes démentiels et les épisodes délirants, puis les symptômes surajoutées.

Troubles démentiels : comme leur nom l'indique, ils atteignent surtout l'intelligence, mais les autres fonctions sont aussi atteintes. La démence est *globale d'emblée.* Elle peut sembler partielle au début, et n'intéresser qu'une faculté : (un acteur par exemple pourra réciter de longues tirades, mais sera incapable de faire correctement une addition élémentaire); il est vrai que dans l'interprétation de ces troubles, il faut tenir compte de la profession du sujet.

De plus elle est *progressive.* Nous isolerons, pour être plus clair, les troubles résultant de l'atteinte des diverses facultés psychiques.

A. *Intelligence. — Ataxie des opérations mentales* (Dupré) : l'écorce est capable d'élaborer des idées, mais les cellules semblent travailler isolément : les idées sont émises sans se connaître, aucun lien ne les réunit. Cette « dissociation intrapsychiques » de Ramond, est connue du public : on dit couramment que le malade est un « dégagé » il sourit en parlant de choses affreuses, il affirme son opulence et confesse aussitôt qu'il gagne 5 francs par jour, si bien qu' « aucun état psychopathique n'aboutit à une telle association des contraires » (Dupré).

Ceci explique « la multiplicité, la mobilité, l'incohérence, la contradiction des concepts du paralytique général (Falret).

Cette ignorance mutuelle des opérations mentales, les unes vis-à-vis des autres, conduit immédiatement à des actes qui sont exécutés de façon automatique, et qui peuvent être délictueux.

Actes délictueux : ils ont *trois grands caractères* :

Brusquerie d'apparition contrastant avec le passé du malade;

Naïveté qui montre son inconscience : il ne se cache pas après leur exécution (le cas d'un paralytique général qui demande à un agent de l'aider à traîner un tonneau qu'il vient de voler, et s'étonne qu'on veuille l'arrêter, est classique);

(1) En particulier, aux articles précédemment parus dans ce Journal (voir Bibliographie).

Absurdité : il s'approprie des objets dont il n'a que faire : un homme par exemple vole des vêtements de femme.

Ces actes sont variés mais « la criminalité est aussi rare que la délinquance est fréquente (Dupré et Logre).

Ce sont surtout :

Des vols ;

Des outrages à la pudeur qui traduisent l'excitation sexuelle, les idées de grandeur. (Il est également classique de citer le cas d'un paralytique général, homme du monde, qui entre dans un salon en exhibant ses parties sexuelles sur un plateau d'argent.)

Mais, c'est surtout, de l'exhibitionnisme ;

L'homicide est plus rare : le paralytique général est dangereux par son inconscience et non par sa méchanceté (il se jette par la fenêtre, croyant qu'il pourra s'envoler, etc.), plus rarement, ce seront des actes de vagabondage, des incendies, des coups.

Transformation profonde de la personnalité : il change du tout au tout. Timide et réservé, il devient audacieux et bruyant; doux et tranquille, il devient brutal et querelleur, prude et de mœurs austères, il tient des conversations licencieuses. Merklen conseillait de chercher la paralysie générale chez les célibataires endurcis qui se marient sur le tard ; d'ailleurs, cette transformation n'est pas immuable, mais varie d'un moment à l'autre.

Diminution ou disparition de l'auto-critique. — C'est le signe capital pour Dupré. Le paralytique général ne se rend pas compte de ses troubles intellectuels ; même mis en présence de l'état de déchéance où il est tombé, il en rit.

Ramond raconte qu'un jour Dupré examinant devant ses élèves un malade atteint de paralysie générale (un encaisseur de la Banque de France qui avait été arrêté dans un tram pour avoir refusé de payer sa place) et voulant leur montrer l'importance de ce symptôme, lui dit brusquement, de quelle affection il était atteint et qu'il mourrait bientôt. Les assistants étaient scandalisés de cette franchise cynique, mais le malade n'en fut pas très ému et se mit à rire avec tout le monde.

Comme a dit Schule « le paralytique général devient un tout autre personnage sans s'en apercevoir » et « sans s'en émouvoir » ajoute Dupré. Cette auto-confrontation permet d'apprécier le degré de diminution de l'auto-critique et d'en estimer la valeur.

Mais il n'est pas exceptionnel au début, que le malade se frappe, surtout s'il est initié à la médecine.

Désorientation dans le temps et dans l'espace. — Cet affaiblissement intellectuel amène la désorientation dans le temps et dans l'espace : journées et heures deviennent uniformes pour lui ; en outre il ne se surveille plus, a une tenue négligée (met sa chemise sur son pantalon, par exemple).

Conservation de l'automatisme psychique. — Les précédents n'empêchent pas le malade de conserver des situations importantes ou même dangereuses (mécanicien, pilote) ; ce fait est dû à la conservation de l'automatisme psychique, car s'il est incapable d'associer des idées neuves, il a gardé l'habitude d'enchaîner les idées courantes « comme s'il dirigeait lui-même, un cerveau qui ne lui appartient plus, mais qui fonctionne automatiquement, par suite de la vitesse acquise » (Ramond).

Approbativité : elle est caractéristique.

Plus rarement, on observe le *syndrome de négation* de Cotard : il nie non seulement l'existence de ses organes, mais aussi les vérités métaphysiques les plus admises.

Crédulité. — Cependant le signe de la bienveillance peut manquer dans la paralysie générale, et par contre, on voit des séniles donateurs.

B. *Mémoire.* — C'est la faculté la première et la plus atteinte. Au moins au début, l'amnésie de fixation est moins marquée que l'amnésie de reproduction, ce qui est le contraire dans l'affaiblissement sénile.

Il faut la rechercher en interrogeant le paralytique général sur sa famille, sur les événements récents, le calcul (procédé des œufs), l'histoire. Si l'amnésie n'apparaît pas facilement, on la mettra en évidence, après la fatigue, en compliquant l'interrogatoire.

Parfois le paralytique général s'en rend compte lui-même, et c'est un des signes qui peut l'amener à consulter.

Cette amnésie teinte la paralysie générale d'une note, parfois assez vive de confusion mentale.

C. *Affectivité* : elle est émoussée, mais masquée par une émotivité exagérée. Il pleure autant parce que on lui refuse un gâteau qu'à l'annonce de la mort d'un parent.

D. *Imagination* : en général appauvrie, parfois cependant elle est exaltée au début : il fait des affaires excellentes(Le Horla, de Maupassant), mais souvent cette exaltation est lacunaire et constitue certains délires que nous étudierons plus loin.

E. *Sens moral.* — Nous l'avons déjà vu en étudiant les actes délictueux.

F. *Attention.* — Impossible à soutenir (ne peut barrer les A d'une page de journal).

Troubles délirants. — Le dément paralytique est un malade des salles d'hôpital, où on peut le garder avec quelques précautions, sans préjudices pour lui ou pour ses voisins. Mais les troubles psychiques que nous allons voir maintenant, nécessitent souvent l'internement et en font un malade d'asile. Les délires revêtent deux formes :

Délires expansifs.
Délires dépressifs.

Mais le leit-motif de la paralysie générale, la démence, se retrouve dans tous les délires : pour faire un délire consistant et cohérent, il faut avoir gardé son intelligence : ce qui n'est pas le cas ici.

Caractères généraux des délires de la paralysie générale. — Comme l'a dit Falret, ils sont « multiples, mobiles, incohérents, absurdes et contradictoires ». Ramond ajoute qu'ils sont « fantastiques et colossaux !

Multiples : C'est-à-dire à la fois mégalomaniaques, hypochondriaques et de persécution.

Mobiles : Le paralytique général passe en quelques instants de l'un à l'autre.

Incohérents et absurdes : Un paralytique général se dit enceint.

Contradictoires : Il raconte ses richesses et avoue qu'il est cordonnier; un autre se dit millionnaire et demande quelques sous pour acheter du tabac.

Fantastiques et colossaux : « rien n'est trop grand

au gré du cerveau déficient du malade » (Ramond). « Les malades planent sur leur rêve, hors du temps et de l'espace : les expressions superlatives ne suffisent plus à traduire leur puissance ou leur détresse, leur opulence ou leur misère; ils s'attribuent tous les mérites, tous les titres, toutes les richesses, toutes les maladies ». (Dupré et Logre). « Le mot tout occupe dans le langage du paralytique général la place du mot on dans celui du persécuté. » (Falret). « Il vit dans un monde irréel où ne le gêne aucune des notions de vraisemblance habituelle » (Pactet et Bonhomme).

Diverses formes de ces délires :

De grandeur : « son imagination fait du moindre objet des bijoux d'un prix inestimable » (Pactet et Bonhomme).

D'altruisme : Il donne tout, guérit tout et tous.

De persécution : Rarement dangereux, car trop absurde et le plus souvent c'est « un maniaque bienveillant » (G. Ballet).

Hypochondriaque : Il est malade, ses organes sont transposés, transformés ou obstrués.

Troubles mentaux surajoutés. — « Ce qu'il y a de caractéristique dans ces troubles c'est de n'être caractéristique de rien ». (G. Ballet).

Hallucinations : niées par certains, elles sont si marquées pour d'autres, qu'elles forment une variété sensorielle de la paralysie générale. En fait, elles existent, mais diminuent de fréquence avec l'évolution. Elles atteignent tous les sens.

Manie : très fréquente, elle peut revêtir tous les degrés depuis l'euphorie jusqu'à la manie aiguë, elle est souvent tenace. Falret a décrit *l'agitation automatique silencieuse* : le paralytique général toujours en mouvement, jour et nuit, va d'une pièce à l'autre, d'un objet à l'autre, sans savoir ce qu'il veut, il s'habille, se déshabille sans raison.

Mélancolie : le paralytique général n'est pas toujours gai comme certains le croient. D'ailleurs, cette mélancolie est variable d'intensité et va du simple mutisme à l'anxiété avec cris et agitation. Elle entraîne le refus d'aliments qui ressort de plusieurs causes : suicide, hypochondrie, crainte d'empoisonnement, idées d'obstruction des organes ; il oblige parfois à l'alimentation par la sonde.

Suicide : il n'est plus logique comme au début, aussi il réussit rarement à cause de son absurdité : il s'étrangle avec sa cravate, mais ne serre pas pour ne pas la froisser; il s'asphyxie au charbon de bois, mais ouvre la fenêtre pour que la fumée ne salisse pas les rideaux.

Psychose périodique : il y a sucession d'excitation et de dépression, mais l'incohérence domine.

Confusion mentale : on a décrit une forme confusionnelle, mais c'est alors la déchéance intellectuelle absolue.

II. Troubles neurologiques, avenues neurologiques de G. Ballet. — 1° *Signes moteurs.* — Les plus importants avec les signes psychiques, mais ils varient d'un moment à l'autre, d'où la nécessité de ne faire le diagnostic de paralysie générale, si on se base sur eux, qu'après une observation prudente, et en s'appuyant sur un faisceau de symptômes.

a. *Troubles du langage* : ils sont les plus précoces et les plus constants. Nous étudierons ensemble le langage parlé et le langage écrit; ces troubles portent sur :

L'articulation verbale : troubles arthrolaliques ;

L'écriture : troubles calligraphiques ;

La signification de la parole : troubles psycholaliques ;

La signification de l'écriture : troubles psychographiques.

Troubles arthrolatiques. — La dysarthrie est un signe capital, vu sa constance et sa spécificité. Lasègue l'appelait le « signe mortel ». Il permet à lui seul de faire le diagnostic pour une oreille exercée. Achard raconte qu'à un examen, il fit le diagnostic de paralysie générale par la dysarthrie que présentait le professeur agrégé qui l'interrogeait, et de fait, les événements lui donnèrent raison.

La parole peut être modifiée en bloc : elle est alors scandée, explosive, spasmodique ou bredouillante, tremblée. Les mots sont accrochés au passage : il chevauche deux syllabes ou en saute une. Il fait des « accrocs ». Parfois les troubles atteignent la prononciation, surtout des labiales, des linguales, sur lesquelles il glisse, ou qu'il répète : ce sont des « glissades ».

Ceci apparaît :

Dans la parole spontanée ou dans les tests d'épreuve; certains sont classiques : « Je suis artilleur au 33e régiment d'artillerie ». « J'habite 33 avenue Ledru-Rollin ». « Polytechnicien de l'école polytechnique », etc. Mais pour être sûr de leur valeur, il faut refaire ces épreuves plusieurs fois de suite, pour enlever la part de l'émotivité, et, d'ailleurs, il est nécessaire de tenir compte du fait que, à la suite d'examens répétés, certains arrivent à les dire correctement. Pour Froment et Ravaut, ces tests ne mettent pas en évidence la dysarthrie, mais un trouble de la mémoire verbale. En effet, disent-ils, en isolant par des tirets chaque syllabe, comme pour rappeler à chaque instant le prévenu à l'ordre, il les lit correctement. Dans l'écriture sous dictée, il fait des lapsus calami, comme il faisait tout à l'heure des lapsus linguae. Dans les deux cas, ce sont des lapsus mémoriae ou des lapsus cérébri. Ils le prouvent en comparant le dysarthrique vrai à l'aphasique moteur léger. Pour le dysarthrique pur (pseudo-bulbaire, cérébelleux, malade atteint de sclérose en plaques), l'effigie du mot a quelque peu perdu son relief, mais tous les éléments du mot sont à leur place et demeurent inchangés; aussi le mot d'épreuve est mieux dit que la parole courante; quelque défficiente que soit la machine articulaire, la frappe reste relativement bonne. Chez l'aphasique, comme chez le paralytique général il y a omission, confusion ou substitution de syllabes. En résumé, pour ces auteurs le test des mots d'épreuve n'est pas qualifié pour établir la réalité d'une dysarthrie.

Troubles psycholaliques. — C'est la coprolalie, la logorrhée, le mutisme, la discordance entre la tonalité et le sens du discours, l'écholalie, la persévération ou l'intoxication par le mot, la palilalie (répétition du même mot en série). Si on le fait lire à haute voix, il y a répétition ou omission des mêmes mots ou des mêmes lignes.

Troubles calligraphiques. — Ils sont dus à la parésie, au tremblement des mains, comme les troubles arthrolaliques pour la langue et les lèvres. Ils ont beaucoup moins de valeur que les troubles arthrolaliques, car ils se voient dans d'autres affections, la chorée, par exemple. Si on étudie l'écriture d'un paralytique général on constate que les lignes sont sinueuses, les mots ou les lettres du même mot sont

de hauteur différente, les traits arrondis des lettres sont remplacés par des lignes brisées, les lettres déformées. Le graphique est aussi incoordonné que celui des enfants.

Troubles psychographiques. — Ils révèlent le déficit intellectuel : il écrit sur des bouts de papier sales et informes, dans tous les sens avec des ratures, des tâches, des mots oubliés, répétés ou intervertis. Il se donne en signant des titres pompeux. Signalons enfin la graphomanie.

b. *Troubles oculaires.* — Très importants. Il faudra toujours examiner les pupilles et la musculature externe, accessoirement, le fond de l'œil.

Pupilles. — Pour étudier leurs modifications, il faut se servir d'une source lumineuse d'intensité moyenne, après avoir laissé le malade quelque temps dans une demi-obscurité. On trouvera presque toujours qu'elles sont inégales, irrégulières et qu'elles ne se contractent plus à la lumière.

1. Inégalité : c'est le signe le plus fréquent et le plus précoce. Dans le cas où l'anisocorie est peu nette, on peut la rechercher au pupillomètre, ou la mettre en évidence par le *procédé de la mydriase provoquée* de de Lapersonne : dans chaque œil, instiller un nombre égal de gouttes de cocaïne à 4 p. 100 et examiner quinze minutes après. L'anisocorie change parfois de côté : on dit qu'il y a *anisocorie à bascule.*

C'est un signe de méningite chronique, de valeur considérable, mais qui peut être dû à un vice de réfraction, exister à l'état héréditaire, ou enfin, constituer un signe isolé dans les syphilis chroniques sans paralysie générale, mais il indique toujours une atteinte nerveuse.

2. Abolition du réflexe lumineux : elle est connue sous le nom de *signe d'Argyll Robertson.* Il est positif dans 90 p. 100 des cas et reste *invariable.*

Il peut être : unilatéral.

Ou peu marqué : c'est alors une ébauche d'Argyll.

Signe de Piltz. — Il y a contraction, puis dilatation quand on fait fermer et ouvrir brusquement les yeux.

Parfois signe d'*Argyll compliqué* : abolition concomitante du réflexe accommodateur.

Plus rarement signe d'*Argyll renversé* : ou réaction paradoxale. La pupille se dilate quand on l'éclaire puis reprend son diamètre antérieur.

3. *Abolition du réflexe consensuel.* — Modifications du calibre normal : le myosis est fréquent, mais il est moins marqué que dans le tabes. Parfois c'est la mydriase : elle constitue le premier signe de l'iridoplégie.

4. Déformations : les bords crénelés ne sont plus circulaires, mais ces anomalies peuvent être congénitales.

Fond d'œil. — Il peut être le siège de lésions diverses et de fréquence diversement appréciée suivant les auteurs : hyperémie ou au contraire, décoloration de la papille. Par contre l'atrophie avec amaurose est aussi rare dans la paralysie générale qu'elle est fréquente dans le tabes.

Musculature externe. — Les paralysies sont plus rares que dans le tabes. Elles se voient à toutes les périodes, surtout après les ictus; elles sont *transitoires*, et atteignent surtout le moteur oculaire commun : d'ailleurs, en dehors du ptosis vrai, il y a de l'hypotonie de la paupière supérieure qui est progressive et ce demi-ptosis joint à l'aspect spécial de l'iris, donnent au visage une expression d'atonie spéciale.

5. Enfin parfois, nystagmus.

c. *Marche.* — Comme la parole et l'écriture, elle est tremblante et incoordonnée.

Ce n'est ni les grands mouvements de l'ataxique, ni la fixité de l'hémiplégique; le paralytique général marche mollement, le dos voûté, oscillant un peu comme un homme ivre, il soulève à peine le pied et trébuche au moindre obstacle, et cependant, il y a un certain degré de spasmodicité donnant au corps une allure sautillante. Ces troubles de la marche sont plus tardifs, progressifs et obligent tardivement le malade à rester couché.

d. *Tremblement.* — Il résulte aussi de l'état paréto-ataxique des muscles, car, comme l'ont montré les travaux modernes, il n'est qu'une contraction décomposée. C'est un signe constant et l'examen le révèle s'il n'est pas très apparent par lui-même.

Forme. — On peut observer deux aspects différents : le tremblement *fibrillaire*, à petites oscillations, de rapidité moyenne (8 à 10 par seconde) ne disparaissant pas au repos : le tremblement en *masse,* spasmodique n'apparaissant que dans les mouvements.

Siège. — Face et lèvres. Quand il est peu net, le rechercher avant que le malade parle ou ouvre la bouche. Ce signe est d'importance primordiale pour Séglas.

Langue : c'est surtout sur cet organe qu'on l'observe. Il peut survenir dans la bouche et en dehors de la bouche; dans la bouche : mouvements vermiculaires de Baillarger (tremblements fibrillaires), en dehors de la bouche : (tremblement en masse): mouvements de trombone de Magnan. C'est lui qui, associé à celui de la face, en particulier des lèvres et des joues, cause la dysarthrie.

Mains : on le met en évidence dans l'attitude du serment. Il va parfois jusqu'à l'athétose et peut engendrer une grande maladresse.

e. *Paralysies.* — Les paralysies vraies sont exceptionnelles dans la forme normale. Elles sont en général partielles et transitoires, à moins d'associations médullaires ou névritiques.

f. *Tonus.* — Il y aurait hypotonie pour certains auteurs, hypertonie pour d'autres.

g. *Autres phénomènes moteurs.* — Incoordination des mouvements qui peuvent être irréguliers, entrecoupés de secousses impulsives; elle relève à la fois de la faiblesse musculaire et du tremblement.

Tics, mâchonnement, grincement des dents, aptitude catatonique comme dans la démence précoce.

Parectropie de Dupré : si on lui fait ouvrir les yeux, le paralytique général ouvre la bouche en même temps, ou inversement.

2° *Réflexes.* — Il y a modification des réflexes tendineux et des réflexes cutanés. *Tendineux* : ils sont variables. En général, exagérés au début par suite de l'inhibition corticale.

Parfois polycinétiques.

Ou controlatéraux.

Puis plus tard, ils sont diminués, plus rarement abolis : l'abolition des réflexes patellaires et des

achiléens, quand elle survient au début, indique une association avec le tabes.

Cutanés : abolis.

Parfois on note un signe de Babinski épisodique, à la suite d'un ictus.

3° *Sensibilité.* — Ces troubles ont peu de valeur à cause de l'affaiblissement intellectuel du sujet.

Sensibilité subjective. — La céphalée est fréquente à toutes les périodes.

La migraine ophtalmique a été donnée comme signe de début (Charcot).

Parfois il y a un prurit fréquent ou des crises douloureuses dans les cas d'association avec le tabes.

Sensibilité objective. — On trouve souvent de l'hyperesthésie associée d'une façon paradoxale à une anesthésie d'origine démentielle, ceci explique les cas d'auto-mutilation.

D'ailleurs l'anesthésie à la douleur au cours de la ponction lombaire est pour Achard un bon signe de paralysie générale. Parfois on observe le signe de Pitres (indolence à la pression du testicule) ou le signe de Biernacki (la pression du cubital dans la gouttière épitrochléo-olécranienne n'est pas douloureuse).

Troubles de la sensibilité profonde. — Seulement dans les cas d'association avec le tabes.

4° *Troubles sensoriels.* — On a signalé l'agueusie et l'anosmie. Ceci explique que les paralytiques généraux peuvent absorber les choses les plus répugnantes comme goût et comme odeur : crachats, excréments, par exemple.

5° *Troubles vaso-moteurs et trophiques.* — On a signalé :

Dermographisme, acrocyanose, œdèmes localisés, trophœdèmes : ce sont des troubles endocrino-sympathiques.

Ecchymose après un choc minime : l'*othématome* est regardé comme caractéristique. C'est une extravasation de sang dans le tissu cartilagineux de l'oreille du volume d'une noisette à un œuf de pigeon, qui guérit spontanément et rapidement, mais laisse une déformation définitive de l'oreille. Cette lésion serait due à la fragilité vasculaire.

Eruption, zona, pemphigus, ichtyose, chute des cheveux, des dents, maux perforants plantaire ou palatin, arthropathies, fractures spontanées, mais surtout, ce qui est le plus apparent, c'est un *amaigrissement marqué*, et les *eschares;* nous ne les décrirons pas, car elles ne présentent aucun caractère particulier en dehors de leur profondeur qui peut être considérable. Parfois le sacrum est à nu et nécrosé, et on voit les nerfs de la queue de cheval au fond de la plaie. Elles guérissent quelquefois laissant une cicatrice blanchâtre, étoilée qui peut être douloureuse.

6° *Aspect général du malade. — Le masque paralytique.* — Nous l'étudierons ici, car il est le résultat à la fois des troubles physiques et des troubles psychiques. Le malade est en général amené en consultation par un membre de sa famille. Il se laisse conduire comme un enfant, suivant docilement son cicérone, approuvant ses paroles qu'il écoute d'un air satisfait, malgré ce qu'elles ont de désobligeant pour lui. Sur le fond pâle des téguments, on est frappé par son air d'indifférence niaise et atone. Ce n'est pas le visag effigé du parkinsonien, ni effondré du pseudo-bulbaire, c'est un masque immobile et flasque sur lequel ne viennent plus jouer les nombreuses influences intérieures qui actionnent à chaque minute le cœur et l'esprit de l'homme normal.

« D'un simple coup d'œil, on voit que le relais cérébral ne fonctionne plus. On dirait un homme endormi, mais d'un sommeil si l'on peut dire, intellectuel et moral » (Chavany).

III. Ictus congestifs. — « Signe de début parfois, c'est aussi dans une convulsion que la mort emporte souvent le malade cachectisé » (Pactet et Bonhomme). Leur pathogénie est discutée. On a fait jouer un rôle à l'alcool, aux émotions, aux troubles digestifs.

Signes avant-coureurs. — Ce sont : les vertiges, les spasmes musculaires localisés, de l'obnubilation, de l'agitation. Parfois il n'y a pas de prodromes, le début est brusque.

Deux grandes formes. — Ictus épileptiques. — Ils rappellent la crise épileptique avec les différences suivantes : le cri est plus rare, la chute moins brusque, les convulsions sont moins amples, plus localisées, à forme Jacksonienne; les accès sont brusques ou répétés jusqu'à constituer un véritable état de mal.

Ictus apoplectiques. — Ils sont moins fréquents que les précédents; ils ressemblent à ceux de l'hémorragie cérébrale, mais ils sont surtout incomplets et on note seulement des vertiges, des aphasies passagères et des migraines.

Ictus épileptiques ou ictus apoplectiques présentent tous les degrés, depuis la simple impression de malaise jusqu'à la mort. Leur valeur diagnostique est grande, mais leur valeur pronostique est nulle : cependant, après chaque ictus, le paralytique général est encore diminué, surtout intellectuellement.

IV. Fonctions organiques. — 1. *Troubles digestifs.* — A part les troubles d'origine démentielle : sitiophobie, anorexie, boulimie, coprophagie, poly et tachyphagie qui peuvent entraîner une série d'accidents, en plus de l'asphyxie par un bol alimentaire trop volumineux, nous signalerons :

Constipation avec météorisme par parésie intestinale, puis diarrhée tenace ;

Troubles d'insuffisance hépatique;

Sialorrhée paroxystique pouvant aller jusqu'à affaiblir le malade ;

Leucoplasie : elle est fréquente, mais elle n'est pas un signe de paralysie générale, parfois, même, pas un signe de syphilis.

2. *Troubles génito-urinaires.* — Il sont fréquents.

Génitaux : en dehors des signes psychiques déjà vus, nous mentionnerons l'excitation sexuelle souvent marquée au début, puis l'impuissance qui parfois ne survient qu'à une époque avancée. L'aménorhée chez la femme est fréquente et précoce.

Urinaires : la rétention : elle survient surtout après les ictus. L'incontinence terminale est fréquente. Les signes suivants ont peu de valeur : polyurie, pollakiurie, hypoazoturie, phosphaturie. Les réactions spécifiques, de Campana par exemple, n'ont rien de caractéristique.

3. *Troubles respiratoires.* — Rares. On a signalé :

Respiration saccadée, arythmique, manquant d'amplitude (Klippel), tachypnée et rythme de Cheyne-Stokes dans les formes bulbaires.

4. *Troubles circulatoires.* — Il y aurait : Hypoglo-

bulie et diminution de l'hémoglobine (celle-ci serait d'ailleurs augmentée pour certains auteurs). Mais les deux augmentent après les ictus. Leucocytose qui apparaît surtout après les ictus et à la période terminale.

Température irrégulière : par atteinte probable des centres régulateurs.

V. Syndrome humoral. — Nous résumerons l'étude récente de René Targowla.

1° *Procédés d'examen.* — Les divers procédés d'examen sont les suivants :

Pression : elle n'a pas d'importance diagnostique.

Cytologie.

Dosage des protéines.

Recherche qualitative des globulines par la réaction de Weichbrodt au sublimé, de Pandy à l'acide phénique (1 goutte de liquide céphalo-rachidien dans un 1/2 centimètre cube d'une solution saturée d'acide phénique donne une opalescence bleuâtre). Réaction de fixation dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, en se servant de la méthode des dilutions qui permet de déterminer le nombre d'unités d'anticorps.

Index de perméabilité méningée de Dujardin de Bruxelles :

$$\frac{n : \text{nombre d'unités réagines du liquide.}}{N : \qquad — \qquad \text{sérum.}}$$

Réactions colloïdales : à l'élixir parégorique : trois modalités :

Précipitation complète : +++
— partielle : ++
— faible : +

Du benjoin colloïdal de Guillain, Guy Laroche et Lechelle : plus sûre que celle de Lange à l'or colloïdal. Dans chacun des 16 tubes la précipitation peut être : complète 2, partielle 1, faible ou nulle 0.

2° *Eléments du syndrome.* — Cytologie : variable mais jamais nulle. 60 à 80 lymphocytes en moyenne. Il n'y a pas de polynucléaires, en dehors des poussées congestives.

Hyperalbuminose : moins variable, elle évolue parallèlement au processus morbide : 0,70-1 gramme.

Recherche des globilines : peut être indépendante de celle de l'albumine ; cette réaction peut être positive, même quand l'albumine est normale ; mais l'inverse ne se voit pas.

Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang : elle manque dans 9 p. 100 des cas. Elle peut devenir négative après le traitement d'après Sicard et Hagueneau.

Réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien : *toujours positive et irréductible* (Sicard). Index de Dujardin : toujours supérieur à 1/10. Isolé, ce signe n'a pas de valeur absolue, mais sa valeur est grande quand il est associé aux autres éléments du syndrome.

Réactions colloïdales : à l'élixir parégorique : toujours positive et à type +++ ; au benjoin colloïdal : 3 types suivant que la précipitation s'étend plus ou moins loin.

3° *Variations spontanées du syndrome.* — Elles sont fréquentes et surviennent sans cause apparente. Mais il persiste un certain équilibre entre les divers éléments, et on peut décrire suivant le degré un syndrome humoral : fort, moyen, atténué.

4° *Variations au cours du traitement.* — Elles peuvent se voir, mais, dans son ensemble, le syndrome humoral garde son allure moyenne et un type paralytique.

5° *Parallèles avec la clinique.* — Aucune. Tout ce que l'on peut dire c'est que :

les formes intenses se voient dans les cas à marche rapide avec ictus ;

les formes moyennes, dans les formes classiques ;

les formes atténuées, dans les formes à marche lente où on observe des rémissions.

Pratiquement deux cas peuvent se présenter : les signes cliniques font penser à une paralysie générale, et on ne trouve pas de syndrome humoral ; on doit rejeter le diagnostic, c'est une syphilis cérébrale ou une tumeur cérébrale (J.-A. Sicard).

Il n'y a pas de signe clinique (phase pré-clinique de Ravaut) : l'existence du syndrome peut faire poser à lui seul le diagnostic, dès ce stade.

Conclusion. — Le diagnostic biologique de la paralysie générale n'est pas un problème de technique ; c'est un problème clinique.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(séance du 26 juillet 1926)

Nickel, cobalt et diabète. — MM. Gabriel Bertrand et M. Machebœuf ont déjà montré que le pancréas a une teneur relativement élevée en nickel et en cobalt et découvert une influence de ces deux métaux sur certaines préparations d'insuline. Ils ont été logiquement amenés à essayer si, en introduisant dans l'organisme de petites quantités de nickel et de cobalt, on pourrait obtenir la guérison ou tout au moins l'amélioration de certains cas de diabète.

Les auteurs ont utilisé pour cela les solutions salines qui avaient servi à leurs expériences physiologiques, solutions qui ne renferment que 0mmg1 des métaux considérés par centimètre cube (1).

On injecte d'abord 5 centimètres cubes de cette solution tous les deux jours ; après quatre ou cinq injections on continue à raison de 10 centimètres cubes tous les deux jours. Les injections intraveineuses ou sous-cutanées sont très bien supportées. Elles ne provoquent aucune douleur. Etant donné la diffusibilité du nickel et du cobalt ces solutions peuvent être aussi administrées par voie buccale.

Sous l'influence des premières injections, on observe ordinairement une augmentation plus ou moins nette de la glycosurie pouvant s'accompagner d'une plus grande glycémie et d'une plus grande polyurie ; puis apparaissent des différences frappantes entre les cas de diabète.

Dans les uns (diabète infantile, diabète de l'adulte et du vieillard à type consomptif) il n'y a pas eu d'amélioration et dans l'état actuel de la question, on a cru préférable de suspendre le traitement.

Dans les autres au contraire on a constaté une diminution ou une disparition de la polyurie, avec disparition concomitante de la soif, une diminution progressive allant parfois jusqu'à la suppression plus ou moins durable de la glycosurie, une tolérance augmentée vis-à-vis des glucides, quelquefois mais non toujours un abaissement de la glycémie.

Influence des sels de nickel et de cobalt sur quelques diabétiques. — M. F. Rathery et Mlle L. Levina publient les résultats obtenus à la suite d'injections répétées chez onze

(1) *C. R. de l'Acad. des sciences*, t. CXXXII, p. 1504, séance du 21 juin 1926.

diabétiques de la solution mixte de nickel et de cobalt employée par MM. Gabriel Bertrand et M. Mâchebœuf dans leurs expériences.

Les injections sous-cutanées de 2cmc5 à 5 centimètres cubes et 10 centimètres cubes, faites tous les deux jours, ont toujours été remarquablement supportées : aucune douleur ni réaction locale, aucun trouble général. Les malades ont été suivis dans certains cas plus de quatre mois, quelques-uns ont reçu jusqu'à 48 injections.

Dans le diabète simple (5 cas) la solution injective a amélioré nettement la tolérance des glucides, et fait disparaître temporairement la glycosurie. Il suffit d'ailleurs de pratiquer à nouveau une ou plusieurs injections pour voir encore le sucre disparaître et, parfois, d'une manière durable.

Dans le diabète consomptif (6 cas) l'effet thérapeutique a été nul. Après 5, 6, 9 injections, la glycosurie s'est aggravée, la glycémie s'est élevée, l'excrétion des corps acétoniques a augmenté et le traitement a dû être suspendu.

La médication semble donc douée d'une réelle efficacité chez certains diabétiques; son échec dans d'autres cas ne saurait suffire à enlever au médicament sa valeur, car on ne doit pas oublier que l'insuline elle-même est sans action aucune chez certains diabétiques.

Sur le mécanisme de l'agglutination (à propos du Br. Melitensis). — M. Béguet.

Action comparative du stovarsolate et du chlorhydrate de quinine dans la fièvre quarte paludéenne. — M. R. Boyé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1926)

Contingence du pouvoir hémolytique dans le groupe des strepto-entérocoques. — M. Ph. Lesbre (présenté par M. Sacquépée). Les streptocoques du type viridans peuvent acquérir aisément la faculté d'hémolyse par entraînement au contact de germes hémolytiques et surtout par cultures dans des pus de streptocoques hémolytiques stérilisés par tyndallisation; cette dernière méthode permet de rendre hémolytique l'entérocoque.

Fixation élective de l'oléate de méthyle sur les cellules biliaires. — MM. P. Carnot et R. Coquoin montrent la localisation élective sur les voies biliaires de l'oléate de méthyle injecté expérimentalement par voie veineuse.

En effet, sur des coupes à congélation colorées par le Soudan, ils ont constaté, au niveau du foie, que, seuls les canaux biliaires des espaces portes apparaissent cerclés de rouge orangé, alors que ni les vaisseaux sanguins, ni le tissu conjonctif ne retiennent de granulations graisseuses et qu'il n'y en a que peu dans les cellules hépatiques. A un fort grossissement, on voit les cellules biliaires bourrées de granulations colorées par le Soudan. De même la paroi vésiculaire montre toutes les cellules biliaires bourrées de granulations orangées, alors que les autres éléments cellulaires et la bile excrétée elle-même n'en contiennent que fort peu.

Au niveau du pancréas et de l'intestin, il n'y a aucune fixation élective analogue.

Par contre, au niveau des poumons, les cellules épithéliales des voies bronchiques sont, elles aussi, bourrées de granulations d'éthers gras tandis que les capillaires sanguins, les cellules alvéolaires et le contenu intraalvéolaire n'en ont pas.

Cette électivité si particulière des éthers gras pour les cellules biliaires et bronchiques explique peut-être les bons effets cliniques que les auteurs ont observés par les injections interstitielles d'oléate de méthyle dans les affections biliaires d'une part, et bronchiques de l'autre.

Pouvoir antirachitique des huiles végétales vieillies irradiées et administrées par voie intrapéritonéale et sous-cutanée. — MM. Lévy-Solal, Christou et J. Dalsace.

1° Contrairement à ce qu'ont trouvé de nombreux expérimentateurs, on peut, par une longue exposition aux rayons ultra-violets, réactiver une huile végétale ancienne alors qu'une trop longue exposition semble diminuer l'action antirachitique d'une huile fraîche;

2° L'activité d'une huile irradiée peut être conservée pendant assez longtemps (six mois dans nos expériences);

3° A l'inverse de l'huile de foie de morue, les huiles végétales irradiées semblent avoir une action antirachitique manifeste quand on les administre par voie parentérale ou sous-cutanée.

La mesure des variations de la pression veineuse chez l'homme. (*Présentation d'un appareil.*) — MM. Maurice Villaret et L. Justin-Besançon. Si la mesure d'une pression veineuse est d'une technique aisée et rapide à l'aide du phlébopiézomètre, il est difficile par ce procédé d'apprécier les variations de la pression veineuse pendant un temps plus ou moins long, en raison de la coagulation du sang dans l'aiguille qui ponctionne la veine. On a proposé, pour mesurer les variations de la pression veineuse sans ponctionner la veine, de se servir de méthodes indirectes qui présentent diverses causes d'erreur. Si l'on veut obtenir des chiffres très précis, il est préférable de se servir d'un manomètre spécial à solution anticoagulante que présentent les auteurs.

Cet appareil permet de prendre en série la pression veineuse par la méthode directe chez l'homme, en évitant toute coagulation pendant un temps assez long pour étudier, par exemple, l'action pharmacodynamique de certaines substances sur la pression veineuse.

Vaccination du cobaye contre le charbon par le liquide d'œdème. — MM. Ach. Urbain et L. Rossi ont constaté que le liquide d'œdème des cobayes morts de charbon est doué d'un réel pouvoir vaccinant; sans effet par la voie veineuse, il protège contre l'inoculation du virus charbonneux 50 p. 100 des animaux qui le reçoivent par la voie sous-cutanée ou péritonéale et 100 p. 100 des cobayes traités par la voie cutanée ou intradermique. L'immunité est lente à se manifester, elle nécessite deux injections de liquide à dix-quinze jours d'intervalle et elle n'apparaît que douze à quinze jours après la dernière injection. Ces recherches montrent une fois de plus la grande valeur de la cuti-vaccination dans l'infection charbonneuse.

Mesure des modifications de l'excitabilité de l'écorce cérébrale sous l'influence de la cocaïne en applications sur l'œil. — M. A. Rizzolo, M. et Mme A. Chauchard instillent sur la cornée d'un chien une solution de cocaïne. Ils constatent du côté de l'écorce cérébrale des modifications de l'excitabilité qu'ils suivent par des mesures successives de la chronaxie. Le toxique agit d'abord sur le centre cortical de l'orbiculaire des paupières. Ensuite, il atteint les autres centres de l'écorce.

Influence du régime alimentaire sur la teneur en glutathion réduit des tissus du chien. — MM. A. Blanchetière et Léon Binet, continuant leurs dosages du glutathion réduit dans les organes du chien soumis à diverses conditions expérimentales, montrent que les divers régimes alimentaires modifient peu le taux du glutathion réduit; pour ces auteurs, la constance de la teneur en glutathion paraît en rapport avec un phénomène basal de la nutrition des tissus.

Gono-lyso-vaccin et gono-toxine dans la cure de l'urétrite aiguë. — MM. Jausion et Diot tentent de réaliser la guérison de l'urétrite aiguë par un vaccin strictement spécifique et convenablement choisi pour ne donner que de faibles réactions fébriles.

Des recherches antérieures (Jausion et Esquier. *Soc. d'urol.*, 18 janv. 1926) les incitaient à admettre que nombre de vaccins gonococciques ou mixtes n'agissaient dans la blennorragie d'ailleurs chronique que par un effet de protéinothérapie banale.

Un gono-vaccin obtenu par la lyse à la glacière d'une suspension de 10 milliards de germes âgés seulement de vingt-quatre heures a paru donner à cet égard les meilleurs résultats.

Le filtrat d'une culture de gonocoques de deux à quatre jours en bouillon ascite les a mis en possession d'une toxine aisément injectable, produit vaccinothérapique très actif, mais de valeur moindre que le précédent.

C'est seulement, pensent-ils, avec des précautions techniques de cet ordre qu'il est possible de prétendre à la guéri-

son vraiment spécifique de la blennorragie, et notamment à la cure de l'urétrite aiguë, échec si fréquent des vaccins usuels.

MM. Charles RICHET fils et A. HAUDUROY étudient la **lyse du bacille de Koch dans les crachats laissés à l'étuve.** Ils montrent qu'elle n'est pas exceptionnelle et qu'elle peut aboutir à la disparition complète du bacille. Les crachats dans ces conditions ne tuberculisent plus le cobaye. Cette lyse est plus facile à mettre en évidence quand on dilue les crachats. Elle augmente si on utilise des crachats stérilisés à 105 degrés et est donc due à un principe thermostabile. Cette lyse commence en général dès le second jour et se continue les jours suivants.

M. Noël FIESSINGER. Ces si intéressantes expériences diffèrent sensiblement des miennes, où la lyse s'effectuait en deux temps, un premier de mordançage dû à la lipase, un second de destruction grâce à la trypsine apportée par les polynucléaires.

M. BLANCHETIÈRE a observé les variations de coloration, dans certains cas, de crachats, du bacille tuberculeux.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 4 JUIN 1926)

A propos de la pathogénie des « kystes synoviaux ». Un cas de tumeur parasynoviale du cou-de-pied. — MM. MASSABUAU, A. GUIBAL et G. LAUX versent à ce débat toujours ouvert une observation intéressante : cliniquement, la tumeur en question paraissait un kyste synovial évident; opératoirement, elle se présenta comme une masse solide, grosse comme une cerise, molle, assez bien limitée, en contact intime avec la synoviale tibio-tarsienne; histologiquement, elle montre les caractères de l'inflammation chronique tuberculeuse avec de nombreuses cellules géantes, mais sans dégénérescence caséeuse.

Les auteurs proposent donc d'interpréter cette tumeur comme un type de lésion tuberculeuse et se demandent si certains « kystes synoviaux » n'ont pas présenté au début de eur évolution un aspect histologique semblable.

Réaction myéloblastique posthémorragique. — MM. VEDEL, GIRAUD, Mlle GIRAUD et M. PUECH. A la suite d'une hématémèse très abondante provoquée par un ulcus duodénal dont elle était le premier symptôme, un homme de vingt-sept ans a présenté une réaction myéloblastique passagère d'une remarquable intensité : six jours après l'hémorragie on note 2.200.000 globules rouges, 76.000 globules blancs, dont 49,3 myéloblastes, sans myélocyte et seulement 1,7 normo et mégaloblaste pour 100 ; au treizième jour ils ont complètement disparu. Cette observation montre que le seul effort réactionnel intense des organes hématopoïétiques peut se traduire chez le sujet normal par un afflux intense dans la circulation périphérique de formes globulaires jeunes et même de cellules indifférenciées, assimilables à la cellule originelle. Elle a permis, en outre, de constater la présence simultanée de tous les stades de transition entre le myéloblaste et le mégaloblaste caractérisés et d'apporter peut-être un argument en faveur de leur étroite relation.

(SÉANCE DU 11 JUIN 1926)

Observations sur la mélitococcie depuis 1920. — M. GOINY, depuis 1920, a eu l'occasion de soigner 36 cas de fièvre ondulante répartis en six petites épidémies successives et dus pour la plupart à l'absorption de lait de chèvre ou de brebis en nature ou sous forme de fromage frais.

L'évolution clinique ne permettant d'affirmer la fièvre ondulante que tardivement, il y a lieu d'avoir recours aux recherches de laboratoire.

L'intradermo-réaction de Burnet donne des résultats difficiles à apprécier. L'hémoculture a donné des résultats certains mais demande un temps assez long (quinze à dix-huit jours). La séro-réaction de Wright paraît le procédé de choix, l'auteur ne l'a jamais vue en défaut.

Comme traitement, la vaccination est la seule méthode qui lui ait donné des résultats : 5 succès sur 8 cas traités. Les auto-vaccins et les stocks-vaccins lui ont donné des succès. Il donne la préférence à ces derniers car ils permettent de commencer le traitement vingt jours plus tôt.

La séro-agglutination et la vaccinothérapie de la mélitococcie. — MM. M. LISBONNE et P. DEVEZE. Dans un récent *Précis de pathologie médicale*, MM. Bezançon et Philibert, à propos de la mélitococcie, refusent toute valeur au séro-diagnostic de cette maladie. MM. Lisbonne et Devèze s'étonnent qu'en 1926 un tel discrédit puisse être jeté sur une méthode de diagnostic qui fait ses preuves chaque jour dans les laboratoires. Quand on opère avec des souches sélectionnées (Br. melitensis ou Br. abortus) les résultats de l'agglutination sont en accord avec la clinique dans 95 p. 100 des cas. Jamais on ne constate d'erreurs par manque de spécificité. La réaction ne fait défaut que dans des cas exceptionnels. De l'avis des auteurs qui ont recueilli l'opinion de Burnet, la séro-agglutination est une technique dont on ne peut pas se passer.

La vaccinothérapie assure des guérisons nombreuses remarquables par leur rapidité. Jamais les auteurs n'ont connu d'accidents imputables à cette thérapeutique qui est la seule existante dans cette maladie.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

AUTOMOBILE. ACCIDENT

TEXTE APPLICABLE : ART. 1.382 OU 1.384 DU CODE CIVIL

L'emploi de l'automobile est de plus en plus répandu : le médecin et le chirurgien s'en servent utilement pour les soins à donner aux malades. Pour eux, l'automobile n'est pas un instrument de luxe ; c'est un instrument de travail qui leur permet, plus spécialement dans les campagnes, de se transporter d'urgence auprès de ceux qui les réclament.

Mais cet emploi n'est pas sans inconvénient; et l'accident est toujours à craindre. Sans doute on peut se garantir par une assurance « tous risques »; mais la prime en est très élevée; et beaucoup, parmi ceux qui font de l'automobile, voulant diminuer les frais, ne contractent d'assurance que pour des risques déterminés, et même parfois ne contractent aucune assurance.

Nous voudrions attirer l'attention du lecteur sur une jurisprudence contradictoire en matière d'accident causé par l'automobile. Nous avons déjà, à cet égard, cité une décision du Tribunal civil de la Seine; la division existe entre les tribunaux et Cours d'appel, et ce à tel point que, dans une même Cour, deux Chambres ont rendu des décisions en sens contraire. La question est de savoir si, lorsqu'un accident d'automobile est survenu, c'est l'article 1.382 du Code civil ou l'article 1.384 du même Code qui est applicable. La différence entre ces deux textes est d'importance : pour l'application du premier texte (art. 1.382), il faut un *fait de l'homme* qui cause à autrui un dommage, par exemple un coup porté par une personne sur une autre, une blessure causée par le coup de fusil du chasseur; au contraire, l'article 1.384 édicte une *présomption de faute* à l'encontre de celui qui a sous sa garde une chose inanimée qui a causé un dommage; c'est ce qui se produira, par exemple, lorsqu'une pierre se détachant d'un immeuble blesse un passant, le propriétaire est responsable du dommage uniquement parce que son immeuble lui appartient et est sous sa garde.

Que dire pour l'automobile?

Les décisions qui appliquent l'article 1.382 sont motivées ainsi : la présomption de faute édictée par l'article 1.384 ne s'applique qu'au cas où l'accident a été causé par la chose elle-même et elle seule, et en dehors de la participation de l'homme; toutes les fois que l'accident dont on poursuit la réparation s'est produit à un moment où la chose est en mouvement, sous l'impulsion et la direction de l'homme, c'est l'article 1.382 qui est applicable. Or, une automobile en

marche et dirigée par l'homme n'est pas une chose inanimée. Il ne faut pas se laisser influencer par les dangers qui peuvent résulter pour la sécurité publique de l'augmentation de la circulation et vouloir étendre un texte de loi (art. 1.384) à des cas que n'a pas prévus et que n'a pu prévoir ni réglementer l'article 1.384.

Le tiers victime d'un accident d'automobile doit faire la preuve d'une faute à la charge de celui qui a causé l'accident et a engagé sa responsabilité pécuniaire, par suite de cet accident.

Ont appliqué l'article 1.382 du Code civil : Cour de Bordeaux, 8 déc. 1925 (*Gaz. Trib.*, 1er juillet 1926); Cour de Poitiers, 16 fév. 1925 (*Rec. Gaz. Trib.*, 1925, 2, 604) ; Cour de Paris (Ch. Corr.), 5 juin 1925 (*Rec. Gaz. Trib.*, 1925, 2, 40); Cour de Nîmes, 9 janv. 1925 (*Id.*, 1925, 2, 245); Trib. civil Seine (4e Ch,), 9 mai 1925 (*Id.*, 1925, 2, 717). Trois arrêts des Cours de Lyon, 21 janv. 1926; Amiens, 13 janv. 1926 et Limoges, 25 mai 1926 (*Gaz. Trib.*, 18 juillet 1926).

Les décisions qui appliquent l'article 1.384 déclarent : l'article 1.384 extrêmement large a une portée générale et absolue ; il s'applique sans distinction à toutes choses inanimées placées sous la surveillance de l'homme, qu'elles soient inertes ou en mouvement comme une automobile en marche, par exemple. L'usage d'une chose n'en exclut pas la garde; bien au contraire, il exige une surveillance plus attentive en raison même du danger spécial que cet usage comporte, et dans ce cas la présomption de faute établie par l'article 1.384, loin de disparaître, s'impose avec plus de force à l'esprit. Cette présomption ne peut être détruite, à l'encontre de celui qui a la garde de la chose, que par la preuve d'un cas fortuit ou de force majeure ou d'une cause qui ne lui soit pas imputable ; *c'est à celui qui a causé l'accident à faire cette preuve.* S'il invoque simplement ce fait qu'il n'a commis aucune faute, il ne peut échapper à sa responsabilité; le fait dont il s'agit est insuffisant pour l'exonérer.

Ont décidé en ce sens : Cass., 20 juin 1924 (*Rec. Gaz. Trib.*, 1925, 1, 21); Cour de Bordeaux, 29 oct. 1925 (*Id.*, 1er juillet 1926); Cour de Paris (5e Ch.), 18 oct. 1924 (*Id.*, 1925, 2, 246) ; Cour de Douai, 9 avril 1925 (*Id.*, 1925, 4, 16); Trib. civ. Seine (14e Ch.), 31 janv. 1925 (*Id.*, 1925, 2, 605) ; Cour de Montpellier, 25 mai 1926 (*Gaz. Trib.*, 16 juillet 1926).

La Cour de cassation s'est prononcée dans le sens de l'application de l'article 1.384. L'hésitation dans la jurisprudence des tribunaux et des Cours provient de l'application désirée de ce texte ; l'on considère comme impossible d'admettre que le « fait de l'homme » s'étend au maniement d'une machine douée d'un mouvement propre, surtout d'une machine telle que l'automobile, qui, à l'imitation d'un être vivant, par la combinaison très ingénieuse des rouages, s'alimente, produit de la chaleur et la transforme en mouvement, sans que le conducteur ait autre chose à faire qu'à surveiller le résultat visible de ce travail caché et indépendamment de lui. On estime que c'est précisément parce que le conducteur d'une automobile borne son effort à surveiller sa marche que sa responsabilité est, le cas échéant, régie par l'article 1.384 du Code civil.

Ces raisons sont-elles convaincantes? Nous ne le pensons pas; parce qu'il y a un acte initial qui est le « fait de l'homme », c'est-à-dire la mise en marche de la voiture qui lui obéit, soit pour accélérer, soit pour ralentir, soit pour subir une direction dans tel ou tel sens, soit pour reculer. Strictement, en droit, il nous apparaît que c'est l'article 1.382 qui devrait recevoir son application, comme dans le cas de l'accident causé par le chasseur maladroit qui blesse un voisin. Il semble que la préoccupation des Cours et tribunaux appliquant l'article 1.384 du Code civil est de chercher à éviter les accidents, de plus en plus fréquents, provenant d'un usage de plus en plus grand de l'automobile, en se montrant sévère vis-à-vis de l'automobiliste qui est présumé en faute, dès qu'un accident est arrivé. Ce n'est pas une raison de droit; c'est une raison de fait. La loi est ce qu'elle est; si elle est insuffisante, il appartient au législateur de la modifier ou de la compléter; il n'est pas chiche de ses interventions!

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

La grippe. Clinique, prophylaxie, traitement (1), par P. LEREBOULLET.

La grippe de 1918-1919 a ravagé l'humanité et provoqué des millions de morts. Si le mal a disparu, chaque année, quelques cas nouveaux font craindre une nouvelle et brusque extension; ils sont d'ailleurs difficiles à distinguer de certaines infections saisonnières banales, et notamment de la rhinopharyngite aiguë trop volontiers qualifiée de grippale.

S'appuyant sur les nombreux faits recueillis au cours de l'épidémie de 1918-1919, M. Lereboullet a voulu, dans un exposé bref et précis, mettre en lumière les principales données qui se dégagent de l'étude biologique et clinique de la grippe et surtout insister sur son traitement. Il n'a pas cherché à faire une analyse documentée des innombrables travaux parus. Il a écrit une étude vécue de la maladie telle qu'elle lui est apparue en 1918 et 1919 et telle qu'il l'a revue dans ces dernières années, non par foyers épidémiques, mais par cas isolés. Il y a toujours utilité à la bien connaître et à observer dans son examen et son traitement une série de règles qu'il met en relief.

Après avoir rappelé les notions épidémiologiques et bactériologiques établies actuellement sur la grippe et notamment les recherches récentes et suggestives sur le virus grippal et le *Bacillus pneumosintes*, il analyse les formes cliniques de la grippe, les modifications que lui imprime le terrain, les complications multiples qui peuvent survenir. Il consacre un court mais intéressant chapitre à l'étude anatomique et biologique de la maladie et à l'anergie grippale. Il donne toutes les précisions nécessaires sur la manière d'assurer la prophylaxie et le traitement de la grippe contre laquelle un médecin averti peut lutter d'une manière vraiment efficace, obtenant parfois de véritables résurrections.

Excellente monographie, d'une lecture aussi utile qu'agréable, et qui vient à son heure. L. BABONNEIX.

Les névroses dans l'alcoolisme et l'alcoolisme comme maladie « sui generis » (2), par le docteur Serge MIKHAILOFF, sous-directeur de l'Institut clinique antialcoolique, chef de la section et membre de l'Institut pour l'étude de cerveau et des fonctions psychiques de Pétrograd, présentement à Monte-Carlo.

Cet ouvrage consiste de deux parties ; la première est consacrée à l'étude de l'alcoolisme, strictement envisagée au point de vue purement médical, tandis que la seconde partie traite les questions des névroses causées par l'alcoolisme. Dans la partie du travail sur l'alcoolisme, en dehors de nombreux chiffres, l'intérêt particulier est fourni par l'étude du syndrome qui constitue l'alcoolisme comme une unité indépendante nosologique dans l'ordre général des maladies organiques et aussi par le tableau clinique de cette maladie, son étiologie, son évolution, son diagnostic, son traitement et son pronostic. Quant à la seconde partie de cet ouvrage, il ressort l'existence d'un lien étroit entre l'alcoolisme et les névroses générales. Cette partie contient une multitude de chiffres et de précieuses conclusions qui démontrent, non seulement le lien étroit existant entre l'alcoolisme et les névroses générales, mais établit aussi indiscutablement le fait que ces névroses se développent sur la base de l'alcoolisme et disparaissent simultanément avec la guérison des maladies de l'alcoolisme.

L'auteur de cet ouvrage n'est pas à son premier essai dans la littérature médicale et c'est son soixante-quatorzième travail dont nous présentons brièvement ici un compte rendu.

L. G.

(1) 1926, 1 vol. in-16, de 144 pages avec figures. — Prix : 8 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Un volume in-8. — Prix : 10 fr. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPR. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

De Grenoble a Vichy en autocar. — La route automobile des Alpes est reliée à celles de l'Auvergne par les autocars P.-L.-M. qui circulent, chaque jour et daus les deux sens, entre Grenoble et Vichy.

Le parcours, des plus intéressants, se fait par Villard-de-Lans, Pont-en-Royans, Valence, le Col des Fans, Saint-Agrève, Yssingeaux, Le Puy où l'on couche dans les deux sens, La Chaise Dieu, Olliergues, Pont de Dore et Thiers.

Prix : 210 fr.

Les voitures, qui réalisent les meilleures conditions de confort, partent, chaque jour, de Grenoble (place Grenette) et de Vichy (Parc).

Du 1er au 15 septembre, ce service n'aura lieu, au départ de Vichy et de Grenoble, que les lundi, mercredi et vendredi.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne titulaire et quatre places d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 18 novembre 1926. Les épreuves commenceront à 16 h. 30, à l'hospice général, salle des séances.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'administration, avant le 2 novembre 1926, à midi.

— Un concours pour la nomination à trois places d'interne titulaire et à trois places d'interne provisoire en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 9 décembre 1926. Les épreuves commenceront à 9 h. du matin, à l'hospice général, salle des séances.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général, avant le 24 novembre 1926, à midi. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Les traitements des médecins du cadre des asiles publics d'aliénés du département de la Seine sont fixés, à dater du 1er janvier 1925, de la manière suivante :

5e classe	21.000 fr.
4e classe	22.000
3e classe	23.000
2e classe	24.500
1re classe	26.000

Les médecins du cadre des asiles de province, entrant après concours dans le cadre des asiles de la Seine, sont nommés dans la classe comportant un traitement égal ou à défaut immédiatement supérieur à celui dont ils jouissaient dans leur situation précédente.

Dans les cas où ces praticiens sont nommés au traitement égal, ils conservent dans leur classe du cadre de la Seine l'ancienneté qu'ils avaient dans leur classe du cadre général. (*J. O.*, 12 août 1926.)

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION A TITRE POSTHUME. — Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Gaston Danne, directeur du laboratoire d'essais de substances radio-actives de Gif, ingénieur chimiste des plus distingués, élève du professeur Curie, a contribué par ses recherches personnelles à la découverte et à la mise au point de plusieurs appareils destinés au traitement du cancer. Malgré l'altération progressive de sa santé, a poursuivi ses travaux avec un véritable héroïsme. Est mort à quarante et un ans d'une anémie pernicieuse à allure foudroyante provoquée par l'action nocive et sournoise des rayons du radium ;

Et du docteur Maxime Ménard, chef du service de radiologie à l'hôpital Cochin. Martyr de la science, qu'il a servie avec la plus complète abnégation ; depuis 1908, n'a pas cessé de poursuivre, malgré plusieurs mutilations, ses recherches sur les applications thérapeutiques des rayons X. Est mort à cinquante-trois ans, d'un cancer de la face contracté ou cours de ses travaux.

MARINE. — La valeur de la bourse et du trousseau des élèves de l'Ecole principale du Service de santé de la marine a été fixée comme suit pour l'année scolaire 1926-1927 :

1° Bourse, 2.300 fr. ; 2° trousseau : 1re année scolaire, 4.500 fr. ; 2e année scolaire, 1.475 fr. ; 3e année scolaire, 1.975 fr. ; 4e année scolaire, 1.285 fr.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (*Année scolaire 1926-1927.*) — Examens. — 1° ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES. — Les

consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 4 octobre 1926.

Les limites des consignations pour ces examens sont fixées ainsi qu'il suit :

Le registre sera clos :

Pour le 1er examen, le mardi 15 février 1927; pour le 2e examen, le mardi 4 janvier 1927; pour le 3e examen (1re partie), le mardi 11 janvier 1927; pour le 3e examen (2e partie), le mardi 8 mars 1927; pour le 4e examen, le mardi 5 avril 1927; pour le 5e examen (1re partie), le mardi 10 mai 1927; pour le 5e examen (2e partie), le 31 mai 1927; pour la thèse, le 14 juin 1927.

Avis aux candidats ajournés (ancien régime). — Tout candidat ayant subi sans succès, dans les délais indiqués ci-dessus, une épreuve pratique ou orale entraînant un ajournement à une date postérieure au 1er juin et antérieure au 15 août, devra solliciter, de M. le Doyen, une abréviation du délai d'ajournement afin de renouveler l'épreuve avant les vacances.

Les demandes à cet effet (rédigées sur papier timbré et adressées au doyen) seront examinées par la Commission scolaire qui statuera sur chaque cas particulier.

Si le délai expire postérieurement au 15 août, le candidat ne pourra consigner de nouveau pour l'examen avant le 1er octobre suivant.

2º NOUVEAU RÉGIME D'ÉTUDES. — *Session d'octobre 1926.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1926, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1926, sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu vers le 25 octobre 1926. (Consulter en octobre les affiches manuscrites.)

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les lundi 4 et mardi 5 octobre 1926, de midi à 14 heures.

Session ordinaire 1926-1927. — Etudiants devant consigner pour l'examen de fin d'année en prenant la 2e, la 6e, la 10e, la 14e ou la 18e inscription en janvier 1927.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, à l'un ou l'autre des trois examens de clinique dans l'ordre choisi par le candidat, du 4 octobre 1926 au 31 mai 1927.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur livret individuel au guichet nº 3, chaque fois qu'ils consigneront pour un examen.

— EXAMENS DE CHIRURGIE DENTAIRE (session d'octobre 1926). — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 27 octobre 1926.

L'ouverture de la session est fixée au mercredi 3 novembre 1926.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, guichet nº 3, les lundi 4 et mardi 5 octobre 1926, de midi à 15 heures.

COURS ET CONFÉRENCES THÉORIQUES. — *Semestre d'hiver.* — Anatomie : 1re année, MM. les professeurs Nicolas et Rouvière.

Anatomie pathologique : 3e année, M. le professeur Roussy.

Bactériologie : 2e année, M. le professeur Lemierre et M. le professeur agrégé Philibert.

Chimie pathologique : 2e année, M. le professeur agrégé Blanchetière.

Embryologie : 1re année, M. le professeur agrégé Champy.

Médecine légale : 5e année, M. le professeur Balthazard et M. le professeur agrégé Duvoir.

Obstétrique : 3e année, M. le professeur agrégé Vaudescal.

Parasitologie : 3e année, M. le professeur Brumpt.

Histoire de la médecine : M. le professeur Ménétrier.

Physique : 2e année, M. le professeur Strohl.

Histologie : 1re année, M. le professeur Prenant.

Pathologie expérimentale et comparée : 3e année, M. le professeur Rathery.

Pathologie générale : 4e année, M. le professeur Marcel Labbé.

Pathologie médicale : 3e et 4e années, MM. les professeurs agrégés Aubertin et Lian.

Pathologie chirurgicale : 3e et 4e années, M. le professeur Lecène et M. le professeur agrégé Mathieu.

Pharmacologie : 5e année, M. le professeur Tiffeneau.

Thérapeutique : 5e année, M. le professeur Carnot et M. le professeur agrégé Harvier.

Stomatologie : 5e année, M. Frey, chargé de cours.

Physiologie : 2e année, M. le professeur agrégé Richet.

Semestre d'été. — Anatomie : 1re année, M. le professeur agrégé Hovelacque.

Anatomie topographique et médecine opératoire : 4e année, M. le professeur Cunéo.

Chimie biologique et pathologique : 2e année, M. le professeur Desgrez.

Histoire de la médecine : M. le professeur Ménétrier.

Histologie : 1re année, M. le professeur agrégé Verne.

Hygiène : 5e année, M. le professeur L. Bernard.

Obstétrique : 3e année, M. le professeur agrégé N...

Pathologie chirurgicale : 3e et 4e années, MM. les professeurs agrégés Cadenat et Mondor.

Parasitologie : 3e année, M. le professeur agrégé Joyeux.

Anatomie pathologique : 3e année, M. le professeur agrégé I. de Jong.

Pathologie expérimentale et comparée : 3e année, M. le professeur agrégé Garnier.

Pathologie médicale : 3e et 4e années, M. le professeur Sicard et M. le professeur agrégé Brulé.

Pharmacologie et matière médicale : 4e année, M. le professeur agrégé N...

Physiologie : 2e année, M. le professeur Roger.

Physique : 2e année, M. le professeur agrégé N...

Education physique : M. Chailley-Bert, chargé de cours.

Pour les jours et heures des cours et conférences, consulter les affiches spéciales et les horaires.

TRAVAUX PRATIQUES OBLIGATOIRES. — *Semestre d'hiver.* — 1re année : Dissection, histologie.

2e année : Physique médicale, chimie médicale.

3e année : Anatomie pathologique. Pathologie expérimentale. Parasitologie.

4e année : Pharmacologie.

5e année : Médecine légale.

Semestre d'été. — 1re année : Dissection, histologie.

2e année : Bactériologie, physiologie.

3e année : Manœuvres obstétricales.

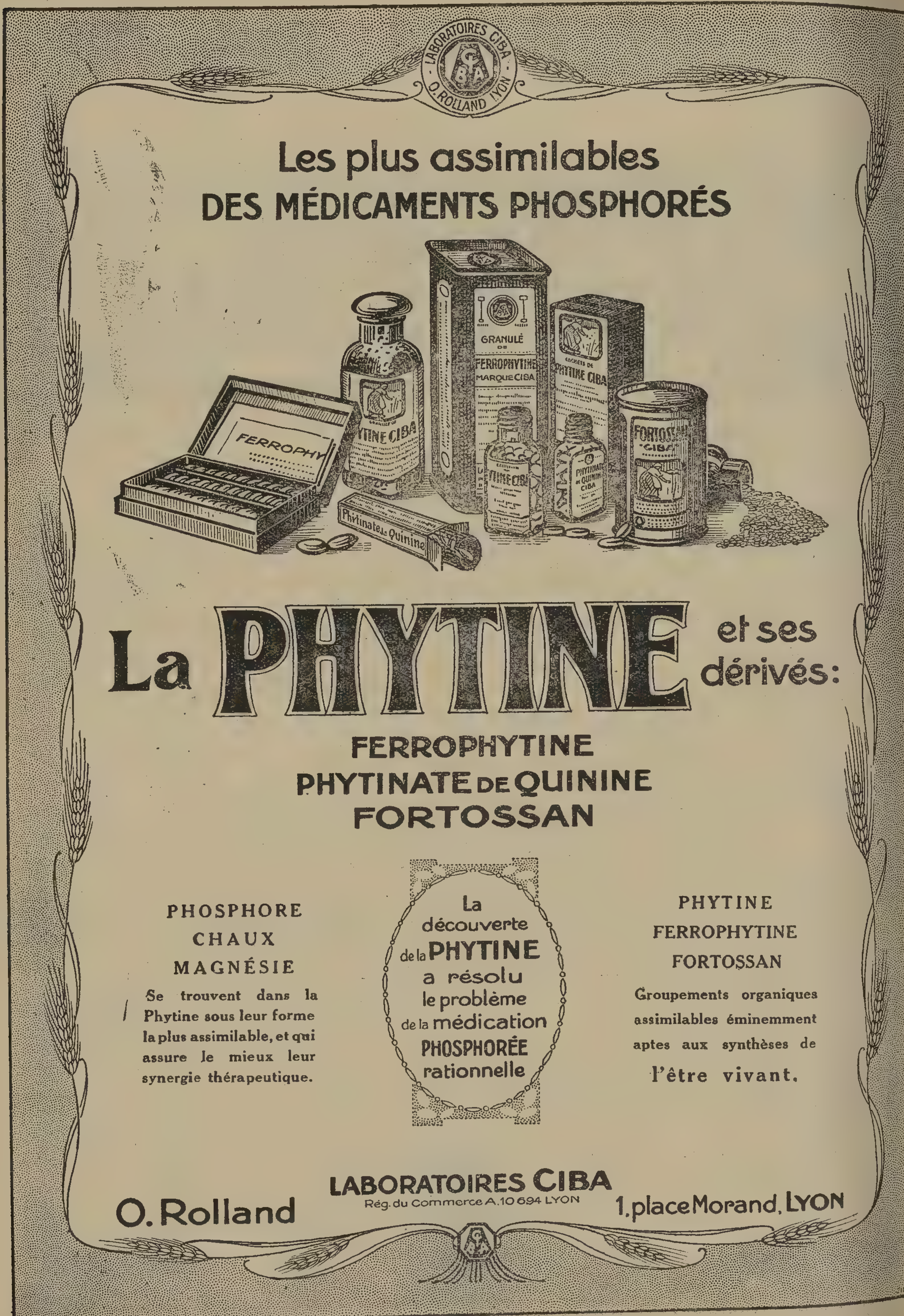
4e année : Néant.

5e année : Hygiène, thérapeutique.

Les travaux pratiques, auxquels sont astreints les élèves de 1re, 2e, 3e, 4e et 5e années, auront lieu dans les laboratoires de l'Ecole pratique, aux jours et heures indiqués aux horaires qui seront remis aux étudiants immatriculés.

La bibliothèque est ouverte tous les jours (sauf le dimanche), de 13 heures à 18 heures, et de 19 h. 1/2 à 22 h. 1/2.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Jean Coste, interne des hôpitaux de Lyon, décédé accidentellement à la Meije.


LABORATOIRES CIBA O. ROLLAND LYON
Les plus assimilables
DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
GRANULÉ DE FERROPHYTINE MARQUE CIBA
CACHETS DE PHYTINE CIBA
FERROPHY
FORTOSSAN CIBA
Phytinate de Quinine
La PHYTINE et ses dérivés:
FERROPHYTINE
PHYTINATE DE QUININE
FORTOSSAN
PHOSPHORE
CHAUX
MAGNÉSIE
Se trouvent dans la Phytine sous leur forme la plus assimilable, et qui assure le mieux leur synergie thérapeutique.
La découverte de la PHYTINE a résolu le problème de la médication PHOSPHORÉE rationnelle
PHYTINE
FERROPHYTINE
FORTOSSAN
Groupements organiques assimilables éminemment aptes aux synthèses de l'être vivant.
LABORATOIRES CIBA
Rég. du Commerce A.10 694 LYON
O. Rolland
1, place Morand, LYON

TEMPÉRATURE DE TYPE INVERSE

DANS LES

INFECTIONS INTESTINALES A COLI-BACILLES

Par le docteur GENARO GIACOBINI
(de Buenos-Ayres).

Dans cet article, je me propose de préciser, en séméiologie et en clinique médicale, l'existence d'un type fébrile *inverse*, c'est-à-dire avec exacerbation matinale et rémission vespérale, au cours des infections intestinales à coli-bacille.

La classification des types fébriles en régulier et inverse est dû à Traube, qui montra combien ce dernier est fréquent dans la phtisie pulmonaire. Brunnicke et Debeynski (de Copenhague) confirmèrent ces faits. Debeynski observe même le type inverse dans la phtisie aiguë à forme typhoïde et dans la pyohémie. Est-il bien caractérisé, il facilite le diagnostic, parfois si difficile, avec la fièvre typhoïde. Le type inverse de la fièvre précisera le diagnostic de tuberculose miliaire aiguë.

Eichhort l'observa dans les états de guérison de la fièvre typhoïde dont le processus fébrile se déroulait normalement, tandis que, les semaines précédentes, il y avait une exacerbation viscérale.

Jaccoud, dans sa *Clinique de la Pitié*, cite un cas de fièvre à type inverse.

J'ai constaté le même type dans les infections intestinales à coli-bacille. Infection bacillaire avec la température exacerbée le matin et rémission très marquée le soir, donnant l'impression d'une fièvre hectique, à cause de la chute, au-dessous de la normale, de la température aux heures du soir.

J'insiste, d'autre part, sur l'importance capitale de l'examen de l'urine dans les états fébriles comme constituant un grand complément de confirmation dans le diagnostic clinique d'infection dans l'intoxication intestinale à coli-bacille par l'*urobilinurie* marquée qui indique le degré de septicémie et de toxhémie de la flore intestinale virulente.

Le type inverse fébrile dans les infections intestinales à coli-bacille observé par moi, établit la relation évidente et concomitante de la température et des modifications urinaires chez les malades.

Si le médecin prend la température du malade en état d'apyrexie aux heures du soir, il ne pourra dire que celui-ci s'est guéri. Il examinera les urines, et s'il y a de l'*urobilinurie*, il devinera l'état fébrile existant, que confirmeront le thermomètre et le pouls, aux heures de la matinée.

De cette manière, le médecin sera cliniquement et séméiologiquement d'accord avec le malade, quand celui-ci expliquera qu'il ressent une poussée fébrile au cours d'une infection intestinale à coli-bacille, bien que le thermomètre ne l'enregistre pas le soir, de par le processus fébrile inverse qui le définit, et que corrobore, comme une preuve irréfutable, l'examen des urines, avec une évidente sédimentation urobilinurique.

LES PRÉPARATIONS DE CHAULMOOGRA

DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES CUTANÉES

Par le docteur CHARLES FOUQUET,
Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris,
Ancien assistant à l'hôpital Saint-Louis.

L'absence d'une médication vraiment spécifique des lésions tuberculeuses explique les très nombreuses thérapeutiques qui ont été proposées contre la tuberculose. A côté des agents physiques qui donnent des résultats très appréciables dans certaines formes, la chimiothérapie de la tuberculose est riche en médicaments variés qui ont leurs indications et dont quelques-uns ont fait leur preuve. Néanmoins, tant que nous n'aurons pas à notre disposition la médication vraiment spécifique, le champ reste ouvert à de nouvelles recherches.

Parmi les médicaments qui semblent avoir une action élective sur le bacille de Koch et les lésions qu'il produit, l'huile de chaulmoogra et les nombreuses préparations qui en dérivent occupent une place que les résultats semblent bien justifier.

L'huile de chaulmoogra s'extrait de plusieurs végétaux tropicaux, en particulier des semences du Taraktogenos Kurzii, arbre de la famille des Bixacées, originaire du Laos.

L'huile de chaulmoogra, employée empiriquement aux Indes pendant fort longtemps contre la lèpre, a été ensuite scientifiquement étudiée. Son action ainsi que celle de ses éthers éthyliques, introduits dans la thérapeutique par Holmann et Dean, des îles Hawaï, a donné lieu, à la dernière Conférence internationale de la lèpre, à Strasbourg, en 1923, à de nombreux rapports et communications.

***

Les analogies qui existent entre le bacille de Koch et le bacille de Hansen ont amené un certain nombre de médecins à essayer les préparations de chaulmoogra dans la tuberculose. Dans un article documenté, Pomaret (1) rappelle que G. Lion semble être le premier qui ait essayé l'huile de chaulmoogra chez les tuberculeux, mais il dut y renoncer à cause des troubles digestifs observés. En 1916, le même auteur obtint, avec des injections d'huile de chaulmoogra colloïdale, des amélioration manifestes chez des sujets porteurs de lésions tuberculeuses peu avancées.

Sir Léonard Rogers (2) essaya les gynocardates et les morhuates et signala la guérison de 17 cas de tuberculose ganglionnaire par cette médication.

En 1918, Hernandez (3) obtint, dans plusieurs cas de tuberculose pulmonaire, une grande amélioration de l'état général, la suppression de la fièvre et la disparition des bacilles dans les crachats.

Quand les éthers éthylchaulmoogriques furent

---

(1) POMARET (de Paris). Etat actuel du traitement des tuberculoses par les chimiothérapies antilépreuses, *Progrès méd.*, 18 avril 1925, no 16, p. 567.

(2) S. L. ROGERS. L'huile de chaulmoogra dans la lèpre et la tuberculose, *Lancet*, 4 juin 1921, no 510, et *Brit. med. Journ.*, 8 fév. 1919.

(3) J. HERNANDEZ. Traitement de la tuberculose par l'huile de chaulmoogra, *Revista de higiena y tuberculosa*, Valence, 31 oct. 1918, no 125.

connus, M. Aronstam (1) chercha à les employer dans quelques variétés de tuberculose cutanée (érythème induré, tuberculides) et il conclut de ses essais à une action manifeste. Lukens (de Détroit) essaya les éthers éthylchaulmoogriques dans le traitement de la tuberculose laryngée, Cowen dans celui de la tuberculose rénale; tous les deux avec des résultats très encourageants.

Pomaret (2) a rapporté les bons effets obtenus de l'emploi de nouvelles préparations, l'éther éthylmorhuique et l'éther mixte chaulmoogro-morhuique ou chaulmorhuate d'éthyle en véhicule huileux contenant les vitamines A liposolubles de l'huile de foie de morue.

Cette préparation, dont l'efficacité semble bien établie, n'est pas d'un emploi facile dans le traitement des tuberculoses cutanées, en particulier du lupus ; nous avons eu recours à une nouvelle préparation, sous forme de pommade, d'une application très facile dans le traitement du lupus de la peau et des muqueuses.

Dans cette nouvelle préparation, l'huile de chaulmoogra en nature est associée à l'acide élaiérinique, acide extrait du suint de mouton par Chevreul et bien étudié par R. Gravelaine sous le nom de lipol. L'acide élaiérinique ou lipol est dépourvu de causticité et jouit d'un pouvoir de pénétration très marquée à travers les couches de la peau.

*
* *

L'action élective de l'huile de chaulmoogra pour le bacille de Koch a été démontrée in vitro de plusieurs façons.

Otto Schölbl (3) a constaté qu'en ajoutant l'huile de chaulmoogra à la gélose d'un milieu de culture, on entravait le développement des bacilles acido-résistants. Sir Léonard Rogers, de son côté, a montré que les dérivés chaulmoogriques sont, in vitro, cent fois plus bactéricides pour les acido-résistants que le phénol.

Quant à l'action de l'huile de chaulmoogra sur le bacille de Koch, Rogers estime que ce corps agit sur les acides gras (lipolyse) de l'enveloppe des bacilles. Cette enveloppe détruite, les bacilles morts mettraient en liberté des antigènes immunisants.

Or, de nombreux auteurs ont montré que dans la tuberculose, le taux de la lipase sanguine est considérablement abaissé. Comme l'écrit Pomaret : « Dans l'infection tuberculeuse comme dans la lèpre, la lutte entre le parasite et l'organisme s'établit entre la carapace ciro-graisseuse et la lipase humorale et l'on ne peut concevoir l'action favorable des phagocytes qu'après dissolution de l'enveloppe cireuse du bacille, mettant en liberté les antigènes intra-cellulaires, qui, à leur tour, suscitent une immunité active de l'organisme contre l'infection. »

La pommade au chaulmoogra lipolé a donc les avantages suivants. Par l'huile de chaulmoogra, elle agit électivement sur le bacille de Koch dont elle dissout l'enveloppe cireuse; par son véhicule lipol, elle possède une grande puissance de pénétration à travers les tissus cutanés, surtout les tissus lupiques dont la résistance est déjà diminuée. Si on ajoute à ces propriétés, son action décongestionnante et cicatrisante, son absence de causticité qui la fait bien tolérer même par les muqueuses, on peut dire qu'elle constitue le meilleur et le plus actif des topiques proposés pour le traitement du lupus.

*
* *

La pommade au chaulmoogra lipolé peut être employée de plusieurs manières (1).

On peut l'employer en applications simples, faites sur les lésions matin et soir, recouvertes d'une gaze aseptique. Dans d'autres cas, il y a utilité à faire précéder l'application de la pommade d'une séance de scarifications linéaires quadrillées. Enfin, dans les formes ulcérées avec infiltrations profondes et fongosités, on n'appliquera la pommade qu'après avoir fait un curettage sérieux, après anesthésie locale, de la lésion lupique.

Après quelques séances, on assiste au changement de coloration de la région atteinte qui de rouge foncé devient rose et enfin blanche, à la cicatrisation plus ou moins rapide des lésions ulcérées.

En dehors de notre pratique personnelle, cette médication nouvelle du lupus est expérimentée dans plusieurs services de l'hôpital Saint-Louis à Paris, ainsi qu'à l'étranger.

Le docteur E. Bertin, médecin des hôpitaux de Lille a bien voulu nous communiquer quelques observations de lupus avec résultats satisfaisants.

L'application de la pommade au chaulmoogra lipolé trouve d'autre part son indication dans le traitement des adénites tuberculeuses et des tumeurs blanches, comme mode de pansement après ouverture chirurgicale.

(1) N. Aronstam. *Urologic and cutan. Review*, déc. 1922, n° 12, p. 770.

(2) Pomaret, Pernet et Minvielle. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 janv. 1925.

(3) Otto Schölbl (Amérique). Expériences chimiothérapiques avec le chaulmoogra et les préparations dérivées, *Philippine Journ. of sciences*, 1923, t. XXIII, p. 533, et 1924, t. XXIV, n° 1.

(1) Ch. Fouquet. La pommade au chaulmoogra lipolé dans le traitement des tuberculoses cutanées, *Soc. de méd. de Paris*, 27 mars 1926, p. 235.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

CANCER DU COL UTÉRIN ET GROSSESSE DIAGNOSTIC ET CONDUITE A TENIR

Par M. le docteur Bourret,

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon, Accoucheur de la Maternité du Creusot.

Malgré la rareté incontestable de la coexistence d'une grossesse et d'un cancer du col utérin, le diagnostic précoce d'une pareille complication a une telle importance et comporte pour le médecin une telle responsabilité au point de vue de la conduite à tenir, que cette question mérite d'être soigneusement étudiée.

Le diagnostic d'abord se pose en pratique dans deux sortes de circonstances cliniques :

Premier cas. — Chez une malade atteinte de cancer facile à mettre en évidence par le simple toucher existe en même temps une grossesse qu'il s'agit de ne pas laisser passer inaperçue : bien entendu, dans ces cas, les hémorragies masqueront la suppression des règles, les troubles de l'état général les premières manifestations de la gravidité; le col malade ne subira pas des modifications caractéristiques au toucher; seule la consistance du corps utérin et son développement rapide pourront attirer l'attention, mais à la condition bien entendu qu'on les recherche ; d'où cette conclusion : lorsqu'une malade qui n'a pas dépassé la période d'activité géni-

tale vient vous consulter ne commettez pas l'imprudence de faire le diagnostic de cancer du col par le simple examen au spéculum ou le toucher seul, n'oubliez pas le toucher combiné au palper abdominal afin de vous rendre compte du volume et de la consistance du corps utérin; ce sera la seule façon d'éviter un diagnostic incomplet et de ne pas laisser échapper la coexistence d'une grossesse et d'un cancer du col.

Deuxième cas. — Si la précision du diagnostic dans le cas précédent peut sembler, jusqu'à un certain point, n'être qu'une satisfaction d'amour-propre, il n'en n'est certes plus de même lorsque chez une personne qui présente tous les signes d'une grossesse indiscutable, il s'agit de dépister, si possible dès ses premières manifestations, le développement du cancer; un diagnostic précoce a en effet alors une importance capitale plus encore peut-être qu'en dehors de la gravidité, car chez la femme enceinte le cancer se développe avec une rapidité souvent surprenante et a, par conséquent, bien des chances de devenir rapidement inopérable.

Aussi ne saurions-nous trop insister sur l'importance de cette règle, dont on ne saurait exagérer la rigueur : toute hémorragie survenant au cours de la grossesse est une anomalie dont le médecin, à défaut de la malade, a le devoir de se préoccuper et dont il doit toujours reconnaître la cause.

Le cancer du col au cours de la grossesse comme en dehors d'elle se manifestera, en effet, d'abord par des hémorragies intermittentes spontanées ou à la suite du plus léger traumatisme, puis plus tard seulement par des écoulements leucorrhéiques, sanieux et fétides. Chez toute femme enceinte présentant une perte sanguine, quelle qu'en soit l'importance, il est donc formellement indiqué de pratiquer un examen par le toucher, par le toucher et le palper abdominal combinés, et enfin par la vue grâce à l'emploi du spéculum.

Ces modes d'examen joints aux anamnestiques permettront facilement de reconnaître si l'hémorragie est due à :

Une menace d'avortement;
Une rétention cotylédonaire consécutive à un avortement;
Une grossesse extra-utérine;
Une grossesse molaire;
Une grossesse avec insertion basse du placenta;
Une grossesse avec polype du col.

Ou à un cancer en voie de développement : le plus souvent malheureusement celui-ci au moment où l'on sera consulté sera suffisamment avancé pour qu'il ne puisse y avoir de doute sur la nature des bourgeons que le doigt perçoit et que l'œil découvre au spéculum. Plus encore qu'en dehors de la gravidité, dans l'état actuel de l'éducation médicale du public, les pertes sanguines peu abondantes et non douloureuses n'inquiètent pas la femme enceinte, et comme d'autre part, au cours de la grossesse, la marche du cancer est très nettement accélérée, il en résulte que, plus encore qu'à l'état normal, les malades consultent généralement trop tard.

Ce n'est donc qu'assez exceptionnellement, si l'on a la chance de tomber sur un cas au début, que le diagnostic pourra présenter quelques difficultés, car alors il sera à faire avec toutes les ulcérations et les hypertrophies du col : les hémorragies facilement provoquées par le simple toucher ou par le coup d'ongle (Laroyenne) et l'aspect frai de grenouille de l'ulcération seront en faveur de la nature cancéreuse; la consistance cartonnée ou ligneuse plaidera plutôt pour l'origine syphilitique; mais souvent dans ces cas difficiles le diagnostic exact ne pourra être tranché que par un traitement spécifique d'essai, ou même par l'examen histologique d'un morceau du col.

Le diagnostic de coexistence d'une grossesse et d'un cancer du col utérin étant établi, quelle sera la conduite à tenir? Elle variera nécessairement suivant les circonstances, et à ce point de vue encore les cas cliniques se divisent tout naturellement en deux catégories : la première comprenant ceux où la thérapeutique ne se discute pas, imposée qu'elle est par les conditions mêmes où se fait le diagnostic; la seconde, ceux où l'on peut hésiter sur la meilleure marche à suivre.

I. Dans la première, nous rangerons les trois groupes de faits suivants :

1. Ceux où le cancer n'est diagnostiqué qu'au moment de l'accouchement ou au voisinage du terme. Si autrefois on a pu discuter pour savoir ce qui valait le mieux de l'accouchement par les voies naturelles ou de l'intervention abdominale, actuellement les avantages de cette dernière ne sont plus discutables : la césarienne sauvegarde au maximum les intérêts de l'enfant, et les dangers qu'elle peut encore faire courir à la mère sont vraiment bien minimes comparés à ceux qui accompagnent l'expulsion ou l'extraction par la voie vaginale : efforts d'expulsion épuisants pour une malade déjà affaiblie, dangers d'hémorragies et de rupture, infection puerpérale consécutive à peu près fatale. Mieux vaut donc renoncer d'emblée à toute intervention obstétricale et pratiquer le plus tôt possible une césarienne; celle-ci étant suivie d'un Wertheim si le cancer est jugé opérable, d'une amputation utérine genre Porro s'il ne l'est pas, cette opération ayant pour but de mettre la malade à l'abri de l'infection postopératoire.

2. Ceux où l'on a la satisfaction de constater un cancer du col tout à fait au début de son évolution : le fait de la coexistence de la grossesse ne doit pas priver la mère de la seule chance de guérison qu'elle a : une ablation aussi large et aussi rapide que possible de la tumeur; mais le fait de la gravidité impose un diagnostic certain de la malignité, diagnostic qui, dans ces cas au début, ne pourra guère être fixé que par l'examen histologique d'un morceau du col; cette précaution nous paraît indispensable pour justifier pleinement l'intervention dans ces cas et le sacrifice de la grossesse qui en résulte.

3. Ceux, enfin, où à l'inverse des précédents, le premier examen qui fixe le diagnostic permet d'établir en même temps l'inopérabilité indiscutable du cancer. La thérapeutique devra alors se borner à soutenir et à fortifier l'état général, à calmer les douleurs par la morphine et à imposer un repos aussi complet que possible pour tacher d'amener la malade aussi près que possible du terme. Le traitement des complications locales ne sera pas non plus négligé : il consistera à lutter contre l'infection par les injections antiseptiques et désodorisantes, contre les hémorragies par des injections très chaudes, et des attouchements des bourgeons néoplasiques à l'antipyrine, à l'eau oxygénée, à l'acétone ou au carbure de calcium. Le curettage ainsi que toutes manœuvres traumatisantes sur le col seront naturellement à éviter. L'emploi du radium dans ces cas devra se borner à des applications sur la surface externe du col; il ne pourra alors agir que comme palliatif; mais un effet, même temporaire, n'est pas à dédaigner et son emploi constitue peut-être à l'heure actuelle le meilleur moyen de désinfecter le vagin en réalisant avec le minimum de traumatisme la dissociation des masses bourgeonnantes.

II. Dans la seconde catégorie doivent prendre place :

1. Les cas où les lésions sont reconnues à la limite de l'opérabilité. Celle-ci déjà souvent difficile à déterminer pour un utérus normal, le devient plus encore lorsqu'il s'agit d'un utérus gravide : l'imbibition des tissus du fait de la grossesse d'une part, et d'autre part la formation du segment inférieur, ne permettent de se rendre compte qu'assez imparfaitement de la mobilité utérine, condition primordiale de la possibilité d'opérer; aussi pour fixer ou non l'utilité de l'opération fera-t-on bien de se baser non seulement sur les résultats de l'examen local, mais aussi sur ceux de l'état général; on recherchera donc les signes d'affaiblissement, de cachexie, les œdèmes des jambes, la coexistence de l'albuminurie qui rendraient l'opération trop aléatoire aussi bien dans ses suites immédiates que dans ses suites lointaines.

2. Ceux où le diagnostic de la tumeur est fait au voisinage de la viabilité du fœtus; c'est alors que peut se poser au médecin l'un des problèmes les plus angoissants qu'il puisse avoir à résoudre : en présence d'un cancer utérin qui au sixième mois par exemple est reconnu à la limite de l'opérabilité, doit-il prendre la responsabilité de laisser aller les choses pour sauver l'enfant ou celle de sacrifier celui-ci pour essayer de guérir la mère? On ne peut bien entendu répondre à pareille question en donnant une règle fixe et immuable, ce sera un problème à résoudre suivant les données de chaque cas particulier en tenant compte de ce fait que toutes les fois que la réussite immédiate et éloignée de l'opération paraîtra quelque peu problématique ce doute devra faire pencher en faveur de l'abstention.

Cette considération mérite du reste d'être retenue comme directive générale dans la conduite à tenir dans les cas de grossesse compliquée de cancer du col utérin, et, d'après les opinions chirurgicales et obstétricales les plus autorisées,

nous résumerions volontiers de la façon suivante la règle la plus sage à l'heure actuelle : le chirurgien est en droit de faire bénéficier la mère des chances de l'opération immédiate toutes les fois qu'il a la conviction de la curabilité de la tumeur (J.-L. Faure, Pollosson), mais dès que cette conviction cesse d'exister c'est un devoir pour l'accoucheur de sauvegarder le fœtus par l'abstention opératoire (Pinard, Lepage).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 JUILLET 1926)

Activation de la cicatrisation des plaies par des extraits d'embryons ou de peau en régénération. — MM. Carnot et Terris ont appliqué au traitement d'ulcères rebelles et de lésions cutanées, la méthode générale décrite par Carnot depuis 1900 et qui consiste à stimuler les proliférations cellulaires par des « cytopoiétines » extraites de l'embryon, ou d'organes en active régénération.

Les auteurs utilisent notamment dans ce but des extraits glycérinés de peau (prélevée chez des lapins, dix jours après de multiples scarification superficielles).

Même sur des ulcères trophiques, consécutifs à des brûlures, à des radiodermites, sur des ulcères variqueux, et surtout sur des plaies étendues à cicatrisation lente, des applications locales de poudre d'embryon ou d'extraits de peau scarifiée, accélèrent notablement la réparation cutanée.

Action de la cocaïne sur les centres corticaux. Etude quantitative. — M. A. Rizzolo, M. et Mme A. Chauchard montrent que l'injection péritonéale d'une solution de cocaïne détermine sur les centres de l'écorce cérébrale d'une diminution, puis une augmentation de la chronaxie. Les modifications de la chronaxie, au lieu de se localiser d'abord sur le centre de l'orbiculaire, comme cela se produit quand la substance est appliquée sur l'œil, se manifestent simultanément et d'emblée sur les autres centres corticaux.

Modification de la radiosensibilité de l'ovaire chez la lapine par ligature temporaire des vaisseaux pendant l'irradiation. — MM. Ferroux, Jolly et Lacassagne constatent que l'arrêt de la circulation pendant la durée de l'exposition aux rayons X diminue la radiosensibilité. Dans l'ovaire de la lapine, cette réduction se traduit par des altérations moins graves et moins généralisées des follicules, par une réparation plus rapide de la glande interstitielle et une évolution plus précoce des follicules épargnés.

La fonction thiopexique de la surrénale. — MM. Loeper, Garcin et Lesure montrent que l'augmentation du soufre sanguin chez les malades addisoniens et chez les animaux surrénalectomisés est à peu près constante et tend déjà à prouver l'action de la surrénale sur le métabolisme du soufre.

Cette action se confirme dans le dosage comparé du soufre contenu dans l'artère et la veine surrénales, la veine contenant moins de soufre que l'artère ; dans le dosage du soufre contenu dans le parenchyme surrénal lui-même qui est un des plus riche de l'économie; dans le dosage aussi du pigment qui est d'après les auteurs fortement soufré.

Cette fonction de fixation se complète par une fonction d'oxydation, car le sang des mélanodermiques et des surrénalectomisés donne un rapport de soufre oxydé très inférieur à la normale et le sang de la veine contient plus de soufre oxydé que celui de l'artère.

La surrénale possède donc une double fonction thiopexique et thiooxydante.

M. Blanchetière a observé avec M. L. Binet des faits confirmatifs.

MM. Comandon et de Fonbrune montrent, à l'aide d'un film cinématographique, comment s'effectue la *sortie de l'hémoglobine* lorsqu'on hémolyse les globules rouges par différents réactifs (eau, saponite, bile). Ils admettent que l'hémoglobine est en solution dans un discoplasme liquide.

La décoloration du globule est précédée par un *choc* indiquant la rupture d'une pellicule superficielle en un point d'où l'on voit sortir un *jet* coloré.

MM. Comandon, de Fonbrune et R. Weill projettent des vues cinématographiques représentant des *nématocystes*, sur frottis desséchés, dont ils obtiennent la dévagination ralentie, par les procédés déjà décrits par R. Weill.

Origine de l'acidité gastrique. Formation d'acide chlorhydrique libre par dialyse élective de la solution d'un chlorure neutre. — MM. Mestrezat et P. Girard. Le caractère *ionique et sélectif* de la perméabilité cellulaire favorise le passage des ions (Cl)— des chlorures. Le principe de la neutralité ne pouvant les laisser subsister libres, les ions (H)+ de l'eau dissociée fournissent une molécule d'HCl. C'est ainsi que la diffusion sur une baudruche d'une solution de $BaCl^2$ neutre fait apparaître HCl dans le milieu extérieur. L'expérience réussit avec des baudruches soigneusement décalcifiées ou formolées, l'invulnérabilité des membranes utilisées étant la condition essentielle de la production du phénomène.

L'acide *chlorydrique libre* fourni a été isolé *en nature* et caractérisé. Les quantités obtenues sont de l'ordre de 10 à 30 milligrammes par litre seulement, mais le fait n'a qu'une importance relative. Les exemples sont nombreux de l'utilisation d'une molécule de première utilité en quantité minime et de sa concentration ultérienre. Le phénomène initial a seul été considéré.

Détermination d'une polyglobulie permanente par embolie pulmonaire mécanique. — MM. Léon Binet et R. Williamson montrent, que chez le lapin, l'embolie pulmonaire par de la poudre de lycopode stérilisée peut déclancher l'apparition d'une polyglobulie évoluant en deux poussées : la première, de courte durée, semble sous la dépendance de l'asphyxie (elle répond à la phase où l'animal semble souffrir), la seconde, tardive, apparaît après deux ou trois semaines; elle est progressive, atteignant son maximum vers le troisième ou le quatrième mois, accentuée (élévation de 3 millions de globules rouges dans un cas), durable (plus de six mois), générale (dans le sang périphérique et dans le sang central ; elle ne coïncide avec un autre signe de souffrance de l'animal).

Teneur en glutathion réduit de quelques glandes du chien. — MM. A. Blanchetière et Léon Binet rapportent le résultat de leurs dosages de glutathion dans les diverses glandes du chien (foie, surrénale, thyroïde, pancréas, ovaire, testicule) ; ils insistent sur la teneur élevée des glandes en glutathion réduit : la glande surrénale est, à ce point, particulièrement remarquable, donnée qui est à rapprocher des constatations récentes faites par M. Lœper.

Production de rayonnement lumineux et ultra-violets au sein de l'eau et des substances orgniques soumises aux radiations. — M. Lucien Mallet. La luminescence produite sous l'influence des rayons pénétrants X et paraît être un phénomène assez général en relation avec l'ionisation des atomes; l'auteur a observé le phénomène pour le cas particulier de l'eau et des substances organiques soumises aux rayons γ; la lumière produite est blanche et n'est bien visible qu'après une adaptation de quinze minutes dans l'obscurité.

Les effets de noircissement photographique sont environ cinq à six fois plus intenses que ceux produits par le rayonnement γ seul.

L'étude par absorption dans le quartz montre que cette luminescence comporte également de l'ultra-violet au-dessous de 3 000 ampères; ces constatations font entrevoir l'action particulière que peut jouer la luminescence dans les phénomènes physico-chimiques produits par les rayons X et γ.

Sur le mécanisme de la vaso-constriction provoquée par le violet cristallisé. — MM. A. Alivisatos et Fernand Mercier ont constaté que l'injection intraveineuse de violet cristallisé provoque chez le chien une vaso-constriction marquée d'origine périphérique qui n'est pas due à une excitation du sympathique et qui semble résulter d'une action directe sur la fibre musculaire des vaisseaux.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1926)

Calcul du péritoine trouvé chez un enfant au cours d'une opération de hernie inguinale longtemps maintenue par un bandage. — M. Huc. *(Présentation de pièce.)*

Anurie secrétoire. Décapsulation rénale. Guérison. — M. Larget.

Un cas anormal de tuberculose pulmonaire avec déterminations suppuratives extra-pulmonaires. — M. Dupont.

Un cas de pneumotyphoïde. — M. Dupont.

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1926)

Etats infectieux épidémiques à colibacille. — M. Tessyre.

Trois cas de hernies congénitales d'un type rare. — M. Lamare.

Un cas rare de dystocie possible. — M. Lamare.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(JUIN 1926)

Exostoses ostéogéniques multiples. — M. Cassoute présente un enfant de onze ans atteint d'exostoses ostéogéniques multiples. L'auteur rappelle que les travaux récents n'ont pas avancé la question de la pathogénie et du traitement de cette affection. Il se propose d'essayer le traitement par les rayons ultraviolets.

Inversion complète des organes. — M. Cassoute présente une fillette de huit ans ayant une inversion complète de tous les organes. Des épreuves radiographiques confirment les résultats de l'examen clinique.

Calcul secondaire urétro-vésical de 15 centimètres de long. Extraction. Guérison. — M. Martin-Laval présente un calcul de forme boudinée, du volume du doigt et qui, brisé sur une partie de sa longueur, laisse voir au centre une tige d'herbe autour de laquelle s'est développé en un mois, grâce à l'infection concomitante, ce volumineux calcul. L'extraction fut faite par cystostomie. L'auteur attire l'attention sur la longueur du calcul, 15 centimètres, et la rapidité de sa formation, un mois.

Rhumatisme cardiaque évolutif avec endocardite mitrale chez l'enfant. Insuffisance pulmonaire transitoire. — MM. Payan, Massot et Perrimond. Enfant de quatorze ans, porteur d'une endocardite à forme de rhumatisme cardiaque évolutif. Observé pendant huit mois, ce malade présenta, avec un début pseudo-méningé, une atteinte marquée de la mitrale et du myocarde, une hypertension précoce de la petite circulation, un souffle transitoire d'insuffisance pulmonaire. Mort rapidement par thrombose cardiaque à la suite de grippe avec complications respiratoires.

Des formes de début de la paralysie infantile. Six cas à début méningé. — MM. Louis Payan et Marc Massot ont rassemblé 96 cas de paralysie infantile survenus à Marseille entre janvier 1919 et mai 1926 (dont 48 en 1925-1926). Dans 28 cas la modalité clinique du début a pu être reconstituée en détail; dans 19 cas ce début a revêtu une allure infectieuse plus ou moins banale; dans 3 cas il a revêtu l'allure paralytique d'emblée. Dans 6 cas, enfin, début méningé. Pas de forme méningée pure. Dans 3 cas les accidents méningés ont précédé les paralysies. Parfois précédés de troubles infectieux, les accidents méningitiques purs ont pu ouvrir la scène clinique. A noter surtout la fréquence de l'hérédo-syphilis qui s'est retrouvée 3 fois dans les antécédents des malades. Il semble logique d'admettre que l'atteinte des méninges par la syphilis a sensibilisé celles-ci et les a rendues plus aptes à subir l'action du virus poliomyélitique.

Résultats de la cure hypotensive sans médicaments dits hypotenseurs. — M. Ch. Mattei a essayé d'agir sur la tension artérielle sans médicaments hypotenseurs.

Par la réduction du travail du cœur (purgation drastique, repos, régime, accroissement de la diurèse).

Par l'accroissement de l'énergie cardiaque (solubaïne, digitale, scille).

La tension des malades ainsi traités était observée à heure fixe et dans des conditions physiologiques identiques ainsi que le taux des urines et de l'azotémie, les variations du poids et des signes physiques et fonctionnels liés à l'hypertension.

Les résultats observés ont été les suivants : avec les drastiques, résultats immédiats mais passagers même chez les malades dont les évacuations furent moyennes, par influence dépressive sur le système neuro-végétatif. Les toni-cardiaques et les diurétiques agissent d'une façon moins évidente mais certaine et semblent régulariser et renforcer l'amélioration obtenue. Le régime et le repos ont une réaction très nette, mais rendue durable par celle des précédents moyens thérapeutiques.

Chez 36 grands hypertendus (au dessus de 23-12) : à la période de latence 90 p. 100 des cas ont montré des résultats favorables : la pression artérielle a pu être ramenée progressivement et pour longtemps à des chiffres voisins de la normale. A la période troublée, même résultats pour la maxima, mais la pression diastolique, encore réductible assez parallèlement à la maxima, présente des réductions moins étendues et moins fréquentes (résultats nuls dans 30 p. 100 des cas). A la période de défaillance cardiaque, résultats infiniment moins favorables. La diminution nette et durable de l'hypertension avec réduction maximale et minimale appréciable ne se voit que dans 30 p. 100 des cas.

Chez 12 hypertendus moyens, Mx et Mn sont abaissés aussi fréquemment à la période de latence qu'à la période troublée. A noter seulement pour cette dernière la rareté des dénivellations marquées de la minima sous l'influence de la cure. Dans l'ensemble, résultats assez fréquents, réguliers, fidèles dont la valeur semble surtout résider dans la réduction contemporaine de Mx et Mn dans 90 et 70 p. 100 des hypertendus sans défaillance cardiaque, dans l'évolution favorable de la différentielle et l'amélioration durable des signes fonctionnels et généraux.

Résultats de l'opothérapie thyroïdienne chez certains hypertendus. — M. Ch. Mattei. Chez 3 hommes et une femme myxœdémateux (rencontrés sur 150 hypertendus examinés), âgés de cinquante à soixante-cinq ans, dont l'hypertension variait de 18-12 à 24-15, le traitement hypotenseur habituel, resté sans résultat employé seul, a été heureusement complété par l'opothérapie thyroïdienne. Un de ces cas n'a pu être suivi à cause de son départ de Marseille. Chez les autres, le taux des urines augmenta de 800 à 1 500 et 2 000 par jour, la constante d'Ambard fut abaissée de 0,12, 0,14 à 0,08, 0,09, le poids diminua de 6 à 8 kilos en trois à cinq semaines, la pression artérielle fut nettement réduite surtout en ce qui concerne la minima. De plus accroissement de l'indice oscillométrique.

Action de l'émétine sur les hémoptysies tuberculeuses. — MM. Ch. Mattei et R. Acquaviva. Le chlorhydrate d'émétine a été employé sur des tuberculeux pulmonaires présentant des hémoptysies évolutives faites de sang rouge vif spumeux et abondant, c'est-à-dire encore loin de leur terminaison spontanée. On injectait 0g08 par jour pendant quatre jours consécutifs. Dans douze observations semblables l'hémoptysie a résisté régulièrement à la médication ou n'a subi que des réductions négligeables.

Une étude faite sur la tension artérielle de certains de ces malades a montré que l'action hypotensive de l'émétine était très négligeable et frappait la maxima. Cette action légèrement hypotensive nous a paru d'ailleurs ne pouvoir faire préjuger de l'efficacité du médicament contre les hémoptysies en général. L'hypotension maxima légère observée dans la grande circulation après l'emploi de l'émétine ne nous éclaire pas en effet sur l'état de la petite circulation cardio-pulmonaire dont dépendent généralement les hémorragies de la tuberculose pulmonaire.

On ne peut considérer comme vraiment antihémorragique le médicament qui après quatre jours de cure soigneuse ne donne aucun résultat appréciable, c'est pourquoi nous pensons que le chlorhydrate d'émétine dans les cas d'hémoptysies non susceptibles de terminaison spontanée prochaine est un remède inefficace ou infidèle.

Rythme d'élimination urinaire de l'émétine et hématuries bilharziennes. — M. Ch. MATTEI, à propos d'un cas de bilharziose vésicale, fait ressortir le synchronisme qu'il a constaté entre les périodes d'élimination urinaire de l'émétine et la disparition passagère des hématuries bilharziennes. Il rappelle que l'élimination de l'émétine, régulièrement croissante à mesure que se succèdent les injections, se continue par à-coups pendant une période variant de quarante jours à soixante jours pour une dose totale de 0g48. Chez le malade étudié, dès les premières injections (0gr08 par jour) disparition complète des mictions sanglantes avec persistance très régulière de trente-huit à quarante-trois jours entre chaque série de piqûres.

REVUE DES THÈSES

L'Elément affectif dans la formation de l'esprit médical (1), par Marcelle FRONTAND.

On voit, tous les jours, des médecins très savants échouer dans leur tâche. Pourquoi? Parce qu'il leur manque un élément indispensable de succès : ils n'aiment pas, ils ne comprennent pas les malades. Pour réussir, dans notre profession, il faut ne pas négliger le côté affectif, s'occuper de ses patients, écouter avec attention leurs doléances, souvent prolixes, les traiter avec égards, ne jamais leur dire de choses pénibles. Une bonne parole, dit avec raison Mlle Frontand, produit souvent plus d'effets qu'un médicament, ou, plutôt, elle en complète l'effet. Rien de plus utile à connaître que cette psychologie du client, surtout à l'hôpital, où la multiplicité et la publicité des examens sont si pénibles, et font, trop fréquemment, de cet asile, un épouvantail pour pauvres gens. Rien de plus nécessaire à méditer que les conseils que l'auteur, élève distinguée de notre collègue et ami Coyon, donne aux étudiantes en médecine qui, heureusement, sont douées pour la plupart de ces deux qualités essentiellement féminines : le tact et la délicatesse, et qui ont besoin, dans tout le courant de leurs études, de se rappeler qu'il n'est pas de plus noble tâche que de consacrer sa vie à soulager la souffrance.

L. BABONNEIX.

Atropine et spasmes coliques (2), par R. MAILLET.

L'auteur fait tout d'abord une revue détaillée de la physiologie motrice du gros intestin et de ce que nous savons de l'action de l'atropine sur l'appareil moteur du côlon normal. Puis il étudie les spasmes du côlon au point de vue de leur symptomatologie, de leur étiologie, de leur pathogénie, et leur traitement par l'atropine tel que l'ont indiqué de nombreux auteurs.

Maillet a expérimenté dans la constipation spasmodique le charbon atropiné. De l'atropine est fixée en proportion convenable sur du charbon très absorbant et le tout est ingéré. L'atropine est évacuée avec le charbon et n'agit pas si le charbon n'est pas retenu. S'il y a rétention, le charbon cède peu à peu l'alcaloïde qui peut agir localement sur la muqueuse. On voit par là que l'atropine n'est libérée que dans la région même du spasme, et proportionnellement, en quelque sorte, à sa persistance.

Dans ces conditions, aucun signe d'intoxication ne peut s'observer malgré une action sur l'intestin qui peut aller jusqu'à la diarrhée.

Maillet cite quelques curieuses observations de malades ainsi traités par la carbatropine; dans l'une, le spasme avait donné des symptômes de tumeur et une laparotomie exploratrice avait été faite; on n'obtint la guérison, et définitive, que par le charbon atropiné.

Les doses correspondant à 1 ou 2 milligrammes doivent être employées. Il était nécessaire de montrer qu'il n'en est absorbé qu'une partie, et par conséquent qu'aucune intoxication générale n'est à craindre, ce qui est un avantage du procédé. Maillet injecta à des chiens 2 à 3 milligrammes d'atropine et obtint toujours dans ces conditions des phénomènes toxiques nets. Mais il a pu leur faire absorber jusqu'à 7 milligrammes de carbatropine sans autre inconvénient que l'émission de selles pâteuses.

Une bibliographie copieuse termine cet intéressant travail.

L. G.

La Myocardie (1), par M. Jean WALSER.

Le domaine de la cardiologie, déjà si minutieusement exploré, vient de s'enrichir d'un chapitre nouveau dont l'étude promet d'être fructueuse. Nous assistons au développement d'une conception nouvelle de l'insuffisance cardiaque, dans ces formes primitives que n'expliquent ni lésions valvulaires, ni troubles vasculaires périphériques, ni atteinte anatomique décelable de la fibre myocardique. M. Laubry a donné à ces faits le nom de *myocardies* et c'est sous son impulsion, dans son service, au cours d'une étroite collaboration, que J. Walser a recueilli les éléments de son travail.

La première partie, essentiellement clinique, présente plusieurs observations de myocardie et développe les traits les plus saillants du syndrome. Ainsi se trouvent mis en valeur le bruit de galop, les souffles de distention, l'assourdissement cardiaque, tous signes d'auscultation dont la constance s'oppose à l'indigence des troubles fonctionnels et des manifestations périphériques. La myocardie apparaît comme une insuffisance cardiaque cliniquement primitive et d'évolution habituellement fatale.

Cette conception des myocardies, insuffisances cardiaques fonctionnelles, se montre féconde, car la connaissance des « formes pures », de celles qu'aucun antécédent toxique ou infectieux ne laisse discuter, éclaire les cas où le syndrome se trouve, non plus isolé, mais associé aux lésions valvulaires, à l'hypertension, aux différentes infections et intoxications (syphilis, alcoolisme). Ce sont là autant de *myocardies associées*.

La seconde partie de l'ouvrage passe successivement en revue les différents facteurs fonctionnels dont il est permis d'envisager l'intervention à l'origine de la myocardie : système nerveux intra et extra-cardiaque, conditions vasculaires réalisant une méiopragie plus ou moins grave, troubles biochimiques portant sur le métabolisme du glucose, du calcium, du potassium, de l'oxygène, facteurs physiques tels que la viscosité, action à distance de la thyroïde ou des surrénales, autant d'hypothèses que, malgré une valeur inégale, l'auteur a tenu à soulever non pas pour codifier la pathogénie du syndrome, mais pour montrer quelle peut être sa compréhension et marquer le point de départ des recherches futures.

L. G.

Contribution à l'étude des propriétés pharmacodynamiques de l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine [allonal] (2), par le docteur R. CHAUSSET.

Depuis près de trois ans que cet analgésique renforcé a été soumis à l'expérimentation clinique, il a trouvé un accueil de plus en plus empressé auprès du corps médical qui l'utilise volontiers dans les algies de toute origine.

D'après M. Chausset, sa supériorité est mise parfaitement en évidence dans les insomnies douloureuses et avec agitation; dans ces cas, l'allonal montre bien ses propriétés sédatives et analgésiques, et il se révèle comme supérieur aux autres agents thérapeutiques; il amène la cessation de la douleur, calme l'excitabilité des malades et permet au sommeil de s'établir dans d'excellentes conditions. Ce sommeil est calme, régulier, et en tout point comparable au sommeil physiologique. Le réveil est naturel, ne laissant aux malades aucune

(1) *Th. de Paris*, 1926; Legrand.
(2) *Th. de Paris*, 1926.

(1) *Th. de Paris*, 1925, Doin éd.
(2) Travail du laboratoire de thérapeutique de la Faculté, *Th. de Lyon*, 1925.

céphalée, aucune sensation de lassitude, comme on l'observe souvent après l'emploi de beaucoup d'hypnotiques.

M. Chausset, dans son expérimentation du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine, et dans les divers services des hôpitaux de Lyon, n'a remarqué aucune accoutumance à ce médicament, et au cours du traitement, il n'a jamais, pour ainsi dire, dû renforcer les doses. Il n'a pas observé d'action nocive sur les principales fonctions de l'organisme, ni sur le pouls, ni sur la respiration. L'allonal n'a jamais occasionné de douleurs gastriques, et enfin sa toxicité lui paraît très faible. Dans l'expérimentation sur les animaux, M. Chausset a vu qu'il fallait en injecter au cobaye des doses excessivement fortes pour obtenir l'apparition d'accidents toxiques mortels ou seulement graves.

Dans la pratique clinique, aucun début d'intoxication, aucun phénomène anormal n'ont été signalés. Dans certains cas même, l'allonal s'est révélé supérieur à la morphine, ainsi que l'ont déclaré MM. Burns, Messmer et Stieglitz. Ce sont là évidemment des faits exceptionnels, mais, comme l'emploi de la morphine présente, on le sait, de nombreux inconvénients, dans la plupart des cas où l'on est obligé de donner de la morphine, on pourra, selon M. Chausset, avoir recours à l'allonal avec de bons résultats : la zone maniable est excessivement étendue et les fortes doses employées n'ont jamais provoqué aucun accident. De même il est bon de savoir que l'allonal peut rendre des services dans les cures de démorphinisation et de décocaïnisation.

L. G.

Traitement de l'agitation dans les maladies mentales : Le somnifène chez les grands agités (1), par M. le docteur H. Rone.

Les résultats extrêmement intéressants obtenus par M. Rone, à la Clinique psychiatrique de la Faculté de Lyon et dans les services de MM. Lépine, Condomine, Carrier, Dodero et Courjon, viennent confirmer les conclusions des nombreuses expérimentations publiées sur le somnifène en thérapeutique neuro-psychiatrique (Crouzon, Laignel-Lavastine, Claude, Baudouin, Camus, Anglade, Perrens, Robin, Pavlovitch, Quercy, etc.); citons, en particulier, la thèse de M. Dodard-des-Loges donnant les résultats de la pratique de MM. Cestan, Riser et Laborde qui ont utilisé le somnifène dans plus de 2.000 cas.

Le somnifène est un médicament parfaitement maniable, on a même pu dire que c'était le plus maniable des hypnotiques; il peut être administré par voie buccale, sous forme de gouttes (qui permettent de donner à chacun la dose optima), par voie intramusculaire et par voie endoveineuse. Dans les cas d'insomnie ou d'excitation nerveuse légère, la voie buccale est la voie de choix; mais dans les milieux spécialisés (maisons de santé, asiles publics et privés) les voies intramusculaire et endoveineuse se trouvent fréquemment indiquées, soit pour combattre des accès d'excitation épisodique chez des dégénérés, des alcooliques, des confus, soit pour prévenir le développement d'un délire aigu chez des maniaques très agités ; soit pour permettre un gavage par la sonde nasale, effectuer une ponction lombaire, une opération de petite chirurgie, pratiquer un examen biologique complet; soit encore à l'occasion d'un transfert du service hospitalier à l'asile. M. Rone préfère, dans des cas, utiliser la voie endoveineuse à la dose variable de 2 à 5 centimètres cubes. Il a toujours ainsi obtenu des résultats très satisfaisants et il a pu constater que le somnifène présentait un effet régulier et rapide et un minimum de toxicité. C'est un sédatif hypnotique puissant et parfaitement bien toléré qui peut d'ailleurs rendre les plus grands services même dans le delirium tremens (Quénée) et dans l'état de mal épileptique (Rimbaud).

L. G.

Sur la Forme splénique pure de la leucémie lymphoïde chronique (2), par le docteur Adolphe Priou.

Conclusions. — Parmi les formes anormales de la leucémie lymphoïde chronique, il en est une, paradoxale, dans laquelle le processus leucémique atteint la rate à l'exclusion du système ganglionnaire. C'est la forme splénique pure de la leucémie lymphoïde.

Cette affection est rare. On l'observe de préférence chez des sujets ayant dépassé la cinquantaine.

Le tableau clinique est essentiellement constitué par l'association d'une anémie plus ou moins intense et d'une énorme splénomégalie sans hypertrophies ganglionnaires.

L'examen hématologique révèle, comme dans toutes les autres variétés de la leucémie lymphogène, l'existence d'une hyperleucocytose, souvent considérable, dans laquelle se rencontrent presque exclusivement les trois grandes variétés des mononucléaires; l'une de ces trois variétés peut être prédominante.

L'évolution est essentiellement chronique; la mort survient par cachexie progressive; elle est parfois plus brusque, du fait de certaines complications : hémorragies, infections intercurrentes, transformation en leucémie aiguë.

L'anatomie pathologique confirme l'absence d'hypertrophies ganglionnaires ; on constate, dans la rate et accessoirement au niveau d'autres organes, une hyperplasie massive et diffuse du tissu lymphoïde. Ces lésions leucémiques peuvent être masquées, étouffées par la sclérose dans les cas où le malade a été soumis à l'action de la radiothérapie.

La pathogénie de la maladie est aussi obscure que celle des autres leucémies. La localisation exclusivement splénique de la lymphomatose peut s'expliquer par l'atrophie scléreuse, sénile ou pathologique, des ganglions lymphatiques qui sont incapables de s'hyperplasier au moment où apparaît le processus leucémique.

Le diagnostic, impossible par le seul examen clinique est facile après un simple examen de sang. Mais la maladie doit être souvent méconnue lorsque la splénomégalie est peu apparente et quand on examine pour la première fois le malade à l'occasion d'une maladie infectieuse intercurrente.

Le traitement de choix est la radiothérapie. Mais, en raison de l'extrême sensibilité aux rayons X de cette variété de leucémie, il est indispensable de surveiller très attentivement les effets des irradiations; on se basera moins sur les modifications de volume de la rate que sur les résultats des examens hématologiques pratiqués en série.

L. G.

(1) *Th. de Lyon*, 1925.
(2) *Th. de Toulouse*, 1925.

Les Eaux thermo-minérales de Bains-les-Bains (1), par Arnold.

Dans une étude originale des eaux chaudes et tempérées de Bains-les-Bains et en particulier de la source Saint-Colomban, l'auteur passe en revue successivement leur histoire, leur origine synthétique, leur thermalité, leurs propriétés physiques, leur composition chimique, leur richesse en émanations radio-actives, leurs indications physiologiques et thérapeutiques. Ces eaux se classent parmi celles à plus faible minéralisation et à prédominance d'ions Si et Na.

D'une part, en raison de leur haute thermalité et de leur puissante radio-activité, d'autre part en raison de leurs qualités de pureté absolue, d'hypotonicité et de leurs propriétés diurétiques, elles ont des effets éminemment hypotensifs et désintoxicants. Suivant l'heureuse expression de M. Paul Blum, ce sont des eaux « énergétiques » par excellence.

C'est pourquoi la station de Bains-les-Bains est au premier rang de l'actualité depuis sa spécialisation bien établie dans le traitement des maladies des artères et des troubles de la circulation (hypertension artérielle sous toutes ses formes, aortite, angine de poitrine vraie ou fausse, bouffées de chaleur de la ménopause).

La cure est mixte, balnéation et boisson. Les résultats sont excellents et persistants. L'eau de Saint-Colomban, prise comme eau de régime ou périodiquement, complète très heureusement la cure annuelle, en raison surtout de sa richesse en silicate de soude, agent antiscléreux et hypotenseur indiscutable.

L. G.

(1) *Th. de Strasbourg*, 1925.

COURS ET CONFÉRENCES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — ASSOCIATION ALSACIENNE ET LORRAINE CONTRE LA TUBERCULOSE. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire et les maladies des voies respiratoires,* organisé par les docteurs G. Canuyt, professeur, et E. Vaucher, chargé de cours, à la Faculté de médecine, avec la collaboration de MM. Cade, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Pasteur-Vallery-Radot et Weill-Hallé, médecins des hôpitaux de Paris; Léon Blum, Leriche, Merklen, Rohmer, professeurs à la Faculté de médecine de Strasbourg; Boez, Géry, Gunsett, chargés de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg; Belin, directeur de l'Office municipal d'hygiène et du dispensaire de Strasbourg; Brion, médecin chef de l'hôpital-sanatorium Saint-François à la Robertsau; Fath, médecin chef du sanatorium de l'Altenberg; Woringer, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Strasbourg; Ohlmann et Schaaf, chefs de laboratoire de radiologie; Froelich, Kaufmann et Zillhardt, anciens chefs de clinique et assistants dans les cliniques universitaires de Strasbourg.

Ce cours aura lieu du vendredi 8 au samedi 23 octobre 1926.

Les leçons seront accompagnées de présentations de malades, de projections, de radiographies, de démonstrations bactériologiques.

Les auditeurs seront exercés individuellement aux examens radiologiques, laryngologiques, rhinologiques, bactériologiques et aux examens de crachats. Ils auront l'occasion d'examiner de nombreux malades porteurs de pneumothorax et de pratiquer eux-mêmes des réinsufflations.

En outre, des démonstrations spéciales sur les injections intratrachéales de lipiodol, des exercices de thoracoscopie auront lieu à l'occasion des examens de malades.

En dehors des heures de cours ils auront libre accès dans les cliniques et hôpitaux spécialisés de Strasbourg.

Des excursions seront organisées pour la visite des sanatoriums (Altenberg, Saint-François) et des dispensaires de Strasbourg, Molsheim et Selestat.

Le samedi 23 octobre aura lieu la réunion de la Société alsacienne d'études scientifiques sur la tuberculose.

9 h. : Diagnostic et traitement des principales formes de la tuberculose intestinale. Rapporteur : professeur Cade. — Discussion.

2 h. 1/2 : La vaccination antituberculeuse, docteur Boez.

3 h. 1/2 : Les résultats de la vaccination antituberculeuse chez le nourrisson, docteur Weill-Hallé, médecin des hôpitaux de Paris. — Discussion.

20 h. : Banquet de clôture par souscription.

S'inscrire auprès du docteur Vaucher, 8, quai Finkwiller.

Un droit d'inscription de 250 francs sera versé au début du cours par les auditeurs désirant suivre les cours, les travaux pratiques et être admis aux examens de malades.

Le nombre des auditeurs est limité.

A la fin du cours un certificat sera donné aux auditeurs qui en feront la demande.

Des bourses pourront être accordées en nombre limité à certains médecins de la région qui en feront la demande.

Aucun droit d'inscription ne sera demandé pour les cours théoriques, de 8 h. 1/2 du matin et de 6 h. 1/4 du soir, qui pourront être suivis par tous les médecins et tous les étudiants qui le désirent.

CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE ANTICANCÉREUSE PAUL STRAUSS. — *Cours de perfectionnement sur le cancer*, sous le haut patronage de M. P. Strauss, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène, organisé par le docteur Gunsett, chargé de cours à la Faculté de médecine, directeur du Centre anticancéreux de Strasbourg, avec la collaboration de MM. Borrel et Canuyt, professeurs à la Faculté de médecine de Strasbourg; de Coulon, chef de laboratoire du Centre anticancéreux romand à Lausanne; Mme S. Laborde, chef du service de radio et curiethérapie du Centre anticancéreux pour la banlieue de Paris (directeur professeur Roussy), à Villejuif; Leriche, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Mallet, chef du service de radiothérapie du Centre anticancéreux de l'hôpital Tenon (directeur professeur Proust), à Paris; Masson, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; de Nabias, chef de service au Centre anticancéreux de l'hôpital Tenon, à Paris; Neumann et Coryn, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Bruxelles; Pautrier, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Roussy, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Schickelé et Stolz, professeurs à la Faculté de médecine de Strasbourg; Weil, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg; Vles, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Cet enseignement aura lieu du lundi 18 octobre au samedi 6 novembre 1926 et comportera :

1° Des exercices pratiques au Centre anticancéreux, tous les jours, de 9 heures à midi et de 3 à 5 heures, sous la direction du docteur Gunsett : *a.* Rœntgenthérapie profonde avec manipulation des appareillages; *b.* Curiethérapie (appareils moulés, radiumponcture, etc.). — Les élèves auront également libre accès aux services de radiodiagnostic et de physiothérapie (diathermie, ultraviolet, infrarouge, etc.) qui se trouvent dans un bâtiment contigu.

2° Des cours théoriques au Centre anticancéreux à partir du 18 octobre : Les bases biologiques de la radiothérapie des cancers. — Les bases physiques de la rœntgenthérapie des cancers. — Les bases physiques de la curiethérapie des cancers. — Les accidents causés par les rayons X et le radium. — Indication et technique d'application de rœntgenthérapie et de curiethérapie dans les différents cancers.

3° Des cours théoriques dans les cliniques et instituts de la Faculté de médecine.

Samedi 6 novembre, séance publique de clôture (à la Clinique médicale A de la Faculté), sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène.

9 heures. Communications avec discussion : MM. Neumann et Coryn (de Bruxelles) : Le traitement des cancers du rectum. — M. Proust (de Paris) : Le traitement des cancers du rectum. — M. Roussy (de Paris) : Le mécanisme de l'action des radiations sur le cancer. — Mme S. Laborde (de Paris) : Technique et résultats du traitement des cancers du col de l'utérus. — M. Gunsett (de Strasbourg) : La curiethérapie des cancers cutanés (projections).

15 h. 1/2. MM. Vlès et de Coulon : Les caractéristiques physico-chimiques de l'organisme normal et de l'organisme cancéreux.

20 heures. Banquet de clôture.

S'inscrire auprès du docteur Gunsett, directeur du Centre anticéreux, hôpital civil à Strasbourg. Un droit d'inscription de 250 francs sera versé au secrétariat de la Faculté de médecine.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PÉRICARDITES AIGUES

GÉNÉRALITÉS. — On désigne sous ce nom l'inflammation aiguë du péricarde.

Les péricardites aiguës sont exceptionnellement primitives; d'une manière générale, il faut les envisager comme une localisation secondaire d'une affection de voisinage, ou beaucoup plus souvent d'une affection générale.

Elles peuvent être sèches, ou s'accompagner d'un épanchement séro-fibrineux, purulent ou hémorragique; mais ce n'est pas là ce qui domine leur étude clinique.

La notion d'étiologie domine toute la question; aussi décrirons-nous les trois grands types de péricardites aiguës le plus communément rencontrées, péricardites rhumatismale, brightique et pneumococcique, et ne réserverons-nous qu'une place secondaire aux autres formes de péricardites aiguës qui gravitent autour de ces trois formes principales.

I. Péricardite rhumatismale. — Nous l'étudierons tout d'abord, car c'est la plus fréquente d'entre toutes les péricardites aiguës.

Contrairement à l'opinion de Bouillaud, comme les autres complications cardiaques, la péricardite est assez fréquente, même dans les formes légères du rhumatisme articulaire aigu, et surtout chez les enfants.

Rarement, la péricardite précède la fluxion articulaire. Il n'est pas fréquent de la voir survenir à la fin d'une crise de rhumatisme articulaire; aussi ordinairement est-ce à la *période d'état* qu'on la découvre.

La péricardite aiguë rhumatismale passe par deux phases que nous envisagerons successivement : péricardite sèche, péricardite avec épanchement.

1° **Péricardite sèche.** — Elle peut être annoncée par une *poussée de température*, par l'*abattement* et la *pâleur* du malade. On peut noter quelques signes fonctionnels : gêne au niveau du cœur, douleurs pongitives, lancinantes, sensations de pincement; plus rarement le malade se plaindra de douleurs angineuses, de sensation de griffe de fer, d'étau étreignant le cœur, enfin il peut être en proie à une dyspnée légère le plus souvent, et se plaindre de dysphagie.

Mais, en réalité, ces *signes fonctionnels sont inconstants*, variant avec chaque malade. On trouve la péricardite rhumatismale parce qu'on la recherche.

C'est l'examen minutieux et journalier du cœur des rhumatisants qui décèlera les premiers signes de l'affection.

Signes physiques. — L'apparition du frottement peut être précédé de quelques signes :

a. *Modifications du choc apexien.* — Le choc est ample, tumultueux au début, puis la pointe se retire lentement comme engluée.

b. *Légère augmentation de la matité précordiale.*

c. Eclat du deuxième bruit pulmonaire (Josserand).

En réalité ces signes, pas plus que l'abolition des mouvements respiratoires normaux de la paroi abdominale (signe d'Essey Winter), n'ont rien de pathognomonique. Les deux premiers sont sous la dépendance de perturbations myocardiques concomitantes et inconstantes.

Quant à l'éclat du deuxième bruit pulmonaire, il peut se rencontrer au cours de toute maladie infectieuse et peut parfaitement n'être suivi d'aucun signe net d'atteinte cardiaque.

En réalité, seule l'apparition d'un frottement permet d'affirmer la péricardite.

Le frottement péricardique. — Si, dans certains cas, on peut percevoir un frémissement, une impression de mouvement de va-et-vient par la palpation, seule l'auscultation est capable de le déceler.

Les frottements péricardiques présentent les caractères suivants :

a. *Timbre et intensité.* — Ce sont des bruits *secs, inégaux* donnant l'impression de deux corps rugueux frottés l'un contre l'autre.

Exceptionnellement ils ont un timbre dur (bruit de cuir neuf); presque toujours ils sont doux (bruit de froissement de la soie).

Ils sont *superficiels*, semblent localisés entre l'oreille et la paroi.

b. *Siège.* — Leur siège d'élection est la région mésocardiaque; l'extrémité interne du troisième et quatrième espaces intercostaux gauches.

Fréquemment on les trouve au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire (deuxième espace intercostal gauche); plus rarement au foyer aortique (deuxième espace intercostal droit); exceptionnellement à la pointe, à l'appendice xyphoïde, à la base de l'hémithorax gauche.

c. *Temps.* — Ils ne couvrent pas les bruits du cœur, mais s'entendent dans leur intervalle.

Ils sont *mésosystoliques, mésodiastoliques*, parfois *présystoliques*.

d. *Propagations.* — Les frottements péricardiques ne se propagent pas; *ils naissent et meurent sur place*; cependant comme ils peuvent être perceptibles dans une étendue notable, voire dans la totalité de la région précordiale, et qu'ils n'ont pas fatalement la même intensité dans tous les points de la région précordiale il faut compter pour le diagnostic avec une *apparence de propagation* (Lian).

e. *Variabilité.* — Le timbre, l'intensité, la localisation des frottements varient assez souvent d'un examen à l'autre.

Ils augmentent lorsque le sujet passe de la *position couchée* à la *position assise*, par la *pression du sthétoscope*, par l'*inspiration* pour les uns, par l'expiration pour les autres.

Outre ce frottement l'auscultation peut encore montrer une *altération du rythme cardiaque.* On peut noter :

a. *Un vrai bruit de galop* : indice d'un encombrement ventriculaire gauche concomitant (Lian).

b. *Un faux bruit de galop* dû à un frottement bref qui se surajoute aux bruits du cœur (Lian).

Enfin, il faut encore savoir qu'un double frottement, s'il est doux et prolongé, peut imiter pour l'oreille le double souffle de l'insuffisance aortique (Lian).

Evolution. — Au cours de la péricardite sèche les signes généraux sont très variables et nullement caractéristiques. La fièvre s'élève au début de la péricardite et reste pendant un certain temps au voisinage de 39 degrés. Le pouls est en rapport avec la température et avec l'atteinte concomitante de l'endocarde ou du myocarde.

Trois éventualités peuvent survenir :

1. *La mort.* — Elle est exceptionnelle au cours de la péricardite sèche; elle se voit cependant dans les cas accompagnés d'un syndrome d'angine de poitrine.

2. *La guérison.* — Exceptionnellement en deux ou trois jours, habituellement en huit à dix jours, parfois en deux à trois semaines seulement. La guérison peut être complète. Dans certains cas, un frottement péricardique persiste, dans d'autres cas la péricardite laisse à sa suite des adhérences plus ou moins étendues des deux feuillets du péricarde.

3. *La constitution d'un épanchement.*

2° **Péricardite rhumatismale avec épanchement séro-fibrineux.** — Dans cette forme les signes fonctionnels sont habituellement plus accentués que dans la précédente.

La douleur se manifeste sous forme de gêne diffuse continue avec irradiations vers les espaces intercostaux, vers l'épaule gauche. La simple gêne respiratoire de la péricardite sèche peut être remplacée par une dyspnée très vive.

On peut observer une *toux quinteuse*, du *hoquet*, des *vomissements*, de la *dysphagie*, de l'*aphasie* ou une *voix bitonale*.

Mais, en réalité, tous ces signes sont inconstants; et il en est de même des signes classiquement décrits « de l'oreiller » ou de « la prière mahométane » qui ne se voient que dans les grands épanchements.

A l'examen, le malade est assis dans son lit; pâle, mais présentant rarement de l'œdème de la face.

L'inspection peut faire noter une *voussure* de la région précordiale (mais c'est exceptionnel même chez l'enfant), une *voussure épigastrique* (signe d'Auenbrugger en rapport avec l'abaissement du diaphragme); l'abolition des mouvements respiratoires normaux de la paroi abdominale (signe d'Essey Winter déjà vu dans la péricardite sèche). *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Les Vertiges, par MM. Lévy-Valensi et Halphen. In-8, 41 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Norbert Maloine.

N° 67. — SAMEDI 21 AOUT 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 21 AOUT 1926. — N° 67.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — La nouvelle rémunération du personnel des cliniques, des cours et conférences et des travaux des facultés de médecine ou facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités des départements, est fixée, pour chaque catégorie, par le ministre de l'Instruction publique, dans la limite des crédits spécialement ouverts à cet effet, à partir d'un minimum de 400 fr. par an et sans que le maximum de la catégorie la plus favorisée puisse excéder 5.200 fr. par an.

Cette nouvelle rémunération aura effet à compter du 1er janvier 1925. (*J. O.*, 18 août 1926.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours pour un emploi de chef de clinique exotique s'ouvrira à l'Ecole le lundi 25 octobre prochain. Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé français, âgé de moins de quarante ans et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole huit jours francs avant l'ouverture du concours et déposer en même temps leur acte de naissance, leur diplôme, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins de leurs publications scientifiques.

Nature des épreuves. — Composition écrite sur un sujet de pathologie exotique (sans le concours d'aucun livre); examen de deux malades et exposé des résultats dans une leçon orale; rédaction de l'observation d'un troisième malade; épreuve pratique de parasitologie et bactériologie (hématologie, coprologie, urologie), exposé du résultat des recherches, avec dessin et diagnostic écrit et motivé remis sous pli cacheté. Le jury fixe la durée des épreuves.

Le candidat élu est nommé pour deux ans à partir du 1er novembre 1926 et reçoit un traitement annuel de 2.400 fr. Il pourra être prorogé pour un an par le conseil de l'Ecole sur la proposition du professeur. Pendant l'exercice de ses fonctions, il devra tenir un cahier d'observations, faire des conférences aux élèves dans le but de les familiariser au diagnostic et se conformer au règlement intérieur élaboré par l'Ecole. Le candidat arrivé second pourra être nommé chef de clinique adjoint; ses fonctions seront gratuites.

— Poitiers. — Un concours s'ouvrira le 17 février 1927 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère du Commerce. — *Au grade d'officier.* — M. Girard, fabricant de produits pharmaceutiques.

MARINE. — Dans une circulaire relative aux frais d'études à allouer aux officiers du corps de santé, le ministre de la Marine a fixé à 18 francs par jour, soit 540 francs par mois, l'indemnité à allouer aux officiers du corps de santé de la marine, autres que ceux désignés pour effectuer un stage à l'Institut Pasteur, qui obtiennent des congés d'études dans les conditions fixées par le décret du 14 mai 1923 (titre III, art. 16 de l'instruction faisant suite à ce décret).

En principe, la durée maximum des congés est fixée à trois mois.

Pour solliciter un congé de cette nature, les médecins principaux devront avoir accompli effectivement au moins six

mois de services à la mer et les médecins de 1re classe au moins une année d'embarquement.

Ces congés sont accordés par le ministre dans la limite des crédits inscrits annuellement au budget.

Les candidatures, annotées, au point de vue technique, par les directeurs du Service de santé, devront être transmises par les autorités maritimes au moins un mois avant la date de départ du congé demandé.

La présente décision entrera en vigueur le 1er avril 1926.

La circulaire du 27 décembre 1911 est abrogée. (*J. O.*, 15 août 1926.)

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Liste, par ordre de mérite, des médecins aides-majors sortant de l'École d'application du Service de santé des troupes coloniales, à Marseille :

MM. Robin, Bertrand, Saleun, Faucher, Gourvil, Blanc, Dezoteux, Riorteau, Nicol, Lucas, Rapilly, Jolly, Lavergne, Cauvin, Fabre, Gaye, Riou, Membrat, Raynal, Maury, Segalen, Mounot, Floc'hlay, Bauguion, Daspect, Monier, Goiran, Coste, Adam, Rocca, Roux, Cartron, Philaire, Bescont, Bernet, Fréville, Le Roux, Gabert, Crémona, Robert, Kerjean, Lajeat, Josse, Le Lay, Ravoux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Année scolaire 1926-1927.* — **Cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.** — ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — Cliniques médicales générales : MM. les professeurs Achard, hôpital Beaujon; Bezançon, hôpital Saint-Antoine; Gilbert, Hôtel-Dieu; F. Widal, hôpital Cochin.

Cliniques chirurgicales générales : MM. les professeurs Delbet, hôpital Cochin; Gosset, hôpital de la Salpêtrière; Hartmann, Hôtel-Dieu; Lejars, hôpital Saint-Antoine.

Cliniques obstétricales : MM. les professeurs Brindeau, clinique Tarnier; Couvelaire, clinique Baudelocque.

Clinique obstétricale (réservée aux élèves sages-femmes) : M. le professeur Jeannin, maternité de l'hôpital de la Pitié.

Clinique thérapeutique (fondation de M. le duc de Loubat) : M. le professeur Vaquez, hôpital de la Pitié.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. le professeur Claude, asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies des enfants : M. le professeur Nobécourt, hôpital des Enfants-Malades.

Hygiène et clinique de la première enfance : M. le professeur Marfan, hôpital des Enfants-Malades.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. le professeur Jeanselme, hôpital Saint-Louis.

Clinique des maladies du système nerveux : M. le professeur Guillain, Salpêtrière.

Clinique ophtalmologique : M. le professeur Terrien, Hôtel-Dieu.

Clinique des maladies des voies urinaires : M. le professeur Legueu, hôpital Necker.

Clinique des maladies contagieuses : M. le professeur Teissier, hôpital Claude-Bernard.

Clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris) : M. le professeur J.-L. Faure, hôpital Broca.

Clinique chirurgicale infantile (fondation de la Ville de Paris) : M. le professeur Ombrédanne, hôpital des Enfants-Malades.

Clinique oto-rhino-laryngologique : M. le professeur Sébileau, hôpital Lariboisière.

Clinique thérapeutique chirurgicale : M. le professeur M. Duval, hôpital de Vaugirard.

Clinique propédeutique : M. le professeur Sergent, hôpital de la Charité.

Des affiches spéciales indiqueront pour chacun des enseignements cliniques les jours et heures des leçons.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale*, par MM. les docteurs Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon; Vaudescal, agrégé; Couinaud, Lantuéjoul, Desoubry et Mlle Labeaume, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; de Manet, chef de clinique adjoint; assisté de MM. Vidal, Guillemard, Villiencourt et Jardin, moniteurs.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 13 septembre 1926. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera délivré à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Le droit à verser est de 150 francs.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

CHRONIQUE

LE CENTENAIRE DE LA MORT DE LAENNEC

En attendant les cérémonies qui auront lieu en décembre à Paris, les compatriotes de Laënnec viennent de célébrer à Plouaré, près de Douarnenez, où fut inhumé Laënnec, le centenaire de la mort de l'illustre médecin.

Après un service religieux dans la vieille église de Plouaré, un cortège s'est rendu au cimetière. La tombe de René Laënnec devant laquelle on s'est réuni porte l'inscription suivante :

René-Théophile-Hyacinthe LAENNEC,

médecin de la duchesse du Berry, docteur et professeur en médecine au Collège de France, professeur de clinique à la Faculté de Paris, de l'Académie royale de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, né à Quimper en 1781, mort à Ker-Louarnec le 13 août 1826, et Dame Jacques Guichard, son épouse, née à Brest en 1779, décédée à Ker-Louarnec, le 2 août 1847.

Des discours ont été prononcés par le docteur Nevel au nom des médecins du Finistère, et par M. le professeur Chauffard au nom de l'Académie de médecine. On se rendit ensuite à la maison de Laënnec, à Ker-Louarnec, où le propriétaire, M. du Frétay, maire de Plouaré, fit un dernier éloge du grand médecin breton.

REVUE GÉNÉRALE

LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE (1)

Par M. L. ISÉMEIN,
Interne des hôpitaux de Marseille.

B. **Evolution générale.** — La maladie de Bayle est surtout caractérisée par sa progressivité. « Dans la paralysie générale les troubles sont progressivement croissants, sans cependant changer de forme » (Lasègue).

1. **Période de début ou préparalytique de Régis.** — Pour beaucoup elle n'existe pas. Les petits signes de début que l'on a décrits sont des signes de syphilis nerveuse secondo-tertiaires. « On est, ou l'on n'est pas paralytique général. La paralysie générale commence au seuil des troubles psychiques, et déjà, il y a déchéance de tout l'être sentant, pensant et voulant ». (Magnan et Sérieux).

Le début est insidieux et le médecin n'a pas souvent l'occasion de l'observer. En effet, les premières manifestations échappent à la famille, ou bien, si elle les voit, elle n'y trouve rien de pathologique. La paralysie générale peut être rendu apparente par :

1° *Des troubles intellectuels* (perte de la mémoire, par exemple). Il faut alors rechercher les signes physiques qui souvent existent déjà à l'état d'ébauche.

Dupré insistait sur la *neurasthénie préparalytique*. Elle est à type irrégulier avec changement de caractère, lassitude, névralgies diverses, céphalée, sensations bizarres dans la tête, impossibilité d'entreprendre un travail suivi. Ou bien surviennent des actes délictueux, d'où le nom de *période médico-légale* que lui a donné Legrand du Saule.

2° Par des *ictus apoplectiques ou épileptiques*.

En somme, il n'y a pas de signe de certitude, et on est réduit finalement à rechercher un diagnostic anatomique. (Ravaut). Il faut y penser chez tout adulte, ancien syphilitique qui présente quelques-uns des troubles que nous venons de signaler.

2. **Période d'état.** — La syphilis au cours de la paralysie générale semble avoir concentré son effort sur le système nerveux, et dans la majorité des cas, les organes habituellement touchés par la syphilis tertiaire sont indemnes. Signalons cependant la fréquence de la leucoplasie et de l'aortite.

3. **Période terminale.** — Tous les troubles augmentent progressivement. Les facultés psychiques sont réduites au minimum. Les troubles physiques sont intenses : le malade ne peut se lever ni manger lui-même, et cependant, il existe une certaine turbulence : il déchire ses draps, grince des dents, pousse des cris perçants. Enfin l'état général décline, il y a de l'hypothermie et il meurt sans cause, de cachexie ou d'une complication : accidents pulmonaires, digestifs, urinaires.

La durée moyenne est de deux à cinq ans.

RÉMISSIONS. — Il faut distinguer les rémissions :

Incomplètes. — C'est simplement l'atténuation ou la disparition d'un trouble (délire, agitation, troubles de la parole ou de la mémoire), mais il persiste d'autres signes qu'il suffit de rechercher, et au bout de quelque temps, l'évolution reprend sa marche progressive et inexorable.

Complètes. — Elles sont niées par certains auteurs.

La restitution ad integrum est d'autant plus rare que l'affection a plus évolué.

Tout à fait au début, tous les signes peuvent disparaître, mais la réaction de Wassermann comme nous l'avons vu est irréductible.

Aux autres périodes : les rémissions existent, sans qu'on puisse admettre une erreur de diagnostic, mais elles sont rares. Mortimer, Williams Raymor les a étudiées récemment. Sur 1 000 cas de paralysie générale observés chez l'homme, dans une période de sept ans, 33 soit 3,5 p. 100 ont eu des rémissions véritables. Et dans plus de la moitié des cas, la maladie durait depuis au moins un an. Ces rémissions ont persisté jusqu'à quatre ans. Elles furent plus fréquentes chez les Allemands et les Italiens ; elles se voient surtout chez les jeunes et dans les cas associés au tabes, où les symptômes des deux affections peuvent alterner.

En somme, les rémissions existent, elles peuvent être complètes et de longue durée, mais elles sont rares et non permanentes. Toutefois, il n'y a pas de caractères mentaux ou neurologiques permettant d'établir un pronostic de ces rémissions.

Pronostic général de la paralysie générale. — Il est fatal : les cas de guérison signalés sont des cas de pseudo-paralysie générale. Mais on ne peut fixer la date de la fin : au cours d'une poussée, on croit la mort prochaine et une amélioration survient. De même, un événement imprévu peut précipiter la fin. « Il faut se garder de fixer un terme : les faits démentent trop souvent le pronostic » (Pactet et Bonhomme).

Formes cliniques. — En dehors de la forme type, que nous venons d'étudier en détail, il y a de nombreuses formes cliniques que nous classerons :

1° **Suivant l'âge.** — *a.* ENFANCE ET ADOLESCENCE. — C'est l'exception.

Entre dix et quinze ans : *paralysie générale infantile.*

Entre quinze et vingt ans : *paralysie générale juvénile.*

Elle se voit dans les deux sexes : elle est due à l'hérédo-syphilis.

Le début : est lent et insidieux. On est frappé par l'idiotie associée à l'infantilisme corporel.

Etat : on observe trois sortes de symptômes :

Symptômes *psychiques* ; le délire est rare, c'est surtout de la démence. Il faut citer les petites idées de grandeur (Babonneix).

Symptômes *physiques* : ce sont ceux de l'adulte ; ils coexistent souvent avec des symptômes de tabes ou de paraplégie spasmodique ; les ictus sont exceptionnels.

Symptômes d'*hérédo-syphilis*. L'*évolution* est plus longue que chez l'adulte.

b. ENTRE VINGT ET TRENTE ANS. — *Paralysie générale précoce* qui peut être héréditaire et se rapproche de la forme précédente. Acquise, elle survient huit à douze ans après le chancre, parfois six ans. Elle est souvent associée à l'alcoolisme et évolue rapidement.

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 65, p. 1077.

c. Paralysie générale sénile. — Après cinquante ans, elle est plus rapide ou plus lente suivant les cas.

2° **Suivant le sexe.** — *paralysie générale féminine.* — Plus rare elle apparaît souvent à la ménopause.

La femme atteinte de paralysie générale est plus démente que délirante; et les idées sont teintées de préoccupations spéciales à la femme (toilettes, bijoux, affectivité, préoccupations sexuelles).

3° **Suivant l'aspect clinique.** — Forme démentielle simple : forme des asiles.

Forme délirante : expansive, hypochondriaque, sensorielle.

Forme de guerre : deux caractères :

apparition précoce après le chancre, un an et demi à deux ans ;

évolution très rapide : douze à quinze mois.

4° **Suivant l'évolution.** — Forme lente, encore appelée rémittante, circulaire.

Forme galopante, foudroyante.

Forme prolongée : rare « une maladie, qui présente une évolution prolongée, n'est pas une paralysie générale » (Thèse de Hagueneau).

5° **Suivant les localisations fonctionnelles ou anatomiques :**

Forme bulbaire.
Forme amyotrophique : type Aran-Duchenne.
Forme choréique.
Forme névritique.
Forme aphasique.
Forme hémiplégique.
Forme cérébelleuse.

Forme spinale : associée à des symptômes de tabes. — Avant que Duchenne eût isolé le tabes sous le nom d'ataxie locomotrice, Calmeil notait chez un aliéné paralytique une démarche à type tabétique qu'il attribuait à une lésion de la moelle. Après la découverte de Duchenne, les cliniciens séparèrent nettement les deux affections, surtout quand Fournier eut montré leur nature syphilitique et que la paralysie générale fut devenue « le tabes du cerveau » selon l'expression de Moebius. « On se basait sur l'anatomie pathologique : le tabes frappe les neurones sensitifs les plus périphériques, les lésions dans la moelle au contraire se propagent suivant leurs branches : la paralysie générale au contraire, atteint les neurones les plus centraux. » (Klippel). Pour Joffroy ce sont les symptômes médullaires qui débutent et on porte d'abord le diagnostic de tabes, puis surviennent les symptômes de la paralysie générale. Mais ces lésions ne sont pas de vraies lésions tabétiques. Elles relèvent de la paralysie générale qui a débuté par la moelle.

Pour Nageotte, au contraire, ce sont de vraies lésions du tabes : c'est la *tabo-paralysie*, mais le tabes reste souvent méconnu parce que son évolution est beaucoup plus lente.

Diagnostic positif. — Il a une grande importance. Se baser sur les trois syndromes :

Psychique.
Physique.
Humoral.

Diagnostic différentiel. — Deux cas sont à envisager :

A. **Cas à symptomatologie riche.** — I. A cause des symptômes démentiels, il faudra éliminer :

1° *Démences infectieuses.* — *Typhique* : la fièvre typhoïde donne rarement de la démence, quoi qu'en ait dit Canrobert dans sa boutade devenue célèbre.

Méningite cérébro-spinale. — *Encéphalite épidémique surtout* : Clovis Vincent insiste sur ce diagnostic, et Ramond raconte avoir vu à la Maison Dubois, un employé des P. T. T. ayant une séquelle d'encéphalite, prise pour une paralysie générale et qui guérit complètement.

On retrouve certains symptômes : facies atone, dysarthrie, lenteur de l'idéation, mêmes tressaillements musculaires, et il peut y avoir des réactions du liquide céphalo-rachidien.

Bien qu'on l'ait signalé quelquefois, on ne trouve généralement pas de signe d'Argyll et au point de vue mental, l'ancien encéphalitique est, comme on l'a dit, un ralenti, mais non un dément.

De plus, il y a des symptômes de la série encéphalitique : hypertonie faradique du trapèze, phénomène du jambier, exagération des réflexes de posture.

2° *Démences toxiques, surtout alcoolique.* — Elle ne touche pas aussi profondément l'intelligence. Les malades sont obnubilés, mais peuvent encore penser. « Ils sont plus abrutis que déments ».

Ils sont plus atteints dans le domaine affectif et moral que dans le domaine intellectuel. De plus les délires ont un caractère hallucinatoire et l'*évolution est régressive* (Régis). Les symptômes atteignent d'emblée leur maximum et s'atténuent dans la suite, ce qui est le contraire dans la paralysie générale.

Enfin, on trouve des antécédents, la coexistence avec des phénomènes névritiques (syndrome de Korsakoff) qui font penser à la pseudo-paralysie générale alcoolique.

3° *Démences au cours des affections organiques du cerveau.* — *Démence sénile* par état lacunaire du cerveau : le sénile a une démarche à petits pas; son caractère est irritable et soupçonneux.

Ramollissement ou *hémorragie* : c'est un pseudobulbaire avec rire et pleurer spasmodiques.

Pachyméningite et *tumeur* : peuvent donner des troubles mentaux, surtout les tumeurs du lobe frontal.

Syphilis cérébrale : c'est le diagnostic le plus important. On se basera sur les caractères suivants :

Démence plus parcellaire avec conservation de l'auto-critique, évolution par poussées.

Signes de lésions en foyer : les réactions du liquide céphalo-rachidien sont à type syphilitique.

Enfin, surtout le traitement est une pierre de touche. Mais le diagnostic est très difficile, d'autant plus qu'il existe une forme de *pseudo-paralysie générale syphilitique* (Fournier).

4° *Démences des psychoses. Neurasthénie ou maladie de Béard.* — Fournier a décrit la neurasthénie tardive des syphilitiques : c'est un intellectuel qui, connaissant les symptômes de la paralysie générale, croit les avoir.

Manie : d'autant plus difficile à distinguer qu'au début le paralytique général ne « milliarde pas » et ses soit-disant richesses semblent vraisemblables. Mais dans la manie, il y a des accès antérieurs et elle survient à un âge trop jeune pour qu'on pense à la paralysie générale.

Psychose périodique. — Elle évolue par accès. « La méchanceté des périodiques contraste avec la bienveillance des paralytiques généraux » (Régis). Mais ce fait est insuffisant. On se basera surtout sur l'évolution.

Confusion mentale. — Les symptômes physiques sont moins marqués.

Délires systématisés. — Ils sont rares et on n'observe pas de signes physiques.

Démence précoce. — Elle se rapproche de la paralysie générale juvénile. Tous les signes de la paralysie générale peuvent se voir, mais le début de celle-ci est insidieux, tandis que la démence débute brusquement.

II. A CAUSE DES TROUBLES DE LA PAROLE : on pourrait penser à :
la sclérose en plaque ;
la paralysie bulbaire et pseudo-bulbaire ;
l'aphasie sensorielle (type Wernicke sans hémiplégie).

Les troubles de la parole sont les mêmes et il y a aussi du déficit intellectuel. On a même décrit une *aphasie pseudo-démentielle* : les malades ne peuvent exécuter les actes simples qu'on leur commande, ils sont catalogués comme déments et internés. Ce diagnostic a aussi une importance médico-légale car l'aphasique peut tester tandis que ce droit n'est pas reconnu au paralytique général.

III. A CAUSE DU TREMBLEMENT : il faudra éliminer :
la madie de Parkinson ;
la sclérose en plaque ;
l'alcoolisme.

B. **Cas à symptomatologie fruste.** — C'est le cas de la paralysie générale au début. Le diagnostic doit être posé à cause des troubles suivants :

1° TROUBLES PSYCHIQUES. — Le malade est souvent arrêté pour des actes délictueux dont le caractère pathologique n'est pas apparent.

2° TROUBLES MOTEURS. — En cas d'ictus. Puis en quelques instants il reprend ses sens, n'est pas paralysé et ne garde aucune séquelle. « En face d'un tel tableau, on doit penser à la paralysie générale. » (Gilbert-Ballet).

3° TROUBLES SENSITIFS. — Se méfier des accès de migraine ophtalmique survenant chez un sujet non goutteux, qui n'en avait pas dans son adolescence.

Traitement. — 1° **Hygiénique.** — Le malade doit être mis au repos moral et physique à la campagne ; on utilisera avec fruit la balnéation tiède.

2° **Diététique.** — La nourriture ne doit pas être excitante et on veillera à l'évacuation du tube digestif en donnant au besoin des purgatifs.

3° **Médicamenteux.** — Il sera palliatif et curatif.

PALLIATIF. — On luttera contre l'excitation et l'insomnie par les sédatifs habituels mais on ne prescrira ni opium ni hyoscine.

Rodiet a étudié récemment le traitement des escharres des paralytiques généraux. Ce traitement sera surtout préventif, et on évitera les escharres par les procédés habituels.....

Le traitement curatif est plus illusoire. On emploiera le protargol, la poudre de quinquina, l'iodoforme, la poudre de Lucas-Championnière ou si la suppuration est abondante, une association de vin aromatique et de créosote à parties égales. La méthode de Pautrier consiste après lavage a l'eau de noyer dans les attouchements avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 puis pansements humides à l'ichtyol. Mais ici encore ou peut dire qu'il vaut mieux prévenir que guérir.

CURATIF. — Il peut être :
spécifique ;
empirique c'est la pyrétothérapie.

Spécifique. — Nous verrons d'abord la technique puis les résultats.

1° *Technique.* — On peut employer le bismuth : c'est le plus actif, par séries de 15 à 20 injections à raison de une tous les deux jours, avec intervalle de vingt jours entre les séries.

L'arsenic est utilisé surtout en injections intramusculaires, il agit en même temps sur l'état général.

On peut associer le bismuth à l'arsenic sous forme d'injections quotiennes alternées; on a essayé la tryparsamide à la dose de 1 gramme tous les deux jours, associée au bismuth ; d'ailleurs, employée seule, elle arrive à rendre partielle la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien. Les autres anti-spécifiques : iodure et mercure doivent être proscrits, en raison des poussées congestives qu'ils peuvent déterminer.

2° *Résultats.* — On peut distinguer trois catégories de cas suivant la façon dont les sujets réagissent au traitement. Pas de modifications; rémissions, arrêts de Gilbert-Ballet; amélioration considérable des troubles psychiques. Claude cite le cas d'une infirmière qui put reprendre son service. Mais en génélrol les symptômes continuent à progresser.

Empirique. — C'est l'inoculation du paludisme ou de la fièvre récurrente.

a. Paludisme expérimental. — Employée pour la première fois en 1917 par Wagner von Jauregg. *Technique* : on injecte au malade 5 à 7 centimètres cubes de sang d'un paludéen, qui porte du *plasmodium vivax*, et on cesse le traitament anti-syhilitique qu'on reprendra après la période fébrile.

Résultats. — Au bout de huit à neuf jours d'incubation survient une fièvre d'invasion, puis des accès fébriles. L'hépatomégalie est inconstante, mais la splénomégalie ne manque jamais :

1° Au point de vue *évolutif*, la marche générale de la maladie n'est pas précipitée.

2° Au point de vue *clinique*, il faut distinguer :
les troubles psychiques qui en général présentent une amélioration sensible et
les troubles physiques, qui par contre, s'amendent peu.

Le syndrome humoral demeure inchangé, parfois même il y a accentuation passagère des réactions du liquide céphalo-rachidien mais en général, on note une chute de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose.

La polynucléose, quand elle existe, disparaît et est remplacée par de la lymphocytose.

Contre-indications : une seule, le mauvais état général qui est dû :
à l'âge : paralytique général sénile ;
à la cachexie ;
à une maladie intercurrente : tuberculose, le plus souvent.

Mode d'action. — On l'a attribué successivement au rôle de la fièvre, mais c'est faux, car l'amélioration n'est pas parallèle au degré d'hyperthermie; à la présence des hématozoaires dans les capillaires cérébraux qui, amenant leur béance, favoriseraient le passage dans le tissu nerveux des substances défensives existant dans le sang; enfin, à l'antagonisme direct ou indirect entre la malaria et la paralysie générale; d'ailleurs dans les pays tropicaux où il y a beaucoup de syphilis, il y a peu de paralysie générale.

b. *Fièvre récurrente.* — Mais son inoculation est plus délicate et l'infection provoquée est plus grande.

Conclusion. — Avec ce traitement « les paralytiques généraux cessent d'être des déments pour devenir des malades neurologiques. Le pronostic reste grave, mais le malade échappe à l'asile d'aliénés ». (Claude et Targowla.)

INTERNEMENT. — Il présente des avantages :

le malade est surveillé ;
on sauvegarde sa fortune ;
on sauvegarde l'entourage.

Dupré donne les conseils suivants :

1° Le malade est calme : on prévient sa famille des risques possibles; on peut le garder à domicile, dans une maison d'hydrothérapie, ou à l'hôpital, mais on demandera l'interdiction auprès du tribunal civil ce qui, privant le paralytique général de ses droits civils, a une valeur rétroactive qui permet l'annulation des actes civils du malade, antérieurs au jugement d'interdiction. Mais pour l'obtenir, la procédure est longue et coûteuse.

2° Le malade est agité : il faut l'interner.

Si une amélioration survient, il est préférable de maintenir l'internement, par suite des rechutes fréquentes.

BIBLIOGRAPHIE

En dehors des ouvrages classiques, principales publications consultées :

ACHARD. Tabes et paralysie générale, *Journ. des prat.*, 1925, n° 15.

Gilbert BALLET. In CHARCOT et BRISSAUD.

CHAVANY. La paralysie générale, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1924, nos 44 et 46.

CLAUDE, TARGOWLA et SANTENOISE. La phase présymptomatique de la paralysie générale, *Presse méd.*, 1924, n° 9.

FROMENT et RAVAUD. Le test des mots d'épreuve autorise-t-il un diagnostic de dysarthrie, *Presse méd.*, 1924, n° 103.

LHERMITTE et CORNIL. Le problème de la paralysie générale à l'occasion du Centenaire de la thèse de Bayle, *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 49.

LÉVY-VALENSI. *Précis de diagnostic neurologique.*

G. LYON. *Clinique thérapeutique.*

MORTIMER WILLIAMS RAYNOR. Les rémissions dans la paralysie générale, *Arch. of neurol. and psych.*, t. XII, n° 4.

PACTET et BONHOMME. In *Psychiatrie*, Coll. Sergent, etc.

PAGNIEZ. Le traitement de la paralysie générale par inoculation du paludisme, *Presse méd.*, 1925, n° 43.

RAMOND. *Conférences de clinique médicale*, t. IV.

RODIET. Le traitement des escharres des paralytiques généraux, *Progrès méd.*, 17 oct. 1925.

SAVY. *Pratique médicale.*

René TARGOWLA. Le syndrome humoral de la paralysie générale, *Presse méd.*, 1925, n° 7.

L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

L'ENTÉROSTOMIE DE SÉCURITÉ

Par R. DE BUTLER D'ORMOND (d'Amiens),
Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

Les classiques ont longtemps déclaré que l'occlusion intestinale s'opérait par entérostomie, si le sujet était déprimé et par laparotomie si le sujet était résistant. Il est de nombreuses variantes à ces deux principes et parmi ces variantes, il en est une qui prend de plus en plus d'extension, c'est l'*entérostomie systématique*, même si une laparotomie a permis de lever l'obstacle.

Après laparotomie, si l'obstacle paraît levé, il est classique de dire que l'intestin doit être réduit dans la cavité abdominale, sans aucune manœuvre supplémentaire. Si l'obstacle mécanique est bien levé, l'écoulement des matières doit se produire normalement et le sujet doit guérir.

Or, dans la pratique, il n'en est point du tout ainsi et les spécialistes du ventre font de nombreuses exceptions à cette règle.

Dans sa *Pratique chirurgicale illustrée* (1), Victor Pauchet conseille d'employer systématiquement la fistule sur le grêle; il considère l'intestin comme parésié par les toxines intestinales et incapable souvent de se drainer lui-même, de par la seule tonicité de ses parois. Certes, dans un grand nombre de cas, le débâcle se fait spontanément, quoique sans fistule de sûreté, mais à côté de ces cas favorables, guéris sans fistule, de très nombreux échecs surviennent, échecs explicables par l'iléus paralytique; c'est pourquoi la pratique de l'entérostomie systématique doit être appliquée chaque fois que l'intestin est distendu.

Faut-il employer la fistule dans tous les cas? Non. Un sujet au ventre plat, atteint d'occlusion intestinale aiguë par une bride, est opéré au début. La bride est coupée; dans ces conditions précoces, l'intestin n'est point parésié, point infiltré, point intoxiqué, point distendu, il serait inutile de faire une fistule, même temporaire; mais neuf fois sur dix, le malade a attendu vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'anse sus-jacente à l'obstacle est distendue et le sujet meurt de stercorémie si on lève l'obstacle et si on ferme sans fistule supplémentaire.

Le professeur Delore (de Lyon), vient de faire paraître un travail (2) qui met bien en valeur cette excellente pratique et qui prouve que l'idée a germé isolément dans l'esprit de ces deux opérateurs très expérimentés en chirurgie intestinale.

La plupart des chirurgiens n'ont pas la pratique de la fistule sur le grêle. Ils en sont encore à choisir entre la laparotomie et suppression de l'obstacle dans les cas favorables, et l'anus latéral sus-jacent au siège de l'obstacle non supprimé quand le cas est inopérable. Ils font cette fistule, soit qu'ils aient trouvé le bout supérieur distendu, soit que la vitalité colique ait paru douteuse (sans pourtant justifier une résection), soit encore quand, au cours des manœuvres de libération, l'intestin se déchire. Ce sont là des indications locales, sur lesquelles per-

(1) Victor PAUCHET. *Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. VI, chez Doin, éditeur.
(2) DELORE. *Presse méd.*, 1925, n° 74, p. 1236.

sonne n'hésite, mais il y a de fréquentes indications qui rendent l'emploi de la fistule intestinale courant et modifie complètement le pronostic dans les cas d'opération radicale pour occlusion grave. Si l'état général est tant soit peu touché, si le clinicien constate des signes d'intoxication (pouls rapide, mauvais facies, dyspnée, légère oligurie, etc.), signes qui se montrent dans les occlusions serrées du grêle, les invaginations, ou s'il existe déjà de légers signes de réaction péritonéale (présence d'un liquide séro-hématique), dans tous ces cas, il faut pratiquer l'entérostomie systématique, une entérostomie étroite, une simple soupape de sûreté. La fistulisation, dans sa technique, est comparable à une gastrostomie. Voici cette technique (Delore) :

« Une pince de Chaput extériorise une portion d'intestin en forme de cône. Un aide tient cette pince tandis que le chirurgien fixe la séreuse intestinale au péritoine pariétal par une couronne de points non perforants au catgut fin, puis il circonscrit le sommet du cône hernié, à 2 centimètres de son point culminant, par un faufilé circulaire. Alors, un coup de pointe de ciseaux est donné sur le bistouri, pour inciser les trois tuniques; une sonde Nélaton 18 est introduite à frottement. Un nouveau point de suture invagine la sonde comme dans une gastrostomie, sous nouvelle suture en bourse. L'intestin est enfin fixé à la paroi avec un catgut fin. Avant de faire le pansement, l'opérateur vérifie le fonctionnement de la fistule, il l'évacue par des pressions douces de l'abdomen et l'intestin se vide en partie. D'ailleurs, dès l'introduction de la sonde. quelques gaz s'échappent avec un liquide noirâtre et fétide, du sang extravasé. Un raccord de verre unit la sonde à un autre tube de caoutchouc qui tombe dans un bocal. Le lendemain, l'infirmière pratiquera, par ce tube, des lavages avec de l'eau salée chaude. »

Les suites opératoires chez ces malades gagnent en simplicité et en sécurité. Au bout de cinq jours, quand l'écoulement se raréfie et devient purement fécaloïde, le chirurgien supprime la sonde. Il ne reste plus qu'une fistulette qui se ferme seule. Il est facile de comprendre la logique de ce traitement. Le sujet atteint d'occlusion intestinale est intoxiqué et reste intoxiqué. Il meurt de cette intoxication dans nombre de cas si l'intestin n'est pas drainé. On accuse le shock, la péritonite, c'est inexact. Il meurt de *toxémie intestinale*. Le liquide contenu dans l'intestin sus-jacent à l'obstacle est infecté et toxique. Il renferme du sang venu des vaisseaux pariétaux qui constitue un milieu de culture très favorable aux microbes. Il contient des poisons dangereux, toxines microbiennes, résultant de la décomposition des liquides organiques, des cellules desquamées et du sang transfusé.

En résumé, dans tous les cas d'occlusion intestinale aiguë récente, chez des malades qui ont encore le ventre plat et le « sourire » : laparotomie, levée de l'obstacle et fermeture. Dans tous les cas où le ventre est ballonné, l'intestin distendu, parésié, congestionné, lever l'obstacle et, avant de fermer, faire une entérostomie au-dessus de l'ancien obstacle.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 AOUT 1926)

Recherches sur la composition de la scille et son principe toni-cardiaque. — MM. F. HENRIJEAN et W. KOPACZEWSKI. Les expériences des auteurs leur permettent les conclusions suivantes :

Le corps isolé de la scille, correspondant à la formule $C^{11}H^{22}O^{11}$, appartient par ses propriétés physiologiques au groupe des médicaments cardiaques typiques et semble représenter le principe actif de cette plante, chimiquement caractérisé et physiologiquement contrôlé.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(JUILLET 1926)

Neuro-fibromatose et fibro-sarcome de l'extrémité supérieure du tibia. — MM. J. et Ch. ZUCCARELLI et CAUDIÈRE rapportent l'observation d'une malade de trente-quatre ans, atteinte de maladie de Recklinghausen chez laquelle apparut en trois mois environ une tuméfaction douloureuse de l'extrémité supérieure du tibia droit avec impotence fonctionnelle. Le diagnostic d'ostéo-sarcome porté cliniquement et radiologiquement fut confirmé par la biopsie. Amputation haute de cuisse. Suites opératoires normales, Les auteurs insistent sur le diagnostic clinique de la tumeur maligne d'avec les kystes de l'os, la syphilis osseuse et la tuberculose, les manifestations osseuses vraies du Recklinghausen. Au point de vue radiologique, ils tâchent de fixer la valeur séméiologique et pronostique des images de l'os. Ils notent, enfin, la rareté de la coexistence de tumeurs malignes de l'os et du Recklinghausen et pensent dans ce cas à la possible dégénérescence sarcomateuse ultérieure de la neuro-fibromatose.

Deux observations de thoracectomie antérieure (opération de Brauer) pour syndrome symphysaire associé à un rétrécissement mitral. — MM. ROUSLACROIX, BONNAL et ZUCCOLI. Première observation : Homme, trente-trois ans. Rétrécissement mitral serré et sclérose, infundibulum aortique sans insuffisance. Embolies pulmonaires. En outre, symptômes multiples de symphyse péricardique externe avec douleurs thoraciques intenses qui motivent l'intervention. Décès le soir de l'opération par dilatation aiguë du cœur. Lésions entièrement confirmées à l'autopsie.

Deuxième observation : Jeune homme, dix-huit ans. Rétrécissement mitral avec signes de symphyse antéro-latérale. Crises nerveuses d'épilepsie cardiaque pour lesquelles le malade est entré à l'hôpital. Douleurs thoraciques. L'opération pratiquée depuis sept mois a amené la disparition des douleurs et des crises pendant deux mois. Actuellement les crises recommencent. Etat cardiaque stationnaire. Etat général très amélioré.

Thoracectomie antérieure pour symphyse péricardique d'origine rhumatismale. — MM. ROUSLACROIX et V. AUBERT. Jeune fille de seize ans, entrée dans le service le 7 mars avec grands œdèmes, ascite, gros foie dur, gros cœur dilaté et souffles orificiels multiples. Dans les antécédents, chorée suivie de plusieurs crises de rhumatisme. Après évacuation de l'ascite et toni-cardiaques, on porte le diagnostic d'endocardite mitrale avec insuffisance organique relativement légère et adhérences intra et extrapéricardiques très fortes et très étendues. Indications opératoires posées en mai 1924; mais, pour des raisons diverses, la malade recule devant l'intervention jusqu'au 24 février 1926. Durant ce temps, progrès considérables de la cirrhose hépatique et de l'insuffisance cardiaque. Opération pratiquée dans des conditions très précises suivie de disparition des douleurs thoraciques, amélioration nette de l'état cardiaque. Mais les ponctions d'ascite se succédant, actuellement cette jeune fille très cachectisée succombe lentement aux progrès de l'insuffisance hépatique. Subictère,

melæna, pétéchies. Opérée en temps utile on était en droit d'escompter une guérison. Notre premier malade, Nicolas V..., actuellement opéré depuis deux ans, est toujours en excellente santé et a repris complètement son travail.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 18 JUIN 1926)

A propos de quelques cas de fièvre de Malte. — MM. VEDEL, GIRAUD et PUECH. Parmi les neuf cas de fièvre de Malte qu'ils ont observés en quatre ans, les auteurs signalent deux cas mortels, l'un par manifestations respiratoires prédominantes avec laryngite ulcéreuse, l'autre à la suite d'accidents sériques et après une longue évolution avec manifestations hémorragiques importantes. En ce qui concerne l'étiologie il faut retenir un cas probable de contagion de lit à lit chez un convalescent de fièvre typhoïde. Or, ces deux malades ont présenté des manifestations polynévritiques. Enfin, la réaction de Burnet, pratiquée dans quatre cas, s'est montrée une fois négative, alors que l'hémoculture avait été positive pour le melitococcus melitensis.

Deux cas de polynévrite mélitococcique. — MM. VEDEL, A. PUECH et M. JANBON rapportent deux cas de cette complication rare de la fièvre ondulante. L'un est une forme sensitivo-motrice avec prédominance des troubles de la sensibilité atteignant les membres inférieurs et réalisant un joli type de pseudo-tabes polynévritique : douleurs violentes, abolition des réflexes, démarche ataxique par troubles profonds de la sensibilité objective. L'autre est un cas de polynévrite motrice des membres inférieurs, avec atteinte prédominante des cruraux. Dans ces deux observations, les auteurs ont noté l'existence d'un œdème des membres inférieurs, indépendant de tout facteur cardiaque ou rénal, et dont l'évolution fut parallèle à celle de la polynévrite. Ils font, enfin, observer ce fait particulier qu'un sujet qui contracta la maladie au contact du second malade présenta après la période fébrile une paralysie du membre supérieur droit, avec prédominance à la racine. Ils se demandent si certaines races de mélitocoque auraient une affinité neurotrope.

Sur quelques cas de fièvre méditerranéenne depuis 1920. — MM. DUCAMP, BLOUQUIER DE CLARET et P. FALGAIROLLE. Une revue des cas de cette maladie recueillis depuis 1920 dans l'un des deux services de médecine générale des hôpitaux de Montpellier, et tous contrôlés par le laboratoire, montrent :

I. Du point de vue étiologique : 1° la rareté relative, au moins dans les hôpitaux de cette maladie dans l'un de ses pays d'élection (8 cas pour 46 cas de fièvre typhoïde) ; 2° l'absence possible d'une contagion immédiate (animaux ou lait), caprine ou ovidée. Porteurs de germes ; 3° la possibilité de récidives.

II. Du point de vue symptomatique : 1° la fréquence des algies précoces passagères ou durables ; 2° la réalité de la longueur d'évolution (jusqu'à onze mois) ; 3° la léthalité peu chargée, au moins au cours de la maladie (aucune mort).

III. Du point de vue diagnostique : la nécessité des examens de laboratoire (hémo ou séro) tout à la fois pour contrôler les renseignements étiologiques les mieux établis et pour dépister des fièvres méditerranéennes méconnues. L'intradermo-réaction de Burnet semble, par contre, d'un emploi délicat.

A propos de la spondylite mélitococcique. — M. JEAN MONTAGNE, au cours d'un travail consacré aux spondylites infectieuses, a eu l'occasion d'étudier une nouvelle variété de ces spondylites : la spondylite mélitococcique, récemment décrite par le professeur H. Roger (de Marseille).

L'auteur rappelle les grands caractères cliniques de cette spondylite et souligne l'intérêt qui s'attache à son étude, comme à celle de toutes les spondylites infectieuses ou post-infectieuses, en particulier du point de vue de leur diagnostic différentiel avec le mal de Pott. Les éléments du diagnostic positif de ces « faux maux de Pott » d'origine infectieuse sont fournis par l'anamnèse, la radiographie, les examens de laboratoire et par l'évolution même de la maladie.

Le double souffle crural intermittent de Duroziez dans la fièvre de Malte. — M. LAUZE (d'Aimargues) l'a constaté dans quinze cas de mélitococcie, chez des malades indemnes de toute lésion de l'appareil circulatoire ; il le considère comme sous la dépendance de l'hypotension diastolique dont il suivait les variations.

M. A. Puech considère qu'il est difficile de donner une explication satisfaisante du fait, par la seule existence d'une chute de la tension minima puisque, dans les cas rapportés, la tension différentielle était sensiblement normale ou même diminuée.

(SÉANCE DU 25 JUIN 1926)

Volumineuse pyonéphrose gauche à développement antérieur enlevée par l'incision thoraco-abdominale de Fey. — MM. J. COULAZOU, A. BONNET et M. SIMONNET relatent l'intervention pratiquée par le professeur Jeanbrau avec des suites opératoires excellentes et insistent sur les avantages de l'incision de Fey : elle donne un jour remarquable sur la partie haute de la loge rénale, particularité précieuse surtout pour le rein gauche ; elle permet la découverte et la ligature faciles du pédicule ; le drainage étant placé au point déclive et loin des sutures, ces dernières sont dans les meilleures conditions possibles pour cicatriser par première intention. L'ouverture de la plèvre, soigneusement suturée, n'a entraîné aucune complication pleurale ou pulmonaire.

A propos des monoplégies brachiales chez l'enfant. — MM. MASSABUAU, A. GUIBAL et LAUX présentent un enfant de trois ans qui s'est réveillé un matin avec une paralysie flasque totale du membre supérieur gauche, sans aucun signe prémonitoire. Après avoir passé en revue les étiologies possibles (lésion cérébrale, médullaire, radiculaire, périphérique) susceptibles d'expliquer cette paralysie chez l'enfant, les auteurs se tiennent à l'hypothèse de poliomyélite antérieure aiguë.

Ils soulignent : 1° la rareté de cette forme à tableau clinique infectieux fruste ; 2° la rareté de la localisation de la paralysie au membre supérieur, isolément et totalement pris ; 3° la régression progressive et incessante de la paralysie, de la périphérie à la racine, jusqu'à une quasi-guérison actuelle, sous l'influence de la diathermie.

Etat méningé fébrile intermittent. Paludisme probable. — M. A. PUECH rapporte l'observation d'un homme de vingt-deux ans qui a présenté en huit jours à trois reprises des accès caractérisés par une fièvre élevée et un syndrome méningé. Dans l'intervalle d'une durée de deux jours, tout rentre dans l'ordre. Le liquide céphalo-rachidien examiné lors du dernier accès est clair, hypertendu et contient 340 lymphocytes à la cellule de Nageotte. Quatre jours plus tard on ne comptait plus que 76 éléments, l'albumine est de 0g60, les chlorures de 7g2.

L'évolution et les examens de laboratoire permettent d'éliminer la tuberculose, la méningococcie, la spirochétose, la syphilis. S'agit-il de paludisme ? On notait une grosse rate et le sujet malade venait de passer trois semaines en septembre dans un pays où le paludisme autochtone sévit à l'état endémique. La formule sanguine montre une leucocytose normale avec légère mononucléose. Mais la recherche de l'hématozoaire, pratiquée il est vrai le lendemain du dernier accès, est restée négative, et trois semaines après celui-ci, en l'absence de tout traitement, aucune manifestation fébrile ne s'était reproduite chez ce sujet antérieurement non impaludé. D'autre part, les réactions méningées humorales observées dans le paludisme ne sont jamais très intenses. Le diagnostic étiologique reste douteux.

Epilepsie jacksonienne et azotémie. — MM. E. LEENHARDT et J. REVERDY. Une épilepsie jacksonienne gauche datant de 1924, chez un enfant âgé actuellement de douze ans et demi, restée très discrète depuis un an et demi, arrive presque à l'état de mal, en avril 1926, à l'occasion d'une crise d'urémie sans hypertension, sans cylindres urinaires, sans rétention des chlorures. Cette urémie paraît due à une infection gastro-intestinale. Azotémie, 1g13 le 13 avril. Sous l'influence du régime et des diurétiques, l'azotémie retombe à la normale vingt jours après. Les crises convulsives disparaissent de leur

côté d'une manière complète, mais il persiste une hyperréflectivité très nette et un signe de Babinski du côté gauche. L'épine provoquant cette épilepsie reste inconnue. Malgré des réactions biologiques négatives, un traitement intensif par le néosalvarsan a été institué, mais seulement après le retour de l'azotémie à la normale et la disparition des crises convulsives.

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1926)

Syndrome de Babinski-Nageotte (présentation de malade). (Résumé). — MM. Euzière, Pages et Chardonneau. Les auteurs présentent un cas assez typique de ce syndrome qui fut toutefois méconnu jusqu'ici. Ils soulignent quelques particularités telles que l'extension des signes cérebelleux aux deux moitiés du corps, l'abolition d'un réflexe achillien qui traduit peut-être une névrite éthylique surajoutée, et le contraste entre la discrétion des symptômes proprement cérebelleux et l'intensité des signes cérébello-labyrinthiques. Origine probablement spécifique.

Un cas de de myosite ossifiante progressive (avec présentation de documents iconographiques). — MM. Euzière, Pages et Charbonneau. Ces auteurs apportent l'observation d'une jeune fille de vingt-sept ans présentant tous les signes d'une myosite ossifiante progressive. L'affection a débuté à l'âge de trois ans après une série de convulsions et l'apparition d'une hémiplégie infantile du côté droit.

A son entrée à l'hôpital on trouve une ossification complète de son muscle grand dorsal, du côté droit et du côté gauche, de la masse sacro-lombaire, des adducteurs de la cuisse et des muscles du cou. Elle est fixée, incapable de faire le moindre mouvement des bras, du rachis, du cou et des cuisses. Les photographies présentées sont très caractéristiqnes. Les radiographies du tronc, du bassin et de l'épaule droite montrent une telle calcification des muscles que le tissu osseux néoformé a la même opacité que les os sur lesquels il s'insère.

De la localisation histologique de quelques substances médicamenteuses par leur fluorescence en lumière de Wood. — M. A. Joseph (de Strasbourg). L'auteur cherche, par leur fluorescence spéciale en lumière de Wood, à localiser certaines substances médicamenteuses. Il constate par ce moyen, comme Turchini, Carnot et Qoquoin l'ont observé, que le salicylate de soude se localise au niveau des articulations et plus spécialement du cartilage et voit en outre que les sels de quinine se fixent principalement au niveau de la rate qui devient fluorescente en lumière de Wood, surtout si l'on acidifie le milieu par de l'acide acétique dilué.

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1926)

Parotidite bilatérale suppurée post-anesthésique. — MM. Ester, Sicard et Montagne.

De la situation de l'appareil de Golgi dans quelques cellules glandulaires. — M. Jean Turchini. La situation de l'appareil de Golgi dans les cellules glandulaires ne semble pas être fatalement sous la dépendance du sens de la sécrétion. Elle ne peut, par suite, permettre, comme il est classiquement admis, d'indiquer sûrement la polarité fonctionnelle des éléments cellulaires. C'est l'absence d'enclaves dans certaines régions du cytoplasme qui détermine surtout la localisation de l'appareil de Golgi comme il résulte de nombreuses observations de l'auteur.

Dilatation aiguë de l'estomac au cours d'une sténose pylorique par cancer. Parotidite consécutive à des manœuvres difficiles de tubage. — MM. Vedel et Janbon. Les auteurs rapportent l'histoire d'une malade de soixante et un ans, atteinte de sténose du pylore, chez laquelle l'apparition brutale d'une douleur épigastrique à caractère syncopal, avec distension abdominale et cessation des vomissements fit penser à une perforation. Or le syndrome disparut par le seul tubage gastrique, qui permit de retirer un litre et demi de liquide. Il s'agissait très vraisemblablement de dilatation aiguë. L'intervention, ultérieurement pratiquée, permit de vérifier l'intégrité de la paroi gastrique et de reconnaître la tumeur cause de la sténose.

Vedel et Janbon signalent d'autre part, dès le lendemain du tubage qui fut très laborieux, l'apparition d'une parotidite droite, non suppurée, et tout en reconnaissant le rôle favorisant de la déshydratation due aux vomissements incessants, font jouer le rôle prédominant au traumatisme local.

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1926)

A propos d'un cas de parkinsonisme encéphalitique. Mécanisme du phénomène de « rétropulsion » (présentation de malade). — MM. L. Rimbaud, Boulet et Brémond. Les auteurs présentent un cas de parkinsonisme encéphalitique chez lequel existe une « rétropulsion » nettement secondaire à une hypertension du tronc par hypertonie des muscles lombaires; il s'agit d'une dystonie d'attitude, l'équilibre étant rompu en faveur des groupes extenseurs du tronc.

Signe de Babinski et reliquat de poliomyélite antérieure aiguë de l'enfance. — MM. Rimbaud, Boutet et Brémond. Les auteurs présentent un enfant de dix ans porteur d'un reliquat de poliomyélite antérieure aiguë, avec impotence partielle du membre inférieur gauche; la friction plantaire détermine l'extension du gros orteil. L'existence d'une paralysie des fléchisseurs du gros orteil, avec intégrité de l'extenseur permet d'expliquer ce « pseudo-Babinski » sans qu'il soit nécessaire de le rattacher à une lésion du faisceau pyramidal.

Déformations pseudo-rhumatismales dans deux syndromes post-névraxitiques. — MM. Euzières, Pages et Charbonneau. Les auteurs rapportent deux observations où des lésions rhumatismales coexistaient avec des syndromes névraxitiques. Dans le second de ces cas les lésions sont limitées à une moitié du corps, où existent précisément les symptômes névraxitiques (raideur, tremblemeut).

Kyste hydatique paravertébral; compression médullaire. Radiographies après lipiodol descendant. — MM. E. Mourgue-Molines et M. Lapeyrie. Un homme de trente-quatre ans est opéré le 20 mars 1926 pour kyste hydatique de la masse sacro-lombaire gauche, grande poche kystique rompue et fusée de vésicules-filles sous les côtes et vers la colonne vertébrale.

Le 7 avril 1926 début d'une paraplégie avec légère contracture. Le lendemain rétention d'urine. Ponction lombaire : Albumine, 6,68; Nageotte, 9,1 (lymphocytes et grands mono); liquide très xanthochromique. Pas de fièvre. Injection de lipiodol (XIe dorsale) nettement arrêtée à la XIe lombaire. Le 28 avril le malade urine seul. Disparition progressive de la paraplégie. Sorti guéri le 19 juin. La radio de contrôle montre encore à cette date un peu de lipiodol arrêté au niveau de la XIe lombaire. Les auteurs croient que l'agent de compression médullaire était une vésicule-fille et pensent que l'action de l'iode du lipiodol et celle des Rayons X ont pu intervenir dans sa flétrissure.

A propos de l'anesthésie générale à l'éther chez les tuberculeux pulmonaires. — M. Tedenat.

PRATIQUE MÉDICALE

LE THIGÉNOL DANS LE TRAITEMENT DE LA FURONCULOSE (1)

par le docteur J. Sacaze.

L'auteur recommande la technique suivante :

Bien nettoyer le furoncle et toute la région périfuronculeuse à l'alcool laisser sécher, puis appliquer avec un tampon d'ouate une couche de thigénol pur liquide que l'on laisse sécher sur place, avec une petite quantité d'ouate par dessus : renouveler ce pansement tous les jours en lavant d'abord la couche de thigénol mise le jour précédent, avec de l'eau tiède;

(1) *Concours méd.*, Paris 1926, 18 juillet.

puis refaire le pansement comme indiqué plus haut. Dès que le furoncle est percé et s'il donne beaucoup de pus, il vaut mieux renouveler le pansement deux fois par jour. Très rapidement, l'aspect du furoncle et de la région périfuronculeuse est complètement transformé et les incisions sont presque toujours absolument évitées. Enfin la dissémination microbienne est rendue impossible avec cette technique de traitement. Bien entendu, cela n'empêche pas de compléter si on le désire par des injections d'auto-vaccins et l'administration de levure, d'étain et de tout autre prétendu spécifique; mais nous tenons à insister encore une fois sur ce mode de traitement facile, simple, nullement douloureux, ne donnant aucune mauvaise odeur, et susceptible de rendre de multiples services au médecin praticien, dans les meilleures conditions pour les malades, et avec des résultats vraiment surprenants.

Toutefois il est absolument essentiel d'utiliser un thigénol excessivement pur et c'est pourquoi il faut employer exclusivemeut le thigénol Roche, liquide brun, inodore, soluble dans l'eau, ni caustique ni toxique, ne laissant pas sur la peau des taches indélébiles comme les sulfo-ichtyolates du commerce, Le thigénol a fait ses preuves en dermatologie (Fournier, Brocq, Darier, Pautrier, Mazzini, Martial, etc.), et en gynécologie, on le sait, soit qu'on utilise les ovules, soit qu'on préfère les tampons, c'est un médicament aujourd'hui classique, grâce à ses propriétés décongestionnantes, résolutives, et même bactéricides. Le thigénol, en effet, est employé avec d'excellents résultats dans les petites plaies, les brûlures même très étendues, dans les hémorroïdes enflammées, les ulcères variqueux, etc. Lorsqu'il est employé pur, ses effets antiphlogistiques sont si nets et si rapides qu'on a pu faire avorter en quelque sorte des épididymites, des adénites, etc., de même d'ailleurs que des furoncles.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de psychiatrie (1), par le docteur Lévy-Valensi.

Rien de plus déroutant, pour l'étudiant, que l'étude de la psychiatrie. Tandis que, dans les autres branches de la science médicale, à un symptôme donné correspond une lésion, si bien que l'on s'est habitué à penser *anatomiquement*, en psychiatrie, il n'en va plus de même. Sans doute, il est des affections mentales qui relèvent d'une altération définie des centres nerveux. Mais pour combien d'autres, l'anatomie pathologique est encore à faire! Si nous voulons les comprendre, habituons-nous à les considérer comme des perturbations fonctionnelles du cerveau, autrement dit à penser *fonctionnellement*.

Comment passer de la raison à la folie ? Par trois étapes, qui sont les tendances individuelles, les caractères, les maladies mentales.

« Le cerveau de l'enfant n'est pas un commencement, il est une étape, et, trop souvent, une fin. Toutes les tares des individus et des races ont pétri cette substance, contribuant à créer des « *tendances* », qui sont de trois ordres. Aux premières appartient la tendance vitale ou expansive; quant aux secondes elles peuvent être intrinsèques ou extrinsèques, celles-ci marquant les réactions du sujet envers le monde extérieur : elles sont surtout affectives, dont les réactions sont d'ordre émotif. Les dernières sont d'ordre économique, qui mettent en jeu le subconscient.

Y a-t-il soit exagération, soit perversion d'une ou de plusieurs tendances : on a alors affaire à un syndrome morbide, la *constitution mentale*, qui peut être de type varié : expansif-dépressif, instinctif, défensif, affectif, automatique, mixte.

L'accentuation des types constitutionnels formera les groupes des *maladies mentales constitutionnelles*.

Ces données étant admises on peut aborder avec profit l'étude générale des psychoses et étudier:

Leur *étiologie générale*, en passant en revue l'influence des divers facteurs : hérédité, fécondation, gestation, accouchement, facteurs physio, psycho et pathologique;

Leurs *grands symptômes*, qu'ils soient ou non compatibles avec la conservation de l'unité psychique. A ceux-là appartiennent surtout les troubles de l'intelligence, de l'imagination, du jugement, de l'affectivité; à ceux-ci, les obsessions et l'automatisme sous ses différentes formes. Viennent ensuite les multiples réactions des psychopathes : tics, attitudes, écrits, etc.;

Le manière dont s'associent ces symptômes, autrement dit les *syndromes mentaux* : états d'excitation, de dépression, de confusion, d'insuffisance, délire, modifications de la personalité, etc.

Il ne reste plus qu'à décrire les *maladies mentales* : maladies mentales d'évolution : idiotie ; maladies constitutionnelles, qu'elles soient du type expansif-dépressif, ou consistent en psychasthénie, neurasthénie, psychose d'automatisme, démence précoce, délires systématisés chroniques, maladies mentales organiques, troubles mentaux dans les infections, etc., et à exposer les *éléments de pratique psychiatrique* indispensables au praticien.

Telle est, en quelques mots, l'ordonnance du livre publié par M. Lévy-Valensi. On voit à quel point elle est personnelle, originale, nouvelle, et combien elle prête d'intérêt aux sujets qu'elle traite. Sans méconnaître les données traditionnelles, elle s'efforce, partout et toujours, d'apporter la plus grande précision, de faire en un mot, de la psychiatrie une véritable science, et de la traiter, non en philosophe mais en médecin. Nous ne saurions trop engager les lecteurs de la *Gazette* à faire avec ce beau livre ample connaissance, et nous voudrions en louer l'auteur qui a su se montrer aussi excellent aliéniste qu'habile neurologiste et faire preuve une fois de plus de remarquables qualités didactiques.

L. Babonneix.

Précis de chimiothérapie des maladies infectieuses (1). Cours professé à la Faculté de pharmacie de Strasbourg, par le docteur A. Marxer.

Cette publication traite d'une matière nouvelle qui intéresse les médecins et les vétérinaires aussi bien que les pharmaciens et les chimistes. C'est la première fois qu'on essaie de traiter la chimiothérapie dans son ensemble.

Dans les premiers chapitres l'auteur expose les principes de la chimiothérapie.

Dans les chapitres suivants, l'auteur fait connaître les faits de l'immunothérapie qui se rattachent à la chimiothérapie.

Enfin, l'auteur énumère les remèdes chimiothérapeutiques dans leur application pratique.

Ce volume, d'un format commode, très élégamment présenté, vient à son heure et comble une lacune, aussi sera-t-il très apprécié de tous ceux qui s'intéressent à la lutte contre les maladies infectieuses.

L. G.

La Radiologie du médecin praticien. Radiodiagnostic des maladies de l'appareil digestif (2), par R. Ledoux-Lebard. « Collection médecine et chirurgie pratiques ».

Ce livre est écrit dans le même esprit que les autres volumes de la « Collection du médecin praticien » à laquelle il appartient. L'auteur, y enseigne à l'étudiant et au médecin tout ce qu'ils doivent savoir de la radiologie pour éclairer leur diagnostic. Parmi les moyens d'investigation récents l'examen radiologique a pris au cours de ces dernières années un développement impressionnant, et dans le cas où les images radiographiques et radioscopiques ne révèlent pas un état elles permettent de confirmer, de préciser, d'interpréter ce que l'examen direct aura indiqué.

Dans ce livre, le docteur Ledoux-Lebard envisage seulement le radiodiagnostic des maladies de l'appareil digestif dont le domaine est très étendu. Avant d'en aborder l'étude, il donne des notions sur les rayons X, sur la technique générale et l'interprétation des images. On trouve ensuite les chapitres suivants :

Technique spéciale de l'examen radiologique du tube

(1) Bibliothèque Gilbert et Fournier. In-18 de 504 pages. — Paris, 1926, J.-B Baillière et fils.

(1) Un volume de 190 pages. — Prix : 15 fr. — « Les Editions universitaires de Strasbourg », 1*a*, place de l'Université à Strasbourg. R. C. Strasbourg 3677, chèques post. : Strasbourg 107.60.

(2) Un volume de 288 pages et 101 figures et 12 planches radiographiques hors texte. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

digestif. Essai de séméiologie radiologique du tube digestif. Bouche. Pharynx et œsophage. L'estomac. La séméiologie de l'estomac pathologique. Duodénum et intestin grêle. Gros intestin. Le côlon pathologique. Annexes du tube digestif.

Pour chaque organe, les différents modes d'examen et procédés sont indiqués et à propos de chaque affection l'organe est examiné à l'état normal et à l'état pathologique avec ses anomalies réelles ou apparentes, ses différents aspects, les erreurs dont il peut être l'objet.

Une illustration schématique complète cet ouvrage et 12 planches hors texte représentent 24 aspects de l'appareil digestif au cours de l'examen.

Avec cet ouvrage, le médecin saura dans quel cas il devra provoquer un examen radiologique; il en suivra facilement les différentes phases et interprétera facilement les images qui lui auront été transmises.

L. G.

L'Année médicale pratique (1), publiée sous la direction de C. Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. Préface du professeur E. Sergent.

Les médecins qui ne connaissent pas encore l'*Année médicale pratique* auront la grande satisfaction, en lisant ce volume (5e année), de constater combien il est agréable de trouver toutes les données nouvelles et pratiques exposées en 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, et rédigés par des spécialistes pour chacune des branches de l'activité médicale (médecine, chirurgie, obstétrique, ophtalmologie, etc.). Ils se réjouiront également de rencontrer dans ce petit livre les notions nouvelles en législation médicale (lois, procès), ainsi que la liste de tous les médicaments, appareils et livres nouveaux.

Quant aux fidèles lecteurs de l'*Année médicale pratique*, ils apprendront avec plaisir par cette note la récente publication du volume qu'ils attendent chaque année avec une légitime impatience, car ils se sont nettement rendu compte qu'il est impossible de bien connaître et d'appliquer facilement les nouveautés médicales, si l'on n'a pas tous les ans sur son bureau le dernier volume de l'*Année médicale pratique*.

L. G.

L'Amibiase intestinale et ses localisations extra-intestinales. *Etude biologique et clinique* (2), par Mme le docteur A. Panayotatou (d'Alexandrie), lauréate de l'Académie des sciences de Paris.

Après quelques notions strictement nécessaires, qui servent de base à l'étude et sont exposées aux chapitres consacrés à la cause de la maladie, aux conditions générales de propagation, à l'anatomie pathologique, à l'amibiase intestinale et au diagnostic de la dysenterie amibienne, l'auteur nous décrit l'amibiase des voies respiratoires et ses différentes formes cliniques, puis la morphologie de l'amibe des crachats et l'expérimentation biologique.

Les deux derniers chapitres enfin traitent de l'amibiase chez l'enfant : amibiase bronchique et abcès du foie.

La thérapeutique associée et minutieusement exposée aux principales localisations du parasite, donne à cet ouvrage scientifique, un intérêt pratique. Un index bibliographique termine l'ouvrage.

Recherches sur la physiologie des plexus choroïdes et de la leptoméninge (3), par H. Laborde, ex-interne des hôpitaux, chef des travaux d'anatomie. Travail fait dans le service de neuro-psychiatrie de la Faculté de médecine (professeur Cestan).

Le liquide céphalo-rachidien, renouvelé avec une extrême lenteur à l'état normal, ne circule pas d'une manière appréciable.

Les phénomènes de perméabilité méningée ne sont pas l'apanage des plexus choroïdes seuls. Ils se passent sur toute la hauteur du névraxe, partout où existent la pie-mère et ses vaisseaux. Ils sont des phénomènes de perméabilité vasculaire.

La perméabilité méningée n'est pas accrue par la soustraction de liquide céphalo-rachidien.

La combinaison de la ponction lombaire aspiratrice avec la médication intraveineuse est donc inefficace. Cette méthode thérapeutique doit être abandonnée.

L. G.

(1) 5e année, 1 vol. in-16, 584 pages, 7 fig. — Prix : 24 fr. — Paris, Edit. R. Lépine, 3, rue Vézelay.

(2) In-8 carré de 160 pages avec 3 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, Vigot frères.

(3) Toulouse, imprimerie du Centre.

Clinique médicale de l'hôpital Beaujon [2e série] (1), par Ch. Achard, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

La première série de ces cliniques, parue il y a deux ans et aujourd'hui épuisée rencontra un vif succès. Basées à la fois sur l'examen du malade et sur l'utilisation de toutes les ressources du laboratoire afin d'établir le diagnostic, visant à développer à la fois les connaissances cliniques et scientifiques elles marquent la tendance actuelle de l'enseignement clinique.

Cette deuxième série est conçue dans le même esprit, les sujets en sont variés, tous intéressants par quelque acquisition récente, par quelque épreuve biologique nouvelle, par quelques aperçus de pathologie générale ou par quelques progrès thérapeutiques.

Pour chaque sujet choisi, la clinique débute par une observation minutieuse, par un diagnostic longuement discuté, puis l'étiologie, l'anatomie pathologique, les épreuves biologiques et la thérapeutique sont étudiées en détail.

Les questions traitées dans ce livre sont les suivantes :

Maladie de Morvan — Syringomyélie, étude clinique, lésions et pathogénie. — La goutte, étude clinique, lésions et pathogénie. — Traitement de la goutte. — Les gangrènes des diabétiques. — Coma diabétique, étude clinique, pathogénie, traitement. — Diabète hydrurique. — Le danger social de l'alcoolisme. — Paralysie alcoolique. — Cirrhose de Laënnec, étude clinique, lésions et pathogénie. — Régime déchloruré dans le traitement de l'ascite cirrhotique. — Empoisonnement par le sublimé. — Néphrite saturnique. — Urémie hyperazotémique. — Etude clinique. — Etude pathogénique, etc.

L. G.

L'Exploration fonctionnelle du foie et l'insuffisance hépatique (2), par les docteurs Noël Fiessinger et Henry Walter.

Dans ces dernières années, l'exploration fonctionnelle du foie a attiré tout particulièrement l'attention des cliniciens et des chercheurs. De nombreuses techniques ont été proposées et si certaines sont sans valeur ou n'ont apporté que de médiocres renseignements, d'autres peuvent prendre place dans un examen fonctionnel. Les auteurs qui depuis plusieurs années, se sont attachés à cette étude font une mise au point complète et précise de l'exploration fonctionnelle du foie. Après avoir fait la critique des méthodes, ils montrent que, dans l'insuffisance hépatique légère ou moyenne, il y a souvent asynergie fonctionnelle, ce qui nécessite l'exploration plurifonctionnelle et que le phénomène de l'intermittence dont on doit la connaissance au professeur Chauffard nécessite de la même façon la répétition des épreuves.

Dans un chapitre clinique, les auteurs font une étude complète des différentes formes de l'insuffisance hépatique, de leur diagnostic, de leur pronostic et de leur traitement.

De ce livre documenté découle une idée dominante la fragilité des méthodes expérimentales d'exploration si on la compare à la fermeté des syndromes cliniques. « L'étude fonctionnelle du foie pathologique reste le triomphe de la clinique, mais d'une clinique bien comprise, bien observée et dégagée de cette hâte superficielle qui, pour voir vite, examine mal. »

(1) Un volume de 338 pages avec 63 figures. — Prix : 24 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume de 388 pages, avec 5 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent
DRAEGER

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Vannes. — Le lundi 15 novembre 1926, à 8 h. 30 du matin, aura lieu devant l'Ecole de médecine de Rennes (Hôtel-Dieu de Rennes) un concours pour une place de chirurgien titulaire des hospices de Vannes.

Les candidats devront se faire inscrire et produire leur dossier avant le 29 octobre 1926, au secrétariat des hospices de Vannes, 1, rue de la Loi, où ils pourront prendre connaissance des conditions du programme.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Sont nommés, après concours, aux emplois ci-après :

A. Pour une période de cinq ans, à compter du 1er novembre 1926 : 1. Professeur de pathologie interne et thérapeutique à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux : M. V.-G.-T. Jeanniot, médecin de 1re classe.

2. Professeur de physique biologique : *a.* A l'Ecole annexe de médecine navale de Brest : M. E.-C.-M. Leleux, pharmacien chimiste de 1re classe.

b. A l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort : M. P.-J.-M. Soumet, pharmacien chimiste de 1re classe.

B. Pour une période de trois ans, à compter du 1er janvier 1927 : Adjoint au professeur de bactériologie et d'épidémiologie à l'Ecole d'application du Service de santé de la marine à Toulon : M. I.-J. Bideau, médecin de 1re classe. (*J. O.*, 15 août 1926.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des colonies. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Casaux, directeur de l'Institut ophtalmologique de Hanoï, professeur à l'Ecole de médecine de l'Indochine; Dyé, chef de travaux pratiques à l'Institut de médecine coloniale; Saint-Cyr, médecin-chirurgien à l'hôpital civil de Fort-de-France.

Ministère de la Justice. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Bornot, médecin de la Maison d'arrêt de la Santé.

— Sont inscrits au tableau de concours :

Pour le grade d'officier. — MM. Enjalbert et Valette, médecins-majors de 1re classe.

Pour le grade de chevalier. — M. Gilès, médecin aide-major de 1re classe du Service de santé du Maroc.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont inscrits au tableau de concours :

Pour la médaille militaire. — M. Damon, médecin auxiliaire, au Maroc.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeur : M. A. Gilbert; professeur agrégé : M. Maurice Villaret. — Cours de vacances, de revision et de perfectionnement (septembre 1926). — *Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du tube digestif.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 13 septembre 1926, à 9 heures, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux; Herscher, Etienne Chabrol et Henri Bénard, médecins des hôpitaux; Dufourmentel, Saint-Girons et Paul Blum, anciens chefs de clinique; François Moutier, chef de laboratoire à la Faculté; Leven, ancien interne des hôpitaux; Dumont et Deval, ancien chef et chef de laboratoire; Lagarenne et Durey, chefs des laboratoires de radiologie et des agents physiques de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 heures; l'après-midi, à 14 h. 30.

Le cours comprendra trente-huit leçons et sera complet en

deux semaines; il sera illustré de planches et projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon au cours de la visite dans les salles, tous les matins, à partir de 10 h. 30.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude sera organisé les 24, 25 et 26 septembre, à Vichy.

Les élèves du cours désireux d'y participer sont priés de s'inscrire à l'avance, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, auprès de M. Deval qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1925-1926 ont lieu, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1° Deux cours de perfectionnement : *a.* L'un sur les maladies du foie et du pancréas et sur le diabète (grandes vacances, juillet); *b.* L'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances, septembre).

2° Un cours de revision sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (vacances de Pâques).

— CHAIRE D'HYGIÈNE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE. — *Cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, par M. le professeur Léon Bernard et M. Robert Debré, agrégé, avec la collaboration de MM. Vallée, directeur du laboratoire des recherches du ministère de l'Agriculture; Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec; de Jong, agrégé d'anatomie pathologique; Maingot, radiologiste de l'hôpital Laënnec; Paraf, Bonnet, préparateurs à la Faculté; Baron, Coste, Lelong, assistants du dispensaire Léon-Bourgeois; Vitry, assistant à l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine; G. Guinon, médecin inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine; Evrot, délégué technique du Comité national de défense contre la tuberculose.

Ce cours aura lieu du 18 octobre au 14 novembre 1926. Il comprendra à la Faculté, tous les après-midi, des exercices pratiques de laboratoire et des leçons qui seront données au laboratoire d'hygiène; et, à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon-Bourgeois, tous les matins, des exercices pratiques de clinique.

Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine.

Il sera perçu un droit de laboratoire de 250 francs.

Le Comité national de défense contre la tuberculose tient un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français chargés du service médical d'un dispensaire antituberculeux en France, ou désignés officiellement par des autorités départementales ou municipales, ou par des comités locaux, pour prendre la direction d'un dispensaire. L'importance de ces bourses sera suffisante pour défrayer les médecins de leurs dépenses de voyage et de séjour à Paris pendant la durée du cours.

Pour l'obtention de ces bourses, s'adresser au directeur du Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

Pour l'inscription au cours, s'adresser à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

La première réunion des élèves aura lieu à l'hôpital Laënnec (service du professeur Léon Bernard), le lundi 18 octobre, à 10 heures.

Exercices pratiques à l'hôpital Laënnec.

Examens de laboratoire à la Faculté.

Des visites seront faites à des établissements antituberculeux à des dates qui seront ultérieurement désignées.

— CHAIRE DE PHYSIQUE MÉDICALE. (Professeur : M. André STROHL.) — INSTITUT DU RADIUM. (Directeurs : Mme P. CURIE et M. le docteur Cl. REGAUD.) — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris. — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous la direction des professeurs Regaud et Strohl, et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot, électroradiologiste des hôpitaux.

Cet enseignement a pour but de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend :

1° Un enseignement préparatoire constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris;

2° Un stage de perfectionnement ultérieur.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 fr.; un droit de bibliothèque, 40 fr.; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 fr.; un droit d'examen, 250 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), de 15 à 17 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

Le nombre des places est limité.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mathieu (de Nancy); professeur Commandeur, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon, accoucheur honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, décédé à Lyon, à l'âge de 57 ans; Emile-Marie Rubbons (de Lede, Belgique); Sérieux (de Martignes).

NOTES DE PRATIQUE

ALBUMINURIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Régime lacto-végétarien hypochloruré.

Restriction des liquides (1.200 g. par 24 heures).

Deux à trois fois par jour, un cachet de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée, pour assurer la dépuration rénale et abaisser la tension artérielle.

Si le cœur fléchit, digitale à petites doses ou employer la Théosalvose digitalique (2 à 3 cachets de 0g50 par jour).

CONFUSION MENTALE ET OBUSITE

Par les docteurs RODIET,
Médecin chef des Asiles de la Seine,
et FRIBOURG BLANC,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

CONFUSION MENTALE

La confusion mentale, qu'elle soit aiguë et primitive ou secondaire et chronique, étant, par définition même, une psychose généralisée, caractérisée par une torpeur, un engourdissement de l'activité psychique supérieure, se manifestant même le plus souvent, par la suspension complète de toutes les fonctions cérébrales, mais avec automatisme onirique délirant, et réaction adéquate de l'organisme, s'est révélée une des psychoses les plus fréquemment observées, pendant la guerre, chez les mobilisés.

En effet, d'après les auteurs, l'étiologie de la confusion mentale se résume dans l'exposé suivant : 1° Intoxication ou infection sous toutes ses formes. Là interviennent toutes les insuffisances fonctionnelles organiques : rénale (azotémie chlorurémie), hépatique (subictère), et gastro-intestinale (entérite des tranchées par exemple) et surtout l'alcoolisme sous toutes ses formes; 2° Schocks traumatiques, physiques et psychiques.

Toutes ces causes étaient, le plus souvent, réunies pour produire les troubles mentaux chez les hommes, en état de guerre, mais nous verrons que la question du *choc émotionnel* a été de beaucoup la plus importante, ainsi que l'ont démontré le docteur Briand (de Paris) et le docteur Simeroy (de Nantes) (1). Si importante même qu'elle a créé, ainsi que nous l'étudierons plus loin, d'après les observations du Val-de-Grâce, une variété de confusion mentale particulière à la dernière guerre et qu'on a dénommée : l'*obusite*. Toutefois, en dehors de la commotion produite par les obus chez les hommes du front et de l'émotion consécutive, toutes les autres causes de confusion mentale sont intervenues, afin de rendre la maladie fréquente et assez grave pour justifier la mise en observation dans un service de psychiâtrie. Il ne semble pas toutefois, qu'en dehors de ces causes (intoxication alcoolique, fatigue, infection) chez les malades observés en état de confusion mentale, il soit nécessaire de faire intervenir l'hérédité autrement que dans la prédisposition émotive. Si, en ce qui concerne l'alcoolisme et la dipsomanie, la résistance à la fatigue et à l'infection et la dépression ou l'excitation qui peuvent en résulter, il faut jusqu'à un certain point, tenir compte des prédispositions héréditaires, il faut bien admettre aussi que l'homme le plus pondéré et le plus calme, est sujet à des défaillances, en présence du danger continuel et de secousses physiques et morales répétées, jour et nuit, pendant des mois et même (la guerre a duré quatre ans), des années. Par suite, alors qu'il faut tenir le plus grand compte dans les cas des états maniaques et mélancoliques, et d'autres formes mentales observées pendant la guerre de l'hérédité, et des accès antérieurs, on ne relève pas de tels antécédents chez les confus qui pouvaient être, avant l'épisode aigu, des hommes sains et bien équilibrés, même s'ils étaient faciles à émouvoir.

Comment se présentait la confusion mentale chez les sujets observés ? Avec ses symptômes habituels : tout d'abord, la *céphalée*, qui est pour ainsi dire, la règle dans les psychoses toxiques, céphalalgie intense, gravative, pénible, à siège diffus, fronto-orbitaire ou occipital, et aussi l'*insomnie*, la torpeur et l'*obtusion*. La torpeur cérébrale est tellement intense et constante que l'individu, jusque-là actif et alerte, se trouve plongé sans étonnement, et semble-t-il, avec indifférence complète, dans l'inaction psychique la plus absolue. Toutefois, cette torpeur a des degrés, depuis la simple prostration intellectuelle jusqu'à l'hébétude, la stupeur, la stupidité qui laisse le malade insensible à toute stimulation provocatrice. A cette torpeur intellectuelle, s'ajoutent donc l'*obtusion* et la *désorientation*, témoignant du désordre où se trouve l'intelligence qui n'arrive plus à recueillir et à grouper souvenirs, appréciations, sensations et idées. Aussi, le malade ne reconnaît-il plus son milieu, son entourage, ne sait plus où il est, ne se rend pas compte du temps, ne peut plus coordonner son langage ni fournir aucun renseignement. Il est, en outre, atteint d'une *amnésie* toute spéciale, qui n'est pas la diminution de mémoire des démences simples ou vésaniques, ni celle des ictus cérébraux, qui est incomplète. C'est un mélange de souvenirs exacts et précis et d'oublis extraordinaires, conduisant le sujet à demander à manger, alors qu'il est à table, ou à réclamer son lit, alors qu'il est couché, c'est-à-dire qu'il lui est impossible de fixer et de se rappeler ses actes, au moment même où il les exécute. Il en est de même pour l'orientation dans le temps et dans l'espace, et le lieu.

Le malade ne sait pas, le plus souvent, ni à quelle époque, ni à quel endroit il se trouve, et fait les erreurs les plus grossières à ce sujet. De même aussi, pour les *perceptions* et l'*affectivité* qui sont diminuées, aussi bien que la *conscience personnelle*, la *personnalité* et l'*activité générale*, qui est annihilée, inexistante ou très amoindrie.

Tel est le tableau psychique, résumé, de la confusion mentale simple ou asthénique, tel que nous le retrouvons dans nos observations mais à la description de cette forme, la plus commune, il faut joindre celle de la confusion mentale délirante, ou délire onirique, non moins commune, soit d'emblée, soit comme réveil de l'activité intellectuelle chez le malade. Régis qui a bien trouvé le mot caractéristique de *délire du rêve* pour ces états morbides, a démontré aussi que c'est un véritable état somnambulique, état second, naissant et évoluant au milieu du sommeil de toutes les facultés mentales chez le confus.

Il est organisé par la persistance de l'activité subconsciente ou inconsciente et possède le sujet au point de lui permettre de vivre d'une existence, pour ainsi dire, automatique, et s'il est suivi, au moment du réveil de la conscience, d'une amnésie plus ou moins complète, ce délire laisse fréquemment, dans la conscience, après sa disparition, des *idées fixes*. C'est par là surtout qu'il se manifeste nettement : delire commun à toutes les psychoses toxiques et infectieuses, soit d'origine gastro-intestinale, soit traumatiques.

L'activité de ce délire se caractérise par des associations d'événements extraordinaires.

Parfois, ce n'est pas de façon soudaine que cesse le délire du confus, mais le plus souvent, c'est, peu à peu, que le retour à la vie réelle est complet, et il arrive que le malade garde de son délire des croyances illusoires et des interprétations fausses.

(1) SIMEROY. La folie pendant la guerre, *Journal des praticiens* du 26 juin 1926.

Ce sont là des reliquats de confusion mentale, s'organisant en délire secondaire, surtout lorsque le sujet est prédisposé.

Nous observerons que, dans les cas de confusion mentale simple, la marche et la durée ont été courtes, de telle sorte que la terminaison habituelle a été la guérison, et, qu'après un séjour peu prolongé dans le service de psychiâtrie, le sujet a pu rejoindre son corps, tout à fait amnésique des accidents mentaux qui avaient nécessité son envoi au Val-de-Grâce.

Lorsque la confusion mentale se prolongeait, sous la forme délirante, et devenait chronique, l'évacuation dans un Asile a été nécessaire. Il est même arrivé que, dans certains cas, très rares, de confusion mentale aiguë, sous forme de stupidité complète ou de délire onirique très actif, la mort ait été constatée dans le service, peu d'heures après l'entrée.

Dans les observations qui suivent, nous relevons les deux formes que nous avons étudiées, avec leurs symptômes classiques accusés par l'état de guerre.

Observation I. — Le B.... Pas de renseignements d'état civil.

Entre le 15 novembre 1914. Trouvé errant boulevard de Strasbourg, ne sachant pas où il était, ni d'où il est venait. Est déprimé, fatigué, et ne prononce, quand on l'interroge avec insistance, que des paroles incohérentes. D'après renseignements, a été blessé à la jambe le 2 novembre. Plaie guérie. Est évacué à l'asile de Villejuif le 27 novembre 1914.

Diagnostic : Etat confusionnel consécutif à blessure de guerre.

Obs. II. — A... (Marius). Pas de renseignements d'état civil. Entre le 9 juillet 1915.

Arrêté par un agent dans la rue, parce qu'il errait sans but, étonné d'être à Paris et se croyant à Toulouse. Sort guéri, le 11 septembre 1915. D'après renseignements, aurait été enseveli par un obus, dans la tranchée. Buveur d'habitude.

Diagnostic : Etat confusionnel passager, consécutif à ensevelissement. Appoint alcoolique.

Obs. III. — B... (Louis). Pas d'autres renseignements d'état civil. Trouvé égaré dans la rue. Entre le 15 janvier 1915 en état de stupeur, inerte, figé, et reste dans cet état jusqu'au 19 février où il s'agite au milieu de cauchemars, revivant la scène des tranchées au cours de laquelle il a été commotionné : « Je ne vois que des cadavres autour de moi ; ils sont dans toutes les positions. » Le lendemain, il devient capable d'écrire le récit des faits qui ont précédé l'explosion et sa commotion. Part en convalescence d'un mois, le 21 février 1915, guéri. Diagnostic : confusion mentale après commotion.

Obs. IV. — C... (Bernard). Pas de renseignements d'état civil. Entre le 15 mars 1915. « Il est venu à Paris, dit-il, pour chercher le camarade tué à côté de lui dans la tranchée. » Air abruti, absent, égaré. Compréhension et paroles lentes.

Est évacué à Ville-Evrard le 30 mars 1915, au moment où il se réveille et reprend contact avec l'extérieur.

Diagnostic : Confusion mentale consécutive à choc moral (camarade tué à ses côtés).

Obs. V. — M... (Jules), trente-deux ans, ajusteur-mécanicien. Mobilisé, bataillon de chasseurs à pied.

Entre le 28 novembre 1924, venant de la prison du Cherche-Midi où il est en prévention pour passer au Conseil de guerre après désertion. Après une phase d'abrutissement et de stupeur, s'est réveillé dans le service, racontant des scènes terrifiantes : « Il a vu sur le front cinquante femmes éventrées : on voyait le fœtus. Elles sont enterrées dans une forêt, près du village de Rouvre. »

Il insiste sur le détail de ses hallucinations visuelles. Amélioration et guérison progressive au Val-de-Grâce.

Est renvoyé à la prison du Cherche-Midi le 2 janvier 1915.

Diagnostic : Confusion mentale hallucinatoire. Délire onirique. Guérison. Irresponsable de sa désertion.

Obs. VI. — R... (Georges), trente-trois ans, garçon de laboratoire. Mobilisé, régiment colonial. Entre le 17 novembre 1915, bien orienté. Père mort de tuberculose à quarante-six ans ; mère morte à cinquante-neuf ans de cancer de l'estomac. Lui-même à onze ans a été soigné, pendant deux ans, pour incontinence d'urine.

Encore actuellement, urine de temps en temps dans son pantalon. A été mobilisé le 6 août 1914.

A été évacué une première fois le 10 septembre 1914 pour fatigue générale et asthénie. Retourne au front le 20 septembre 1914. De nouveau, évacué le 10 février 1915 pour confusion mentale passagère succédant à une attaque de nuit.

Au début de novembre 1915, étant en liaison avec le petit poste, a donné l'alarme et déclanché une attaque, à l'improviste, de l'ennemi. A déserté aussitôt et est venu en consultation au Val-de-Grâce.

Est très amélioré le 25 novembre 1915 en état d'être évacué sur un dépôt de convalescents.

Diagnostic : Séquelles de confusion mentale consécutive à choc émotionnel, chez un débile héréditaire.

Obs. VII. — J... (Théodore), trente-quatre ans, couvreur, mobilisé infanterie. Entre le 26 décembre 1917, amené à la consultation par ses parents.

D'après renseignements de la famille, n'a jamais été normal et son père est mort dans un asile. Tour à tour, avant la guerre, a essayé de plusieurs professions : apprenti relieur, puis zingueur, puis couvreur. Mobilisé le 9 avril 1915, est resté pendant dix mois au front, mais, après commotion pour éclat d'obus, il a été évacué sur Compiègne, et depuis cette époque il a erré d'hôpital en hôpital.

Actuellement, parle seul et fait les demandes et les réponses à voix basse.

Est désorienté et fait des gestes de défense, tout en se plaignant et récriminant, sans élever la voix, contre des personnages imaginaires.

Est évacué à Villejuif le 30 décembre 1917.

Diagnostic : Agitation confusionnelle sur fonds de dégénérescence mentale.

Hallucinations auditives psycho-motrices verbales et idées de persécution.

Obs. VIII. — T... (Emile) ; vingt-neuf ans. Fabricant de cartonnages. Mobilisé, infanterie. Entre le 2 mai 1916 amené en consultation par sa mère. Est au front depuis le début de la guerre. N'a pas été blessé, mais très sérieusement commotionné, il y a un mois. A cette date, était au repos à Cuperly et ne sait plus rien de ce qui s'est passé depuis sa commotion. Il sait qu'il y a dix jours, peut-être quinze, les gendarmes l'ont trouvé sur la route, lorsqu'il allait à Deuil (Seine-et-Oise) voir sa femme et sa fille, étant en permission régulière. Il croit se rappeler qu'il a dû aller à la gare de Cuperly et c'est là, qu'il a, probablement, commencé à voyager et il s'est perdu partout, ne sachant pas où il allait. Il est arrivé dans un pays inconnu et quelqu'un l'a ramené à la gare et mis dans le train. Il est arrivé ainsi à la gare de l'Est. Là il s'est encore promené, il ne sait combien de temps, et il est enfin revenu à la gare du Nord où il a pris son train pour Deuil « après avoir demandé partout où il a passé ». Il sait seulement qu'il est arrivé à Deuil, a été à sa maison, a vu sa femme et sa petite fille, mais il ne sait pas combien de jours il est resté là ni ce qui est arrivé. Sa mère a été à la gendarmerie et c'est sa mère et sa femme qui l'ont ramené de Deuil au Val-de-Grâce.

Dans le service, bien orienté dans le temps et l'espace. Se plaint de maux de tête et d'un malaise général. Insomnie, idées mélancoliques. « On l'accuse d'avoir vendu la France ». Onirisme nocturne et diurne. « Il était poursuivi, dit-il, par des gens qui veulent le tuer » et cette évocation provoque une crise émotive de tremblement et d'anxiété avec rougeur de la face et larmes, dont il se rend compte. Il a conscience, qu'à la lecture d'un journal il se monte la tête, comme dans son enfance, quand il lisait des romans d'aventures. Langue propre. Etat physique, satisfaisant. Pas de signes d'éthylisme. Pas de troubles pupillaires.

Est évacué à Villejuif le 8 mai 1916.

Diagnostic : Confusion mentale hallucinatoire sur fonds mélancolique.

D'après ces observations, ne pourrait-on pas admettre que, abstraction faite des formes de la confusion mentale succédant à l'alcoolisme aigu, aux crises épileptiques et aux maladies infectieuses : (fièvre typhoïde, grippe, etc.), la confusion mentale primitive aiguë se manifeste progressivement sous les deux aspects :

1° Stupeur et assoupissement de toutes les facultés dans un premier stade, plus ou moins prolongé, depuis quelques heures à plusieurs jours; 2° hallucinations et délire onirique au cours du stade suivant.

Cette théorie simplifie la conception de la maladie et n'est pas en contradiction avec les idées des anciens auteurs, qui dénommaient : délire aigu, mélancolie aiguë secondaire, stupidité, délire secondaire toxique, toutes ces manifestations de la confusion mentale à sa deuxième période. Ces manifestations se résument, en réalité, dans un onirisme, qui arrive, parfois, à se prolonger, sous l'aspect d'état maniaque, ou d'état mélancolique ou de délire hypochondriaque ou encore d'idées de persécution, selon le tempérament du sujet.

C'est là ce que nous observons chez les malades des observations 5, 6, 7, alors que les sujets des observations II et III ont guéri rapidement avant d'en arriver au deuxième stade et bien que dans le cas de l'observation II il y ait eu un appoint alcoolique notable. L'hérédité morbide n'est mentionnée que chez deux malades (observations VI et VII) et ces débiles mentaux présentaient encore longtemps après le choc émotif, des séquelles de confusion mentale, les ayant amenés à déserter.

Quant aux causes du trouble intellectuel, elles ont été : la blessure dans le cas de l'observation I, l'ensevelissement dans la tranchée par éclatement d'obus (observation II) et le choc moral et émotif chez les malades des observations IV, VI et VII. C'est dans un véritable état de « somnambulisme » que les malades des observations IV et VIII ont vécu les jours qui ont suivi le choc et sont arrivés jusqu'à l'hôpital où leur état de confusion mentale a été soigné.

OBUSITE

La description de la confusion mentale et de ses manifestations pendant la guerre, doit être suivie de l'étude des observations de troubles mentaux, si fréquents chez les mobilisés de la dernière guerre, qu'on les a classés sous un terme jusque-là inusité en psychiâtrie : l'obusite. Cette dénomination est surtout justifiée parce que la commotion par déflagration d'obus s'est trouvée, le plus souvent, à l'origine de la confusion mentale et du délire onirique consécutif, dans ces nombreux cas, et les observations suivantes classées sous le terme « obusite » démontrent clairement qu'il s'agit là d'une cause d'affection mentale très spéciale à la dernière guerre, chez des hommes prédisposés à des troubles mentaux par leur tempérament émotif.

Observation I. — M... (Michel). Pas de renseignements d'état civil. Mobilisé infanterie. Entre le 18 novembre 1914. Evacué de la zone des armées pour confusion mentale persistant, après un mois, à la suite d'un ensevelissement par obus. Très bon soldat, n'ayant jamais présenté de troubles mentaux avant le traumatisme. Sort guéri le 12 décembre 1914, en convalescence de quinze jours.

Diagnostic : obusite; guérison après repos.

Obs. II. — Ech... (Georges). Pas de renseignements d'état civil. Mobilisé infanterie.

Entré le 18 novembre 1914, troublé, désorienté, inconscient; s'améliore progressivement, et rejoint son corps le 9 décembre 1914.

Diagnostic : Confusion mentale consécutive à déflagration d'obus (obusite) peut être utilisé dans les services auxiliaires. Trois mois après sa sortie, écrit pour demander à être réformé.

Obs. III. — B... (Arsène). Pas de renseignements d'état civil. Mobilisé, infanterie. Entre le 15 janvier 1915. Reste confus, triste, absent, désorienté. Se plaint de ne pas entendre et de conserver des bourdonnements d'oreilles. Examiné par un spécialiste, présente de la sclérose du tympan des deux côtés. Est évacué à Ville-Evrard le 31 mars 1915. Diagnostic : obusite. Dureté de l'ouïe : Attitude déprimée.

Obs. IV. — B... (Victor). Pas de renseignements d'état civil. Mobilisé, infanterie. Entre le 10 novembre 1915, évacué de la zone des armées, parce qu'il ne parle plus, ne répond à aucune question, ne s'habille plus seul, et s'alimente mal. Atteint d'obusite le 11 octobre, à 5 heures du soir. Couvert par les débris de trois de ses camarades tués auprès de lui. Le lendemain, au cours d'une attaque, s'est bien conduit, mais depuis cette époque, mutisme absolu. Le 14 novembre, mis en présence de sa femme et de ses enfants, au Val-de-Grâce, reprend conscience et peut appeler son fils. Depuis ce moment fait des progrès constants chaque jour et, guéri, rejoint son corps le 12 décembre 1915.

Diagnostic : obusite, mutisme émotif.

Obs. V. — B... (Georges), sergent, infanterie. Entre le 2 octobre 1915. A été enterré par un obus en juin.

Depuis le choc, est sujet à des crises nerveuses, à forme pithiatique. Est évacué à Ville-Evrard le 14 octobre 1915.

Diagnostic : neurasthénie traumatique, avec accidents hystériformes. Déjà traité avant la guerre pour crises nerveuses.

Obs. VI. — D... (René). Mobilisé génie. Entre le 3 novembre 1914. Evacué de la zone des armées parce qu'il a perdu connaissance et est aveugle depuis un éclatement d'obus dans la tranchée, à 2 mètres de son poste. Après un mois dans le service, reste obtus, indifférent, déprimé. Est évacué à Ville-Evrard, le 5 décembre 1914, après examen de l'ophtalmologiste qui n'a pas trouvé de lésions oculaires.

Diagnostic : Délire mélancolique avec idées de culpabilité et cécité psychique consécutive à éclatement d'obus.

Obs. VII. — G... (Jules). Pas de renseignements d'état civil. Mobilisé infanterie. Entre le 25 mars 1915. Vient de l'hospice des Quinze-Vingts. Présente une cécité complète, sans lésion organique, depuis l'éclatement d'un obus, près de lui, dans la tranchée, et en outre des idées de persécution avec des hallucinations auditives pénibles. Est évacué à Villejuif le 27 mars 1915.

Diagnostic : obusite, délire mélancolique et agitation anxieuse; cécité psychique complète.

Obs. VIII. — S... (Jean), vingt ans. Mobilisé infanterie. Entre le 25 septembre 1915, présenté par le rapport de son aide-major qui note : « Est entré à l'ambulance pour contusions multiples avec hémoptysie après obusite. Est désorienté dans le temps et dans l'espace et son indifférence à tout ce qui l'entoure est complète. » Depuis son arrivée au Val-de-Grâce, reste inerte dans son lit : répond à voix basse et ne parle jamais spontanément. Après quinze jours de traitement, amélioration légère, mais quand on le fait lever, marche en se tenant aux murs, et, si on le pousse, se met à pleurer. Puis, la confusion s'accentue, le malade ne répond plus aux questions, il reste constamment immobile, les sourcils froncés, en marmottant qu'il entend des voix lui disant qu'il va s'en aller et qu'on va l'électriser. Léger négativisme et tendances à la catatonie. Est évacué à Ville-Evrard le 25 septembre 1915.

Diagnostic : obusite. Hallucinations auditives. Cauchemars. Confusion. Possibilité de démence précoce en évolution, et consécutive à choc moral.

Obs. IX. — J... (Hilaire), quarante ans, cultivateur. Sait à peine lire, écrire et compter. Mobilisé infanterie. Entre le 23 octobre 1917. Est envoyé par son commandant pour observation parce que, très bon soldat jusqu'en février 1917 (avance de Saint-Quentin) il présente un tremblement généralisé. A

cette date, par les grands froids, couché et immobilisé dans la neige (il n'y avait pas de tranchées dans le secteur) il a subi un bombardement intense, et depuis lors, n'a pas cessé de trembler. Déjà en 1915, a été enseveli coup sur coup quatre fois par obus, et cependant a fait toute la Somme. Depuis huit jours, les symptômes d'hyperémotivité sont plus accusés : 1° tremblement généralisé continuel diurne et nocturne; 2° hyperéflectivité tendineuse; 3° bradycardie (pouls à 62); 4° ne peut plus entendre le bombardement et l'approche des avions, ce qui le terrifie, bien qu'il prétende être sourd et ne rien entendre. Est évacué à Maison-Blanche le 25 octobre 1917.

Diagnostic : obusite. Syndrome hyperémotif, post-commotionnel. Surdité alléguée, mais non démontrée.

Obs. X. — C... (René), vingt-deux ans. Mobilisé, dragons. Entre le 30 juillet 1917. Vient du front, où il a passé huit jours. Raconte qu'un gros obus a éclaté à une vingtaine de mètres de lui. Aussitôt après, il s'est enfui, tout droit devant lui. Souvenirs très vagues de ce qui est arrivé après. Il a été arrêté comme déserteur à la gare et mis en observation. Dans le service, confusion mentale légère : ignore le jour où nous sommes, mais sait qu'il est au Val-de-Grâce, et, en insistant, on arrive à l'orienter dans le temps. Tremblement des doigts, réflexes rotuliens et achilléens vifs : tachycardie.

Est évacué à Maison-Blanche le 1er août 1917. Diagnostic : léger état confusionnel, avec syndrome hyperémotif, après obusite.

Obs. XI. — D... (Albert), vingt-huit ans, sans profession. Mobilisé, chasseurs à pied, sergent. Entre le 6 mai 1918. Parti simple soldat, classe 15, avait devancé l'appel en novembre 1914. Actuellement sous-officier et croix de guerre. En août 1915, commotionné par chute de torpille et évacué au Val-de-Grâce jusqu'en octobre 1915, puis renvoyé à son dépôt, retourne au front jusqu'en octobre 1916. Nouvelle commotion par obus, quarante-cinq jours de convalescence sans hospitalisation, puis dépôt, retour au front sur sa demande. En avril 1917, est enseveli trois fois dans la même nuit. Reste sous l'influence de la commotion une demi-heure et n'entre pas à l'ambulance. En août, lors de l'attaque de la cote 304, le camion qui le transporte est tamponné : il fait une chute sur la tête et néanmoins participe à l'attaque, mais ensuite, reste impressionnable, constamment fatigué; inquiétudes, cauchemars, réveils en sursaut, angoisse, oublie tout ce qu'il n'écrit pas, et se fait punir; vertiges et besoin d'uriner fréquent et impérieux, phobies diverses et obsessions, irritabilité, tremblement et éréthisme cardiaque. Etait en permission régulière lorsqu'il est venu consulter au Val-de-Grâce, d'où il sort le 8 juin 1918.

Diagnostic : psychose émotive développée, après plusieurs commotions de guerre. A verser dans le service auxiliaire.

Si donc, nous comparons ces observations avec celles des confus, nous pouvons déduire que le plus souvent le syndrome dénommé « obusite » ne peut pas être considéré comme une forme mentale spéciale, et que le terme ne s'applique, dans la plupart des faits rapportés, qu'à la cause déterminante de l'état de confusion. Toutefois il y a lieu de noter que la commotion par obus a provoqué outre de la confusion de la dureté de l'ouïe (observation III), du délire mélancolique et une cécité psychique persistante (observation VI), des hallucinations auditives pénibles et encore la cécité psychique (observation VII), à laquelle se substitue un mutisme émotif, dans le cas de l'observation IV. Un seul malade a cherché à utiliser son accident (observation II) mais l'obusite a déterminé, chez les autres, des symptômes nerveux graves, notamment chez le malade XI qui avait déjà eu des accidents hystériformes avant la guerre. Selon que l'homme était plus ou moins nerveux (constitution émotive des observations IX, X et XI) et selon que le choc a été plus ou moins violent, tous les degrés de l'hyperémotivité après commotion, sont mentionnés, depuis la confusion légère, (observation X) et le tremblement généralisé (observation IX) jusqu'à une psychose émotive grave après plusieurs commotions (observation XI) chez un homme bien équilibré et soldat très courageux.

Etant admis que la commotion par obus a été la cause des troubles mentaux dans ces observations, il n'en résulte pas qu'elle constitue une maladie spéciale.

Elle est intervenue comme choc émotionnel et facteur étiologique, brutal et puissant, surtout lorsqu'elle s'accompagnait ou était suivie de mutité, de surdité, de cécité, ou lorsqu'elle a déclanché l'apparition d'une démence précoce, encore en sommeil : mais là s'est bornée l'action du choc par éclatement d'obus, et toute autre commotion violente, physique ou morale, aurait pu déclancher l'accès chez l'homme, non mobilisé, mais intoxiqué ou prédisposé par son tempérament émotif.

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS

Grand Palais : 15, 16, 17, 18, 19 juillet 1926.

Un gros succès qui a certainement dépassé les espérances des organisateurs telle est la première constatation que l'on peut faire avant d'examiner les cause de ce succès.

Mais il est incontestable que la formule créé par les Belges est des plus heureuses, puisqu'elle a trouvé des imitateurs, et que la réussite a été complète à Paris.

Le nom, d'ailleurs. de M. le professeur Widal, président des Journées médicales de Paris, ne pouvait que rallier un très grand nombre de médecins, ainsi que ceux des M. le professeur Balthazard et de M. le docteur Dujarric de la Rivière secrétaire général.

L'organisation fut également complétée par les docteurs Descomps, Devraigne, Coutela, Deval, ainsi que par M. Jean Faure président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, qui avait mis au point l'exposition annexée aux « Journées médicales » pour laquelle le ministre du Commerce avait accordé son patronage officiel.

***

Le Président de la République qui, depuis longtemps déjà, avait témoigné l'intérêt qu'il portait aux « Journées médicales de Paris » en autorisant le Comité à les placer sous son haut patronage, a tenu à venir présider à leur inaugurntion. Il était entouré du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts et du ministre de Commerce. Les ministres des Affaires étrangères, de la Guerre, de la Marine, du Travail, de l'Hygiène et Prévoyance sociales, des Travaux publics, avaient envoyé des délégués.

Beaucoup de nations étrangères étaient représentées. Enfin, de nombreuses personnalités avaient tenu à apporter les témoignages de l'intérêt qu'elles portaient à cette manifestation en assistant à la séance inaugurale. Nous avons remarqué M. le professeur Bar, président de l'Académie de médecine, les présidents du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine, les préfets de la Seine, de Police, le recteur de l'Université de Paris, le directeur de l'Assistance publique, les doyens des Facultés de médecine et de pharmacie. L'armée était représentée par MM. les médecins inspecteurs Savornin, Fournial, Dopter, etc., de même que le Corps de santé de la marine et celui des troupes coloniales. Le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur, le professeur Madsen (de Copenhague) assistaient à l'inauguration.

M. le professeur Widal, président des « Journées médicales de Paris » a pris le premier la parole. Après avoir remercié les personnalités qui assistaient à la séance et fait un bref historique des « Journées », il en indique le but, qui est de permettre au médecin praticien de renouveler périodiquement son instruction médicale, en le tenant au courant des progrès que

Association de la Presse médicale française.

la médecine réalise chaque jour. Il s'agit d'une *sorte d'école temporaire de perfectionnement.*

D'autre part, il est de toute nécessité que quelques-unes des questions d'ordre général qui occupent l'actualité soient exposées par leurs auteurs mêmes.

A tout ceci, il faut un complément nécessaire : montrer les instruments, appareils, produits nouveaux qui sont dus à l'ingéniosité et aux recherches des industries auxiliaires de la médecine. C'est le but de l'exposition installée au Grand-Palais. Le service de santé militaire ne s'est pas désintéressé de cette partie et a présenté les plus récents modèles de son service de campagne.

M. le professeur Bordet (de Bruxelles) a pris la parole au nom des délégués étrangers. Il dit la nécessité de fréquentes « Journées médicales »... *propices à l'instruction mutuelle des médecins et qui, de plus, ont le mérite de resserrer les liens entre les confrères en les associant plus étroitement dans l'effort vers la découverte et la conscience de ce que leur mission comporte de généreux et d'élevé.*

M. le professeur Balthazard prit ensuite la parole. Il demanda l'indulgence pour les imperfections inévitables qui pourraient apparaître au cours de cette première expérience parisienne des Journées médicales, imperfections qui, nous devons le dire, ne se sont pas manifestées à nous.

M. Jean Faure, enfin, président du Comité de l'exposition, clôtura la série des discours par une allocution brève, dans laquelle, rassemblant les idées qui ont présidé à la formation des « Journées médicales de Paris », il en synthétisa le but et l'utilité.

* * *

Indépendamment des démonstrations pratiques qui ont eu lieu, tant dans les hôpitaux que dans les cliniques privées, et sur la nature desquelles toute description serait fastidieuse, une série de conférences sur des sujets particuliers ont eu lieu chaque après-midi au Grand-Palais.

C'est, tout d'abord, M. le professeur Calmette, qui entretint un nombreux auditoire de l'*état actuel de nos connaissances sur la vaccination antituberculeuse.*

Cette vaccination est exclusivement préventive. Pour la réaliser, il faut introduire dans l'organisme des bacilles de Koch assez peu virulents ou assez peu nombreux pour ne pas donner lieu à des troubles morbides graves, mais cependant suffisamment actifs pour créer l'état de *prémunition*. L'expérience a montré qu'il était absolument nécessaire que ces bacilles soient vivants.

Les constatations cliniques et les investigations faites à l'aide des réactions tuberculiniques ont montré combien est fréquente et grave l'infection bacillaire chez les très jeunes enfants surtout lorsqu'ils sont élevés soit par leur mère phtisique, soit dans un milieu familial contaminé. Pour protéger de tels nourrissons, il importe donc d'introduire dans leur organisme, *dès leur naissance*, quelques germes vivants, aussi inoffensifs que possible, qui puissent jouer un rôle protecteur analogue à celui des tuberculoses latentes ou occultes vis-à-vis des réinfections graves.

Ce sont ces conditions que réalise le vaccin BCG (bacille Calmette-Guérin) qui est constitué par des bacilles bovins cultivés en série, de telle façon qu'ils sont presque avirulents et se montrent inaptes à former des tubercules. Cependant, ils sont quand même aptes à protéger l'organisme contre les infections bacillaires virulentes.

Des constatations cliniques faites depuis cinq ans, il ressort que ce bacille-vaccin s'est montré inoffensif, mais que son efficacité protectrice est si réelle qu'il n'est plus permis, à l'heure actuelle, d'en douter. Une statistique portant sur plus de onze mille nouveau-nés, dont plus d'un millier sont en observation continue depuis un à deux ans, a montré que la mortalité reste inférieure à 1 p. 100, alors qu'elle est au moins de un sur quatre chez les non-vaccinés. La protection est efficace au moins pendant les trois premières années de la vie.

Ce mode de vaccination est actuellement utilisé dans plusieurs pays. On le réalise par l'absorption buccale d'une culture fraîche de bacilles avirulents. Il est évident qu'il importe de ne rien négliger des autres mesures d'hygiène individuelle habituelles ou collectives, qui restent toujours la règle en pareil cas.

M. le docteur Bensaude a exposé l'état actuel de l'*endoscopie intestinale* au point de vue de l'utilité diagnostique et de la valeur thérapeutique.

On sait combien le cancer du rectum est polymorphe et combien il peut simuler d'autres affections : hémorroïdes, dysenterie et coliques dysentériformes, polypes, tumeurs villeuses, rétrécissement, etc. Le diagnostic posé, l'endoscopie intestinale permet un traitement local plus facile : injections sclérosantes pour les hémorroïdes, électrocoagulation des néoformations bénignes (polypose), traitement diathermique des rétrécissements. Cette conférence a été illustrée par de très nombreuses projections en couleurs.

M. le professeur Graham (de Saint-Louis, Missouri) a dit les progrès réalisés depuis 1923, époque à laquelle il a mis au point les méthodes d'exploration radiologique de la vésicule biliaire (*cholécystographie*).

Grâce à ces procédés on peut maintenant faire un diagnostic précis des altérations vésiculaires fonctionnelles.

En terminant sa conférence, il a abordé la physiologie de la vésicule biliaire et a montré qu'elle se vidait mécaniquement sans aucune contraction active.

M. le professeur Sicard a exposé la méthode d'utilisation de l'iode en suspension huileuse (*lipiodiagnostic, lipiothérapie*) injecté dans l'espace sous-arachnoïdien. Grâce à ce procédé, on peut dire que désormais le diagnostic d'un assez grand nombre de lésions rachidiennes et tout spécialement de tumeurs médullaires est plus aisé et que la médecine de la moelle épinière a fait un progrès dont on peut, dès maintenant, apprécier toute l'étendue.

M. le professeur Balthazard a indiqué aux membres des Journées médicales combien l'*exercice illégal de la médecine* sévit actuellement.

Beaucoup de gens non qualifiés (magnétiseurs, masseurs, empiriques) racolent des clients trop crédules à grand renfort de réclame. Légalement, c'est moins le diagnostic que le traitement des maladies qui constitue l'exercice illégal. Il faut qu'il y ait maladie, ce mot devant être pris dans son acception la plus large (Le Poittevin), tel, par exemple, un état de dépression ou de faiblesse. Traiter doit s'entendre par la signification intégrale du mot, les actes de simple humanité exceptés.

Enfin, il faut qu'il y ait habitude ou direction suivie : habitude s'entend pratiquement par des soins donnés à plusieurs malades (trois au moins) et direction suivie signifie que le malade a été vu plusieurs fois ; mais le juge garde une liberté complète d'appréciation.

L'exercice illégal peut même être pratiqué par un docteur en médecine, si ce dernier couvre de son diplôme les agissements d'un empirique.

M. le docteur Lutembacher a mis en évidence les progrès récents de la cardiologie qui, s'ils sont maintenant connus de presque tous les médecins, n'en restent pas moins dépendants d'une technique qui ne peut pas facilement se vulgariser. C'est tout d'abord la comparaison des résultats fournis par les méthodes graphiques avec ceux que donne l'auscultation. Cette dernière est, au surplus, impuissante à révéler certains bruits fugitifs, ainsi que l'auditoire a pu s'en convaincre par un film parlant.

Enfin, une séance de pluri-auscultation, dans la salle même, a été particulièrement intéressante.

M. le professeur Lépine a insisté sur ce fait que, chez l'épileptique, la crise n'est pas tout, mais n'est que l'extériorisation d'un état latent permanent.

Cet état est conditionné par des causes multiples : infections, intoxications, troubles endocriniens, chocs dus à des perturbations physico-chimiques ; toutes influences qui, à un moment donné, rompent l'équilibre vago-sympathique et provoquent la crise.

Il importe donc d'instituer une thérapeutique étiologique spécifique qui est et doit rester un traitement individuel.

M. le médecin principal Picqué, professeur à la Faculté de

médecine de Bordeaux, chirurgien chef de l'hôpital de Talence, a exposé dans une remarquable conférence ce qu'est actuellement l'aviation sanitaire. Après lui, M. Julliot exposa les points particuliers de droit international qu'elle soulève.

Mais comme le docteur Picqué est un homme d'action, il a voulu que sa conférence soit complétée par une démonstration pratique et a convié les adhérents des « Journées » à des vols qui ont eu lieu au Bourget. A ce sujet une mention particulière est due à son pilote l'adjudant-chef Goegel, auquel nombre de nos confrères doivent un heureux baptême de l'air.

M. le docteur Devraigne fit une conférence sur les moyens d'éducation de la « future maman ». Pendant ce temps se déroulait le film qu'il présentait, moyen des plus intéressants au point de vue de l'enseignement pratique.

Avant de terminer cette trop rapide revue, il convient de signaler encore trois exposés faits dans le service de M. le professeur Gilbert par le physiologiste russe W. N. Boldyreff.

En collaboration avec Ch. E. Stewart, il a étudié l'action de la diathermie sur la sécrétion et la motilité de l'estomac et de l'intestin. Cet agent physique convenablement appliqué accroît la sécrétion gastrique et diminue la sécrétion intestinale; il inhibe les contractions périodiques de l'estomac au repos sans exercer aucune influence, au moins dans les conditions expérimentales, sur l'acidité chlorhydrique et la pepsine du suc gastrique.

Avec J. T. Case, le même auteur a recherché l'action exercée par les rayons X sur les sécrétions gastrique et salivaire. L'irradiation de l'estomac ou des glandes salivaires à faibles doses augmente temporairement les sécrétions qui sont, par contre, taries transitoirement ou définitivement avec des doses plus fortes. De plus, les rayons X provoquent de l'hypoesthésie de la muqueuse buccale et de la peau en même temps que la motricité est notablement affaiblie. Très probablement, l'ouïe et l'odorat sont aussi affectés. Ces indications sont à prendre en considération au cours d'un traitement radiothérapique.

On dit habituellement que les alcalins entravent la sécrétion pancréatique. W. N. Boldyreff a constaté au contraire qu'ils l'excitent quoique faiblement. Ces sécrétions sont plus alcalines, mais aussi plus pauvres en ferments que les sécrétions normales. A hautes doses, l'arrêt est total; si les fortes doses sont répétées, le pancréas subit la dégénérescence graisseuse.

Ce même auteur a aussi étudié le mal de mer comme une suite logique à ses travaux sur la physiologie du pancréas. On peut provoquer le mal de mer chez le chien en lui injectant du suc pancréatique actif dans l'intestin grêle. Cet état est déterminé par l'exagération des contractions périodiques de l'estomac et de l'intestin grêle qui s'effectuent normalement en dehors des périodes digestives et qui s'accompagnent d'une sécrétion également périodique du segment de la glande pancréatique ainsi que du suc intestinal et de la bile. Un certain nombre de facteurs, telle que la peur, provoquent le ralentissement momentané suivi d'augmentation marquée de cette activité qui détermine alors l'apparition de hoquet, nausées, vomissements. Ces phénomènes favorisés par le froid sont amendés par la chaleur.

*
* *

Le Service de santé militaire exposait une ambulance chirurgicale automobile de campagne complète : tente-hôpital, salles de radiologie et d'opérations, annexe d'examens spéciaux.

M. le médecin inspecteur Rouvillois fit une démonstration des appareils à fracture les plus récents en usage dans le Service de santé militaire, tant pour le transport que pour le traitement. La principale caractéristique de ces appareils est aussi bien leur légèreté que leurs destinations multiples.

La direction du Service de santé, attachant une grande importance à l'instruction militaire sanitaire qui résultait de la présentation de son nouveau matériel, avait convié un certain nombre de médecins de complément à une période d'instruction.

*
* *

Une excursion à Reims terminait les « Journées médicales » à laquelle ont pris part plus de quatre cents membres.

Les excursionnistes furent reçus à leur arrivée par M. Marchandeau, député-maire de Reims, les docteurs Jacquinet, directeur de l'Ecole de médecine, et Téchoueyres, professeur à cette Ecole, accompagnés du docteur Loche, président du Syndicat médical de Reims.

On visita la cathédrale. Le cardinal Luçon parla du supplice rémois au cours de la guerre.

On se rendit ensuite aux caves Pommery, où l'on sabla le champagne en écoutant une allocution du marquis de Polignac.

Après le déjeuner, le général Mariaux fit au fort de la Pompelle l'historique rapide de la guerre champenoise.

Enfin, une brillante réception à l'Hôtel de Ville clôtura cette visite.

Une exposition de tableaux, de bustes et de statuettes avait été organisée au Grand Palais par le docteur Rabier. Une représentation à l'Opéra (*Paillasse*, *Les Deux Pigeons*) fut donnée aux membres des Journées médicales pratiques, ajoutant aux travaux scientifiques, malgré tout un peu arides, une note artistique.

Ces Journées médicales nous ont paru très courtes; il en a été de même, je crois, pour beaucoup de praticiens; c'est un gage de leur réussite. Nous ne pouvons que souhaiter de les voir se renouveler.

R. PIÉDELIÈVRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1926)

Transfusion du sang de convalescent dans les oreillons avec orchite (3 cas). — MM. DUCAMP, BLOUQUIER DE CLARET et P. FALGAIROLLE. D'après des observations malheureusement réduites, mais probantes, les auteurs pour les mêmes raisons que celles qu'ils ont déjà exposées à propos d'autres maladies infectieuses, pensent que la transfusion du sang de convalescent (atteints ou non d'orchite) est actuellement la thérapeutique la meilleure par son innocuité, par sa spécifité, son action et sa facilité d'exécution, des oreillons et surtout de leur complications, en particulier des orchites ourliennes. Fait d'une grande portée théorique et pratique.

A propos d'un cas de tétanos guéri par la sérothérapie. — MM. LEENHARDT, REVERDY et GONDARD. Les auteurs présentent un enfant de quatorze ans, atteint de tétanos avec masque sardonique, crises de contracture douloureuses en hyperextension, raideur permanente et trismus et guéri par la sérothérapie intensive en trois semaines. L'enfant a reçu pendant le cours de la maladie 120 centimètres cubes de sérum antitétanique intra-rachidien de 330 centimètres cubes de sérum sous-cutané. Aucune porte d'entrée n'a pu être mise en évidence.

Cancer primitif des poumons. — MM. VEDEL et JANBON. Les auteurs ont vu évoluer en deux mois, chez une femme de soixante et un ans, un cancer primitif des poumons d'origine vraisemblablement alvéolaire. Ils font observer la grande extension et la diversité des lésions observées : les deux poumons étaient pris, et la tumeur se présentait selon les régions sous des aspects très différents : type de cancer massif, type de cancer nodulaire, type pleuro-pulmonaire avec taches de bougie, ailleurs arborisations élégantes dues à la lymphangite intra-pulmonaire.

Cliniquement l'affection avait déterminé une pleurésie séro-hémorragique présentant deux caractères tout à fait particuliers, sur lesquels insistent les auteurs : coagulation massive presque immédiate après la ponction; formule leucocytaire à prédominance d'éosinophiles. Ces deux faits sont en contradiction absolue avec les données classiquement admises.

Ostéomyélite à localisations multiples respectant les os longs. — MM. MASSABUAU, GUIBAL, LAUX et MONTAGNE. Observation d'un malade âgé de quinze ans, qui au cours

d'une ostéomyélite évoluant pendant cinq mois, a présenté dix localisations.

Toutes ces localisations, pour la plupart très sérieuses, se firent sur les os plats : omoplate, os coxal, sacrum, cote, os du crâne, et de la face, respectant entièrement les os longs des membres.

Le pH du contenu intestinal chez le chien. — MM. L. HEDON et BRÉMOND. Les auteurs ont déterminé, par la méthode colorimétrique (indications monochromes de la série du nitro-phénol, de Michaelis) le pH de liquides recueillis chez quatre chiens par des fistules placées sur différents segments de l'intestin grêle. Dans le duodénum, au-dessus de l'abouchement des canaux biliaires et pancréatiques, la réaction est encore acide, le pH variant entre 4, 8 et 5, 6. Dans les premières portions du grêle, le pH est encore au-dessous de 7; il varie entre 5, 4 et 5, 6 à 60 centimètres du pylore, et entre 5,8 et 6.2 à 1 mètre du pylore. Enfin dans les dernières portions de l'intestin grêle la réaction devient faiblement alcaline; le pH est de 7,5 pour les liquides recueillis à 3m,50 du pylore et à 1m,50 de l'abouchement iléo-cæcal.

PRATIQUE MÉDICALE

THÉRAPEUTIQUE ANTIGOUTTEUSE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE, TRAITEMENT DE FOND (1)

Par le docteur THÉBAULT,

Docteur ès sciences, ex-préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

Le phénomène diathésique fondamental du tempérament goutteux est une surproduction d'acide urique qui passe inaperçue jusqu'au jour où elle se révèle sous forme d'une crise aiguë. Jusque-là le goutteux peut présenter quelques douleurs plus ou moins mal définies et localisées, dont il se préoccupe assez peu, d'une façon générale : c'est la période de latence, durant laquelle le médecin n'est que peu ou pas consulté. Mais la scène change du tout au tout lorsque se manifeste un épisode aigu, le malade réclamant alors à cor et à cris un remède efficace à son mal.

L'auteur, étudiant le processus de l'hyperuricémie qui peut se schématiser par : alimentation hyperazotée, déviation du métabolisme des nucléines, exhaussement du seuil rénal, précipitation de l'acide urique (par phénomènes d'ordre chimique ou physique), conclut que la thérapeutique, pour être vraiment causale, devra s'adresser à l'ensemble de ces facteurs du trouble humoral, d'où la nécessité du régime, de l'hygiène, du traitement médicamenteux.

Dans ce dernier, le phénylcinchoninate d'allyle, ou atoquinol, joue le rôle le plus important parce que, agissant conjointement sur le métabolisme des purines, sur la sécrétion urique rénale (abaissement du seuil) et sur les dépôts uratiques constitués qu'il mobilise. L'atoquinol se prescrit chez le goutteux aigu, à la dose de 1 à 3 grammes par jour, soit deux à six cachets de 0g50. Ce traitement, institué dès la période prodromique, provoque généralement l'avortement de l'accès : il le prévient si le malade se soumet à des cures intercalaires de 0,50 par jour, pendant dix jours chaque mois ; de grands goutteux ont pu voir ainsi cesser complètement leurs crises; d'anciens rhumatisants ont récupéré une souplesse musculaire et articulaire avec impression de juvénilité qu'ils ne connaissaient pas depuis longtemps.

L'atoquinol doit donc prendre place au premier rang des médicaments antigoutteux, non pas comme traitement symptomatique, mais comme traitement de fond, de par les modifications qu'il imprime au chimisme humoral du goutteux comme dans celui de beaucoup de rhumatisants chroniques, qui sont aussi des hyperuricémiques.

Remontant plus haut que toute autre dans la causalité biologique de l'hyperuricémie et de ses accidents, la médication atoquinolique s'oppose aussi aux métastases toujours redoutables de la goutte rétrocédée par les médications jugulatrices de l'accès.

(1) *Concours méd.*, 4 avril 1926.

LIVRES NOUVEAUX

Anatomie cérébrale. Les noyaux gris centraux et la région mésencéphalo-sous-optique (1), suivi d'un appendice sur la maladie de Parkinson, par Ch. FOIX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et J. NICOLESCO, assistant d'histologie à la Faculté de médecine de Bucarest.

Cette monographie originale est une des plus importantes qui aient été consacrées, en France, à l'étude du cerveau depuis de longues années.

Dans ce premier volume, les auteurs se sont attachés à exposer, le plus complètement et le plus clairement possible, et en faisant à la cytologie toute la part qui lui revient désormais, l'anatomie du segment du névraxe le plus étudié à l'heure actuelle : les noyaux gris centraux et la région mésencéphalo-sous-optique.

L'ouvrage est divisé en trois parties de complexité progressive :

1° Vue anatomique d'ensemble ;
2° Etude topographique sur coupes sériées ;
3° Structure cellulaire et myélinique ; connexions.

La première partie, d'exposé général, constitue un rappel des notions indispensables à l'étude plus approfondie du sujet. Elle se termine par un lexique avec définition des principales formations grises ou blanches, destiné à éviter au lecteur des recherches parfois longues.

La deuxième partie, topographique, comporte l'étude des coupes sériées dans les trois plans vertico-frontal, horizontal et sagital, d'abord en coloration myélinique, ensuite en coloration cytologique.

Chaque coupe myélinique est représentée par une microphotographie d'ensemble à laquelle fait face un schéma superposable qui l'explique.

Chaque coupe cytologique est figurée par un décalque semi-schématique.

Au-dessous des unes et des autres, un texte rapide constitue le complément indispensable de cette éducation par l'œil.

La troisième partie structurale, la plus importante, comporte l'étude cytologique, myélinique, connexionnelle, etc., des différents noyaux de la région étudiée.

Cet ouvrage considérable est présenté avec une illustration particulièrement abondante.

Des planches en trichromie représentent l'aspect cytologique des principaux noyaux. Des dessins, des photographies microscopiques, de nombreux schémas synthétisent la structure myélinique et les connexions.

Il se termine par un important mémoire relatif aux lésions anatomiques de la maladie de Parkinson, auquel font suite un index bibliographique et un index alphabétique des matières.

L. G.

Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance (2), par P. NOBÉCOURT.

Fidèle au principe qu'il a établi dès qu'il a été chargé de l'enseignement aux Enfans-Malades, le professeur Nobécourt se propose, dans ce volume comme dans les précédents, à montrer des malades, à raconter leur histoire, à exposer les méthodes mises en œuvre pour porter un diagnostic, pour formuler un traitement, et, enfin, pour discuter les conceptions qui ont cours au sujet du cas envisagé. Utile en toutes circonstances, cette méthode est particulièrement précieuse pour l'étude des troubles de la nutrition et de la croissance qui forment le sujet principal du nouveau volume de Clinique publié par l'éminent successeur du professeur Hutinel. Successivement y sont étudiés le *myxœdème* et les états connexes, les *hypotrophies* de l'enfance, l'*acromégalie*, les *obésités* endocriniennes ou non, le *rhumatisme chronique*, la *fragilité*

(1) Un volume tiré sur papier couché, de 582 pages avec 366 figures et 4 planches en couleur. — Prix : broché, 100 fr.; relié toile, fers spéciaux, 125 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 404 pages. — Paris 1926, Masson et Cie.

osseuse et surtout le *diabète sucré*, auxquels sont consacrées six leçons, sans compter celle relative à l'*acétonémie* en dehors du diabète. Dans chacune, l'auteur montre comment, aujourd'hui, il faut comprendre la question, insistant, avec raison, sur le recul effectué, depuis peu, par les théories hypophysaires, et explique, grâce à une analyse serrée du cas présenté, à une bibliographie étendue et à une discussion méthodique, les faits en apparence les plus obscurs, les plus complexes. Nul doute que ce beau livre, édité avec luxe par la Maison Masson, n'obtienne, auprès du lecteur, le même succès que les précédents. L. BABONNEIX.

Pathologie du cerveau et du cervelet (1). — Fascicule XIX du *Nouveau traité de Médecine*, publié sous la direction de MM. G.-H. ROGER, Fernand WIDAL, P.-J. TEISSIER.

Ce fascicule du *Nouveau Traité de Médecine* constitue la monographie la plus récente et la plus complète sur le cerveau et le cervelet. L'illustration en figures et en planches hors texte en est particulièrement abondante.

Chapitre du volume : Syndrome pyramidal (hémiplégie), par MM. KLIPPEL et R. MONNIER-VINARD. — Hémianesthésie cérébrale, par ROUSSY et L. CORNIL. — Hémianopie, par Ed. VELTER et A. WEILL. — Epilepsie jacksonnienne, par KLIPPEL. — Topographie cranio-encéphalitique, syndromes corticaux, par LÉVY-VALENSI. — Syndromes sous-corticaux, par KLIPPEL et LHERMITTE. — Traumatismes du cerveau, par MARCHAND. — Infections, par A. COMTE. — Troubles circulatoires, par COMTE et KLIPPEL. — Tumeurs cérébrales, par ROUSSY et L. CORNIL. — Syphilis cérébrale, par GOUGEROT. — Paralysie générale, par LÉPINE. — Encéphalopathies infantiles, par LÉVY-VALENSI. — Pathologie du cervelet, par THOMAS. — Les syndromes labyrinthiques, par HAUTANT. L. G.

L'insuline. Sa découverte. Sa fabrication. Sa nature. Ses propriétés physiologiques et son mode d'action. Son utilisation thérapeutique (2), par Emile AUBERTIN, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux. Préface du professeur agrégé P. MAURIAC.

Ce volume considérable est une mise au point complète de la question. La multiplicité des sujets qu'il traite rend impossible toute analyse succincte. Une vue très générale peut seule en être donnée.

Les travaux en cours sur l'insuline sont loin d'être terminés. Ce livre, basé sur une énorme bibliographie, minutieusement classée, et sur une expérience personnelle considérable, vient à son heure, pour procurer à tous, chimistes, physiologistes, biologistes et cliniciens, les éléments jusqu'alors épars, dont ils ont constamment besoin pour poursuivre leurs recherches. Il constitue ainsi une étape précieuse dans l'étude de la sécrétion interne du pancréas, un document de base, auquel il faudra toujours se reporter désormais, lorsqu'on s'occupera de l'insuline. L. G.

Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen. La région lombaire et le petit bassin (3), par Raymond GRÉGOIRE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Voici le troisième volume de l'*Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen* de Grégoire, il est consacré à la région lombaire et au petit bassin, ce qui se justifie parfaitement quand on envisage l'anatomie au point de vue médico-chirurgical.

Les affections pathologiques des organes pelviens réagissent souvent sur ceux des lombes et inversement. Les méthodes d'exploration clinique utilisent constamment la voie des organes pelviens pour connaître l'état des organes lombaires. A bien des points de vue, la région lombaire est comme un prolongement de la région pelvienne.

Ainsi conçu le livre de Grégoire se présente comme un chef-d'œuvre d'observation et de description. La grande clarté du texte est complétée par de splendides planches. Ce livre est un excellent ouvrage d'études, il est déjà classique et le restera longtemps. L. G.

Les Rythmes de galop (1), par Ch. LAUBRY, médecin de l'hôpital Broussais, et C. PEZZI, professeur agrégé à l'Université de Milan.

Excellent indice d'un fléchissement myocardique, le bruit de galop possède, en séméiologie cardiaque objective, une prééminence incontestable. Il naît de l'interposition entre les deux bruits normaux du cœur d'un troisième ton qui n'est jamais la conséquence d'un dédoublement ou d'un redoublement des bruits normaux. Suivant la place occupée par le bruit surajouté dans la révolution cardiaque, le rythme de galop prend une signification variable, de même qu'il relève d'un mécanisme différent.

Le plus souvent, le ton supplémentaire coïncide avec la systole de l'oreillette ; il apparaît au cours du grand silence : le galop est diastolique. Les auteurs étudient d'abord sa variété habituelle, présystolique, dont ils analysent minutieusement les caractères cliniques et graphiques ainsi que les conditions d'apparition. Ils montrent ensuite comment un galop présystolique peut se muer en galop protodiastolique sous l'influence des différents facteurs qui tendent à rapprocher la systole auriculaire du début de la diastole : tachycardie, troubles de conductibilité auriculo-ventriculaire, plus rarement prolongation de la systole ventriculaire.

En regard de cette dernière variété, galop proto-diastolique auriculo-ventriculaire, les auteurs isolent le type protodiastolique ventriculaire, aisément objectivé par les tracés mécaniques : dans la forme précédente, le ressaut proto-diastolique et l'onde auriculaire, fusionnés à la faveur d'un allongement marqué de l'espace As-Vs, réalisent un soulèvement unique d'amplitude souvent considérable ; ici, l'onde auriculaire présente une situation et une amplitude normales qui s'opposent à l'accentuation du ressaut diastolique.

L'exposé clinique et diagnostique des différents rythmes de galop, conçu dans un esprit à la fois critique et original, laisse entrevoir la conception pathogénique de Laubry et Pezzi. Le galop auriculo-ventriculaire (présystolique et protodiastolique) relève de deux facteurs associés : activité auriculaire énergique, distension avec hypotonie des parois ventriculaires. Le galop protodiastolique ventriculaire n'est autre que l'expression anormalement audible du troisième bruit du cœur dans la genèse duquel dominent la distension et l'hypotonie myocardiques.

La conclusion, étayée sur des bases solides, est le rapport constant du galop avec les insuffisances ventriculaires. Hypertension, aortites, lésions valvulaires, myocardites aiguës ou chroniques, myocardies se partagent la responsabilité de l'insuffisance ventriculaire gauche. Lésions congénitales du cœur droit, scléroses de l'artère pulmonaire, compressions médiastinales, anévrismes artério-veineux, viscéralgies abdominales, jouent un rôle identique à l'égard du ventricule droit. Au regard de ces faits si nets, les rythmes de galop ventriculaires apparaissent comme des intermédiaires entre un état morbide et un état physiologique. Par les conditions d'hypotonicité ventriculaire dont ils témoignent, ils méritent cependant de retenir l'attention ; c'est moins une différence de nature qu'une question de degré qui les sépare de leurs congénères auriculo-ventriculaires.

Enfin, dans un dernier chapitre, se trouvent groupées les indications thérapeutiques, variables dans leur choix, leur conduite, leur mode d'administration, qui sont celles de l'insuffisance cardiaque puisque, à l'équation de Potain : galop-néphrite interstitielle, s'est substituée la notion des rapports étroits qui unissent les rythmes de galop et les insuffisances ventriculaires. L. G.

(1) Un volume grand in-8 de 1016 pages avec 261 figures, 40 planches en noir et 5 planches en couleurs. — Prix relié : 80 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un vol. in-8 de 480 pages avec graphiques. — Prix : 45 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

(3) Un vol. gr. in-8 avec 81 planches noires et coloriées comprenant 85 fig. — Prix : 30 fr. — Paris,

(1) In-8 de 220 pages avec 41 figures dans le texte. — Prix : 32 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PÉRICARDITES AIGUES [1]

La PALPATION permet :

a. De déceler les points douloureux de la névralgie phrénique, savoir :

Point sus-claviculaire entre les deux chefs d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien.

Points intercostaux à l'extrémité interne des espaces.

Point costo-xiphoïdien dans l'angle de l'appendice xiphoïde et des cartilages costaux.

Point costo-diaphragmatique, le long des insertions du diaphragme.

Bouton diaphragmatique, à l'extrémité antérieure de la dixième côte.

b. *De préciser le siège du choc apexien.* — Ce siège étant marqué d'un coup de crayon dermographique, lorsque la matité cardiaque aura été délimitée on pourra constater que le choc apexien se trouve un ou plusieurs espaces intercostaux au-dessus du bord inférieur de l'aire de matité précordiale.

c. *De sentir l'abaissement du bord inférieur du lobe gauche du foie.* — Mais, en réalité, si la perception du choc apexien au-dessus de l'aire de matité précordiale est un symptôme de valeur; malheureusement le choc apexien est souvent difficile à percevoir, et dans certains cas les battements de la *base du ventricule droit* dans le troisième espace intercostal gauche peuvent être une cause d'erreur.

De même si l'abaissement du bord inférieur du lobe gauche du foie est un symptôme qui peut être un appoint pour le diagnostic, il n'a rien de pathognomonique.

La *percussion* fournit ici le symptôme capital, l'augmentation de l'*aire de matité cardiaque*; de même que l'auscultation permettait grâce au frottement de déceler la péricardite sèche.

L'aire de matité précordiale s'agrandit dans tous les sens.

D'après des recherches récentes le liquide se collecte, au-dessous, en arrière, et sur les côtés du cœur. La face antérieure du cœur reste au contact du péricarde pariétal et n'est pas habituellement éloignée de la paroi antérieure du thorax contrairement aux descriptions classiques.

Le bord inférieur de l'aire mate est abaissé.

Les bords droit et gauche sont rejetés en dehors; ils se rejoignent plus ou moins haut en avant du sternum.

Dans l'ensemble, l'aire de matité prend ainsi une forme globuleuse, rappelant celle d'un dôme un peu aplati de haut en bas, dont la base repose sur le foie (Marfan et Blechmann).

En raison de son grand développement à droite, cette aire mate est à peu près symétrique par rapport au bord gauche du sternum.

Le bord gauche de cette aire de matité présenterait une encoche, pour Blechmann, la description de l'encoche est fausse; l'encoche de Sibson n'existe pas.

Quoi qu'il en soit, la percussion de la région précordiale sera systématiquement pratiquée tous les jours, et comparée à celle des jours précédents; la matité augmente plus dans sa dimension transversale que dans sa dimension verticale.

En outre, une percussion délicate permettra de déceler quelques signes de moindre valeur :

Signe de Rotch. — Matité absolue du cinquième espace intercostal droit; ce signe *très précoce* n'est cependant pas caractéristique d'une péricardite avec épanchement. Il peut s'observer dans les grandes dilatations des cavités droites.

Signe d'Ewart. — Le bord droit de l'aire de matité précordiale fait avec le bord supérieur du foie un angle obtus (alors que dans la dilatation cardiaque il ferait un angle aigu).

L'augmentation manifeste de la matité absolue.

AUSCULTATION. — Elle permet de constater :

a. *Une diminution d'intensité des bruits du cœur.* — Néanmoins avec un épanchement abondant ou considérable les bruits peuvent ne pas être assourdis et rester normaux, ceci est dû à la position du cœur qui garde habituellement le contact avec la paroi thoracique.

La diminution d'intensité des bruits est rarement due à une importante couche de liquide en avant du cœur, mais beaucoup plus souvent à une mince couche de liquide et *plus fréquemment encore* à une endocardite ou à une myocardite concomitantes.

b. *La disparition des frottements.* — Mais, en réalité, la disparition complète n'est pas fréquente et les frottements peuvent persister sans changement bien marqué pendant la phase exsudative.

Le changement de position peut les faire apparaître ou disparaître.

Leur persistance est souvent un utile appoint au diagnostic.

Outre l'examen du cœur, il y aura lieu de pratiquer un examen des vaisseaux :

Le *pouls* est en général petit, plus ou moins rapide, irrégulier ou non. Il varie selon la fièvre, l'importance de l'épanchement, les *complications endocarditiques* ou *myocarditiques concomitantes*.

Le phénomène du *pouls paradoxal* (disparition des pulsations radiales pendant l'inspiration) se rencontre assez souvent dans les grands épanchements.

Pour Lian il peut constituer un sérieux appoint dans le diagnostic d'épanchement péricardique, et pour le professeur Vaquez il incite à évacuer l'épanchement.

Les *jugulaires* peuvent être distendues.

A moins de lésions valvulaires concomitantes le pouls veineux manque (Potain). Il y a distension, mais non pulsatilité des jugulaires.

La *veine cave inférieure* est rarement comprimée.

S'il n'y a pas d'insuffisance cardiaque, l'augmentation du volume du foie, l'œdème des membres inférieurs en sont la manifestation.

L'examen des poumons ne sera pas négligé; en particulier la *base de l'hémithorax gauche en arrière*. On y trouvera souvent des signes rappelant ceux de la congestion pulmonaire ou de la pleurésie.

Tous ces signes disparaissent par la position genu pectorale; c'est le signe de Pins ou syndrome pseudo-pleurétique de la base gauche.

SIGNES FOURNIS PAR L'EXAMEN RADIOSCOPIQUE. — L'exploration radiologique est le complément indispensable des investigations cliniques tendant à admettre ou à nier l'existence d'un épanchement péricardique.

Dans les cas types, on note un élargissement considérable de l'ombre cardiaque dans le sens transversal; cette ombre pouvant arriver à gauche jusqu'à la paroi latérale du thorax.

Cette ombre est triangulaire, à base inférieure, le pédicule vasculaire apparaît notablement raccourci. Les *bords de cette ombre ne battent pas*. Elle est *homogène*, cependant chez les jeunes sujets maigres on peut voir que les contours sont doubles sous certaines incidences, et noter une seconde ombre plus foncée que la première, celle du cœur.

Mais lorsque l'épanchement est moyen ou peu abondant, les caractères radioscopiques en s'atténuant se rapprochent de ceux des dilatations cardiaques : ombre augmentée, un peu globuleuse, animée de faibles battements.

ÉVOLUTION. — Variable.

a. *Vers la guérison.* — C'est l'évolution habituelle; tantôt le liquide se résorbe spontanément; tantôt une ou plusieurs ponctions sont nécessaires. L'aire de matité diminue, on observe des frottements de retour si ceux-ci avaient disparu, les bruits du cœur reprennent leur intensité, la tension se relève, au bout d'un à deux mois le malade entre en convalescence. Mais cette *guérison est bien incomplète*, car, d'une part, une affection valvulaire développée en même temps que la péricardite peut persister, d'autre part, fait important, le *péricarde reste un foyer d'élection pour une reviviscence de ses lésions au cas d'une nouvelle atteinte du rhumatisme articulaire aigu.*

Enfin, il est rare que la péricardite ne laisse pas quelques adhérences, réalisant la *symphyse péricardite*, la *médiastino-péricardite adhésive*. Si le myocarde et l'endocarde ont été simultanément touchés, le malade sera fatalement conduit, assez rapidement, vers une asystolie *tenace*, *à répétition*, qui finalement l'emportera. *(A suivre.)*

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 66, p. 1068.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 69. — SAMEDI 28 AOUT 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 28 AOUT 1926. — N° 69.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour un emploi de chef de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 25 octobre 1926, à 8 h. 1/2 du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les docteurs qui désirent concourir sont admis à se faire inscrire à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, jusqu'au 9 octobre 1926, à 18 heures.

Les chefs de clinique sont nommés pour deux ans; ils peuvent être prorogés dans leurs fonctions d'année en année jusqu'à cinq ans au maximum.

Ils touchent une indemnité annuelle de 2.400 francs pour la 1re et la 2e année; de 2.600 francs pour la 3e et la 4e année; de 2.800 francs pour la 5e année.

— Un concours pour quatre emplois d'aide de clinique à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 8 novembre 1926, à 8 h. 1/2 du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les candidats sont admis à se faire inscrire à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, jusqu'au 23 octobre 1926, à 18 heures.

Les aides de clinique sont nommés pour une durée de quatre années et peuvent être maintenus en fonctions pendant une autre année.

Les aides de clinique titulaires reçoivent une indemnité annuelle fixée à 1.600 francs pour la 1re et la 2e année, à 1.800 francs pour la 3e et la 4e année, à 2.000 francs pour la 5e année.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — Les emplois d'agrégé des facultés de pharmacie ci-après désignés sont déclarés vacants :

Faculté de pharmacie de Montpellier : pharmacie chimique, 1; Faculté de pharmacie de Nancy : pharmacie chimique, 1.

Un délai de vingt jours à dater de la présente insertion au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 25 août 1926.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Instruction publique. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Lejars, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Leriche, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Vedel, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Ministère des colonies. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Vaudein (de la Guadeloupe), Ung Thong, médecin auxiliaire de 1re classe de l'assistance médicale en Indochine.

Guerre. — Sont inscrits au tableau de concours :

Pour le grade d'officier. — M. le médecin-major de 2e classe Sezary.

Pour le grade de chevalier. — M. le médecin-major de 1re classe Dubreuil.

M. le médecin-major de 2e classe Henri.

M. le médecin aide-major de 1re classe Erny.

MM. les médecins-majors de 2e classe Schwob, Cholous, Leculier, Garlopeau, Monbernard, Plomb, Theret, Curie, Atger.

M. le médecin-major de 1re classe Izard.

MM. les médecins-majors de 2e classe Barbarroux, Garnier, Jourdan, Dumont, Montagard, Morhange.

M. le médecin aide-major de 1re classe Vives.

MM. les médecins-majors de 1re classe Arnaud, Polaillon.

MM. les médecins-majors de 2e classe Lemaire, Monribot, Jouaust.
M. le médecin-major de 1re classe Hornus.
MM. les médecins-majors de 2e classe Monod, Le Breton, Genevoix, Perfetti.
M. le médecin aide-major de 1re classe Ganiayre.
MM. les médecins-majors de 2e classe Deniker, Duhem.
MM. les médecins aides-majors de 1re classe Gout, Abaddie.
MM. les médecins-majors de 1re classe Fargin-Fayolle, Boursier, Antoine, Chappe, Bonnabel.
M. le médecin aide-major de 1re classe Burty.
M. le médecin-major de 2e classe Bassuet.
M. le médecin aide-major de 1re classe Lemoine.
MM. les médecins-majors de 2e classe Blanc, Emonet, Bilhaut.
M. le médecin aide-major de 1re classe Delfosse.
M. le médecin-major de 2e classe Harvier.
M. le médecin-major de 1re classe Charrier.
MM. les médecins-majors de 2e classe Fouque, Houllier, Girard, Assire, Gérard.
M. le médecin-major de 1re classe Aulong.
M. le médecin-major de 2e classe Colard.
M. le médecin aide-major de 1re classe Amselle.
MM. les médecins-majors de 2e classe Guerive, Guyader.
M. le médecin aide-major de 2e classe Alfonsi.
M. le médecin aide-major de 1re classe de Giovanni.
M. le médecin-major de 2e classe Rochu.
M. le médecin aide-major de 1re classe Mattraits.
M. le médecin-major de 2e classe Regnard.
M. le médecin-major de 1re classe Euzière.
MM. les médecins-majors de 2e classe Birbis, Vincentelli, Brodin.
M. le médecin aide-major de 1re classe Teillot.
M. le médecin-major de 2e classe Boyer.
M. le médecin aide-major de 1re classe Monod.
MM. les médecins-majors de 2e classe Dupain, Allamagny.
M. le médecin de 1re classe Lisbonne.
M. le médecin aide-major de 1re classe Florence.
M. le médecin-major de 2e classe Magnette.
M. le médecin aide-major de 1re classe Durand.
MM. les médecins-majors de 2e classe Baron, Arnaudon, Aimard, Hiblot, Salles.
M. le médecin aide-major de 2e classe Grandhomme.
MM. les médecins aides-majors de 1re classe Coulon, Laby.
M. le médecin-major de 2e classe Papin.
MM. les médecins aides-majors de 1re classe Andrade, Meyer, Bernard, Noël.
M. le médecin aide-major de 2e classe Matignon.
MM. les médecins aides-majors de 1re classe Colonna, de Rudelle.
M. le médecin aide-major de 2e classe Bianquis.
M. le médecin aide-major de 1re classe Boulet.
M. le médecin-major de 2e classe Arque.
M. le médecin aide-major de 1re classe Azoulay.
M. le médecin aide-major de 2e classe Saunier.
MM. les médecins aides-majors de 1re classe Mourlon, Lehmann.
M. le médecin aide-major de 2e classe Legrand.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — (Armée active.) Les médecins militaires ci-après désignés, qui ont subi avec succès les épreuves du concours de 1926, ont obtenu le titre d'assistant des hôpitaux militaires et reçoivent les affectations suivantes, qu'ils rejoindront le 1er novembre 1926 (service) :

Section de chirurgie. — M. le médecin-major de 2e classe Stéfani est affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris.

Section d'électroradiologie. — MM. les médecins-majors de 2e classe Didiée, affecté au service central d'électroradiologie de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; Barillet, affecté au service central d'électroradiologie de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section de médecine. — MM. les médecins-majors de 2e classe Hugonot, affecté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; Travail, affecté à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section de bactériologie. — MM. les médecins-majors de 2e classe Ferrabouc, affecté au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; Liégeois, affecté au laboratoire de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

VIe CONGRÈS DE CHIMIE INDUSTRIELLE DE LANGUE FRANÇAISE (BRUXELLES, 26-30 septembre). — L'étendue considérable du champ d'étude qui s'impose au Congrès a nécessité la création d'un certain nombre de groupes spécialisés. Le sixième groupe intéressera le corps médical : il aura pour mission l'examen de questions actuelles d'hygiène industrielle.

Il a choisi comme président le docteur Glibert, inspecteur général du Service médical du travail et comme secrétaire, le docteur de Laet, agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles.

La conférence du sixième groupe sera donnée par M. le professeur Christiani, doyen de la Faculté de médecine de Genève : « L'action des vapeurs du fluor sur la végétation et sur l'organisme animal. »

Communications inscrites. — M. Kling, docteur en sciences, directeur du Laboratoire municipal de Paris : « Revue d'ensemble des méthodes de dosage de l'oxyde de carbone. »

M. le professeur Dienert, docteur en sciences, chef du service de surveillance des eaux alimentaires de la Ville de Paris : « Epuration des eaux résiduaires des fabriques de soie artificielle. »

M. le docteur de Laet, agrégé de l'Université de Bruxelles : « La pathologie professionnelle des corps radioactifs. »

M. Biot, docteur en sciences, inspecteur chimiste au Service médical du travail : « Les progrès réalisés dans la métallurgie du zinc au point de vue de l'hygiène industrielle. »

M. Matthis, docteur en sciences : « La collaboration du laboratoire et de l'usine. »

Les médecins désireux de participer au Congrès peuvent s'inscrire directement au secrétariat général permanent, 65, rue du Canal, à Bruxelles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Thibierge, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux de Paris; E. Coutray de Pradel (de Paris), Delgrange (d'Hasnon), Marty, médecin-major de 2e classe, décédé à Saint-Vincent-de-Connezac (Dordogne).

DÉMONSTRATIONS DES TECHNIQUES RÉCENTES DE SÉMÉIOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GASTRO-ENTÉROLOGIQUES. — M. le docteur René Gaultier, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, fera du lundi 4 octobre au samedi 9 octobre, de 10 à 11 heures, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations pratiques de gastro-entérologie. Il exposera successivement : le lundi 4 octobre, la gastrotonométrie clinique; le mardi 5 octobre, l'analyse fractionnée du chimisme gastrique; le mercredi 6 octobre, le tubage duodénal; les jeudi 7, vendredi 8 et samedi 9 octobre, exposé résumé des méthodes de coprologie.

Droits d'inscription : 100 francs.

S'inscrire près de la surveillante de la salle Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, ou par lettre chez le docteur René Gaultier, 40, rue de Bienfaisance, Paris (VIIIe).

REVUE GÉNÉRALE

THROMBOSE DES ARTÈRES PÉRIPHÉRIQUES AU COURS DE LA PNEUMONIE

Par MM. A.te BUISINE et A. SAVOIE,
Internes des hôpitaux de Lille.

Les complications artérielles de la pneumonie sont très rarement observées. Cette rareté contraste d'une part avec la fréquence relative des localisations cardiaques ou péricardiques des pneumococcies, et, de l'autre, avec celle, également relative, des artérites aiguës survenant au cours d'autres maladies infectieuses telles que la fièvre typhoïde et la grippe en particulier. Nos recherches bibliographiques ne nous ont donné qu'un seul travail français d'ensemble sur la question : la thèse de Berthier (Paris, 1899) où l'auteur a réuni huit observations. Notre cas personnel, inédit, recueilli dans le service de notre regretté maître, le professeur Vouters, à l'hôpital de la Charité, à Lille, joint à tous ceux que nous avons trouvés dans la littérature médicale, forme un total d'une trentaine d'observations. Ces recherches nous ont paru légitimer l'étude d'ensemble suivante sur la question.

Observation personnelle. — B... (Maria), femme de quatre-vingt et un ans, entre le 27 janvier 1926 dans le service du professeur Vouters, à l'hôpital de la Charité, à Lille. Très obnubilée, la malade ne fournit que peu de renseignements sur son passé pathologique. Pas de maladie importante, en dehors d'une atteinte rhumatismale subaiguë des deux genoux à l'âge de trente ans. Malgré son grand âge, elle était encore très alerte et faisait des lessives à domicile. Depuis quelque temps, crampes fréquentes dans les mollets sans claudication intermittente proprement dite.

Il y a une quinzaine de jours, refroidissement assez sérieux au cours du travail, qui obligea la malade à s'aliter; pas de renseignements très précis; on sait seulement qu'elle était dyspnéique, toussait un peu, n'avait pas de fièvre. Depuis trois jours, sensation nette de lourdeur progressive et de refroidissement des extrémités inférieures, sans douleurs. A l'entrée, la malade ressent de l'engourdissement et des fourmillements sans douleur réelle.

Aspect fatigué; dyspnée marquée, toux rare, pas d'expectoration; langue sèche; pouls petit, rapide, arythmique. A la base du poumon droit, bloc pneumonique net, avec souffle tubaire doux et râles crépitants et sous-crépitants. Bruits cardiaques sourds, rapides et inégaux; pas de souffle. Tension difficile à apprécier à l'oscillomètre de Pachon; on admet 13×9 au poignet droit avec indice oscillométrique de 3/4; au poignet gauche, indice plus faible encore; pouls radiaux nettement perceptibles sans troubles asphyxiques des membres supérieurs.

Les membres inférieurs ont un aspect nettement cadavérique; coloration veineuse diffuse avec marbrures violettes des jambes et des pieds, surtout à gauche; pieds froids, glacés; anesthésie tactile et douloureuse complète des deux côtés jusqu'à la rotule; hypoesthésie au-dessus. Pas de pulsation des poplitées. La palpation des fémorales au niveau des triangles de Scarpa révèle, de chaque côté, au lieu d'artère, un cordon plein très dur, seulement animé de faibles battements à droite, côté où l'asphyxie du membre est la moins grande, sans aucun battement à gauche. Pas la moindre oscillation par l'oscillomètre de Pachon aux deux membres inférieurs (cheville, tiers inférieur de la cuisse).

Pas de fièvre. Urines normales. Rien d'autre à signaler. Nous n'avons pas pu obtenir de radiographie des artères périphériques.

En résumé, *syndrome d'oblitération artérielle symétrique, apparu récemment au cours d'une pneumonie, chez un vieillard.* La perception d'un cordon dur au niveau des fémorales affirmait l'existence d'une thrombose, au moins à leur niveau; la persistance du pouls crural droit indiquait le maintien de la circulation en amont; il devait donc s'agir d'une thrombose ilio-fémorale bilatérale, avec extension plus ou moins grande de part et d'autre vers l'aorte et vers la périphérie.

Médication stimulante; digitaline; injections de citrate de soude à raison de 8 grammes par jour.

Aggravation rapide. Le 29, jambes littéralement glacées avec marbrures agoniques de plus en plus étendues; impotence et anesthésie absolues, mais apparition de douleurs vives, spontanées dans les membres inférieurs. Décès dans la nuit du 29 au 30 janvier.

Autopsie pratiquée le 1er février. Bloc pneumonique typique du lobe inférieur du poumon droit au stade d'hépatisation rouge. Pas d'autre altération viscérale importante en dehors de celles qui ont trait au cœur et à l'arbre artériel, comme en témoigne la radiographie faite par M. le docteur Desplats sur cet ensemble.

Cœur. — Poids, 550 grammes, organe terne, feuille morte, mou. Extrême calcification des coronaires. Parois des ventricules hypertrophiées, surtout à gauche. Pas d'endocardite récente; immédiatement au-dessous des valvules sigmoïdes de l'aorte, trois petites incrustations calcaires sous-endocarditiques, de la grosseur d'un grain de mil. Caillots cruoriques banaux dans les ventricules ; à la pointe du ventricule gauche, caillot assez gros enchatonné et assez adhérent; une coupe du myocarde faite à son niveau montre la présence d'un hématome intrapariétal, paraissant récent, de la dimension d'un haricot.

Aorte de calibre normal avec athérome des plus accusés sur toute sa longueur; les plaques calcaires l'infiltrent de haut en bas lui donnant une consistance cartonnée et parfois vitreuse; les lésions athéromateuses augmentent à mesure qu'on s'approche de la bifurcation de l'aorte; une grosse plaque existe en regard de l'ouverture du tronc cœliaque, de forme oblongue, de 2 centimètres dans son diamètre vertical, de consistance vitreuse et couverte de bouillie blanchâtre sur sa surface endovasculaire.

C'est à partir de cette plaque qu'apparaît dans la lumière de l'aorte un caillot cruorique d'abord faiblement adhérent, puis de plus en plus adhérent à mesure que l'on s'approche de la bifurcation aortique. Les iliaques externes sont remplies sur toute leur longueur par un caillot rouge sombre, ferme, adhérent, occupant toute la lumière du vaisseau à gauche; à droite, l'oblitération est moins complète. A partir des fémorales, la thrombose devient absolue des deux côtés et s'étend sous forme d'un cordon plein, rempli d'un caillot ferme et adhérent jusqu'au tiers supérieur des tibiales postérieures. Sont épargnés par la thrombose : les hypogastriques, les fémorales profondes, les tibiales antérieures, les deux tiers inférieures des tibiales postérieures. Tibiales et plantaires sont souples et paraissent saines.

Les veines sont partout indemnes.

Examens histologiques. — Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Delattre un examen histologique détaillé des vaisseaux thrombosés. Les coupes ont été faites en six endroits différents : sur l'iliaque primitive gauche, sur la fémorale droite, sur la fémorale gauche, à quatre niveaux différents. Toutes les coupes ont montré des lésions à peu près semblables que nous pouvons ainsi résumer :

1° Le caillot s'est montré identique à lui-même sur toutes les séries de coupes examinées. Il comble la totalité de la lumière du vaisseau. Il n'a pas le même aspect au centre et à périphérie; au centre, il est presque inorganisé; à la périphérie, des bandes de fibrine dirigées vers le centre s'insinuent entre les amas d'hématies ; de nombreux lymphocytes se trouvent mêlés à la trame fibrineuse qui décrit une sorte de couronne autour du caillot. On ne voit pas de microbe.

2° L'endothélium, sur la plupart des coupes, a disparu ; on ne le reconnaît qu'au niveau de la fémorale droite. L'endartère est considérablement épaissie; elle présente un état aréolaire des plus typiques (état chondroïde du professeur Letulle); des sortes de vacuoles allongées dissocient des fibres conjonctives et contiennent par endroits des nids de leucocytes : polynucléaires ou lymphocytes.

3° La limitante interne a disparu.

4° La média contient des plaques d'athérome dont le contenu a été dissous par les réactifs d'inclusion. Elle présente, en outre, une sclérose assez marquée avec diminution du nombre de ses fibres élastiques et de ses fibres musculaires. Elle est pénétrée par des vaisseaux de néoformation dont quelques-uns montrent des lésions d'endartérite. Elle offre, enfin, en quelques endroits, une infiltration inflammatoire diffuse constituée par de nombreux lymphocytes, avec quelques polynucléaires et quelques plasmocytes.

5° L'adventice présente des lésions de sclérose diffuse avec endartérite de ses vasa vasorum. Les nerfs qu'on a pu y rencontrer paraissent sains. Au niveau de l'iliaque primitive gauche, on note, en outre, dans l'adventice, une infiltration inflammatoire lymphocytaire.

En résumé, les lésions essentielles reconnues sont constituées par :

1° Des lésions certaines d'artérite chronique ;

2° Par endroits, des signes d'inflammation probablement récente de la paroi ;

3° Un caillot hématique homogène, en voie d'organisation sur son pourtour.

Plusieurs prélèvements ont été faits au niveau du cœur. On y note, en résumé :

1° Dans le pilier antérieur de la tricuspide, une infiltration pigmentaire entre les fibres myocardiques ;

2° A la pointe du ventricule droit, une coronaire extrêmement athéromateuse, avec infiltration localisée autour des vaisseaux et des nerfs ;

3° A la pointe du ventricule gauche, au niveau du thrombus signalé plus haut, un hématome, en voie d'organisation, infiltré de leucocytes. On n'y a pas trouvé de microbes.

Comment se présente la question dans la science médicale? Nous l'envisagerons aux différents points de vue de l'étiologie, de la pathogénie, de l'étude clinique, enfin des constatations anatomiques.

Etiologie. — Plusieurs causes favorisantes méritent d'être signalées.

D'abord l'*âge* et le *sexe* : il s'agit en général d'hommes et de sujets âgés de quarante à soixante ans; notre cas particulier intéressait une femme de quatre-vingt et un ans.

Puis l'*athérome*. Il est fréquent de le noter chez les pneumoniques; le fait s'explique par l'âge auquel ils succombent, la pneumonie étant grave, comme chacun sait, surtout chez le vieillard. Ménétrier et Stévenin (1), sur 400 autopsies de pneumonie, ont rencontré 96 fois l'athérome aortique. Notre malade offrait, comme on a vu, une calcification cardio-artérielle peu commune. Or, il est logique que cet athérome prédispose aux coagulations sanguines, soit en créant une thrombose locale qui s'étend de proche en proche (Malherbe, Lucas-Fontaine), soit en devenant le point de départ d'embolies fibrineuses ou pariétales. On ne saurait nier, cependant, qu'en regard de la fréquence de l'athérome, cette intervention seconde ne soit plutôt rare.

L'augmentation de la fibrine, — ou mieux du fibrinogène — dans le sang des pneumoniques joue logiquement aussi un rôle important; ce rôle s'exerce d'ailleurs aussi bien dans le sens de la thrombose que dans celui de l'embolie, le même phénomène de coagulation facilitant à la fois le caillot initial et les apports fibrineux qui se forment au-dessus de lui.

Enfin on peut faire intervenir l'influence du *ralentissement du cœur*, manifeste au déclin de la pneumonie; peut-être agit-il en favorisant la stagnation du sang dans l'oreillette gauche. On s'expliquerait ainsi l'apparition ordinairement tardive de cette complication.

(1) MÉNÉTRIER et STÉVENIN. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juillet 1919.

Pathogénie. — Nous retrouvons dans la question qui nous occupe les deux mécanismes classiquement invoqués dans toutes les coagulations intravasculaires : l'*embolie* et la *thrombose*. L'une et l'autre ont été successivement invoquées.

1° L'EMBOLIE. — Son point de départ peut être : *cardiaque*, *aortique*, ou *pulmonaire*.

a. D'après Jaccoud, Netter, Ménétrier, l'endocardite, la valvulite pneumonique, végétante ou ulcéreuse, est fréquente et peut par conséquent — encore que ce soit rare, dit Netter — donner naissance à des embolies. Le fait peut être d'ores et déjà soupçonné, quand on note, au cours de l'évolution clinique des signes d'endocardite (Conty, Kredel) et surtout quand le syndrome d'oblitération artérielle s'installe subitement. La constatation à l'autopsie de végétations endocarditiques change en certitude cette probabilité. Rien de semblable n'existait dans notre cas particulier.

b. L'athérome aortique peut lui aussi — nous l'avons déjà dit — être embolique; le fait paraît cependant assez rare.

c. Enfin l'embolus peut partir des veines pulmonaires, elles-mêmes remplies de caillots, comme l'a signalé Hervey; mais la preuve de l'émigration d'un caillot pulmonaire est bien difficile à établir.

d. Reste enfin, pour trancher le débat, l'examen anatomique — opératoire ou nécropsique — de l'artère oblitérée. Chacun sait que l'embolus (1) offre, dans l'artère qu'il oblitère, des caractères bien particuliers : deux parties, l'une centrale, grisâtre, friable, l'embolus proprement dit, — l'autre périphérique, d'aspect plus récent, brunâtre, déjà adhérent à l'endartère; le corpuscule ainsi constitué se distingue en général facilement du caillot « prolongé », plus rouge et moins adhérent, qui a pu se former au-dessus de lui.

Ajoutons que l'hypothèse de l'embolie est renforcée, quand on constate d'autres infarctus viscéraux simultanés, rénaux en particulier (Luc, Rendu), apportant la preuve d'une même cause emboligène.

Rien, dans notre cas particulier, ne permettait de retenir le rôle de l'embolie.

2° LA THROMBOSE. — On est naturellement conduit à s'y arrêter, par élimination en quelque sorte, quand manquent les signes d'endocardite et le début brusque de l'oblitération artérielle et quand l'examen anatomique ne vient pas confirmer l'embolie.

Mais encore convient-il de répondre à une triple question : la thrombose est-elle la conséquence de la seule hyperinose sanguine, ou bien de lésions chroniques de la paroi artérielle, ou bien enfin d'un processus d'*artérite aiguë* vraie?

On connaît bien aujourd'hui l'aortite aiguë pneumonique : Guzzaniti a pu reconnaître le pneumocoque au milieu des tissus de la paroi de l'aorte. Mais tout critérium histologique et microbiologique, d'une artérite aiguë pneumonique des artères des membres fait défaut. On est donc porté à conclure — jusqu'à mieux informé — que la réalité de l'*artérite aiguë pneumonique* n'est pas démontrée. C'est d'ail-

(1) LETULLE. *Traité d'anatomie pathologique*, 1912, t. I, p. 515.

leurs la conclusion que le professeur Ménétrier (1) a récemment tirée de sa grande expérience en cet ordre de faits : « Il ne s'agit pas, écrit-il, d'artérites véritables, mais de thromboses artérielles, dans lesquelles la paroi n'est prise que secondairement. »

Il reste donc que la pathogénie s'explique surtout par l'état particulier du sang et l'existence de lésions artérielles chroniques antérieures à la pneumonie. Ces lésions, on l'a vu, étaient indéniables dans notre cas particulier. Nous sommes portés à croire qu'elles ont provoqué à leur contact, *in situ*, la thrombose, celle-ci étant préparée en quelque sorte par l'hyperfibrinose sanguine et le ralentissement du cours du sang, par ralentissement des contractions cardiaques. Il n'est pas sûr d'ailleurs que le ralentissement et l'hyperfibrinose du sang ne jouent pas le principal rôle par rapport à l'altération de la paroi artérielle. C'est du moins la thèse soutenue entre autres par O. Lubarsch (2), pour qui toute thrombose est avant tout une « nécrose de coagulation du sang ».

Étude clinique. — L'oblitération artérielle se produit généralement vers la fin de la pneumonie, soit aussitôt avant, soit après la crise. Cette *apparition tardive* est un des caractères cliniques les plus nets de « l'artérite pneumonique ». Elle peut même être particulièrement tardive; Conty l'a vue survenir vingt à vingt-huit jours après la défervescence fébrile; dans ce cas, s'était révélée, entre la fin de la pneumonie et la complication artérielle, une endocardite végétante, qui avait entraîné une embolie.

Le début peut être brusque ou progressif. Brusque, il est marqué par une douleur violente et subite, parfois explosive, au point que le malade — celui de Berthier, entre autres — la compare à un « coup de fusil ». Progressif, il se traduit seulement par quelques fourmillements, une sensation d'engourdissement, de la parésie musculaire, ou du refroidissement du muscle ischémié. Comme nous l'avons dit : Le début brusque répond plutôt à l'embolie ; le début lent, progressif, à la thrombose.

A la période d'état, le tableau clinique est celui que chacun connaît des oblitérations artérielles : subjectivement, la malade continue à éprouver des fourmillements, de l'engourdissement, de la parésie musculaire, et surtout des douleurs plus ou moins vives. Objectivement, on voit se développer, au niveau des extrémités ischémiées, de la cyanose, des lividités, du refroidissement. La palpation révèle l'absence de battements artériels au niveau de l'artère principale du membre. Dans notre observation elle donnait l'impression d'un cordon dur, rigide, indolore. La sensibilité objective du membre est affaiblie ou abolie. L'oscillométrie montre l'absence ou la diminution des oscillations artérielles. Un tel syndrome s'observe surtout — comme il est de règle dans les artérites aiguës infectieuses — au niveau des membres inférieurs. Toutefois Cruveilhier, Favre, Thurler, Brouardel et Giroux l'ont vu se produire au niveau de l'humérale.

L'évolution de la maladie est variable.

L'artérite peut guérir complètement, soit qu'il s'agisse d'une forme simplement sténosante, comme dans l'observation de Favre, soit qu'il y ait eu thrombose véritable qui céda à la médication par le citrate de soude; Ardin-Delteil a vu récemment, sous l'action d'injections intraveineuses de citrate de soude, une artère pédieuse complètement oblitérée récupérer l'intégrité de la circulation.

Plus souvent la guérison n'est qu'apparente. Si la nécrose est évitée ou s'est limitée, grâce à la suppléance fonctionnelle des collatérales, l'artère thrombosée reste thrombosée. C'est ainsi que Thurler, Brouardel et Giroux ont signalé, dans un cas d'artérite aiguë pneumonique de l'humérale, la disparition définitive du pouls radial et cubital.

Plus fréquemment encore apparaît la gangrène. Des douleurs vives se font sentir, contrastant avec l'anesthésie de plus en plus marquée des parties ischémiées; la parésie musculaire augmente, ou quelquefois fait place à de la contracture. En même temps les lividités se changent en ecchymoses, des phlyctènes surviennent, l'odeur de sphacèle se fait sentir, un sillon d'élimination se creuse, et les zones mortifiées doivent être éliminées, spontanément ou par acte opératoire, à moins que la mort ne survienne avant qu'une thérapeutique utile ait pu être instituée. Dans notre cas particulier, cette terminaison rapide s'est produite; sans elle, en raison de la thrombose particulièrement étendue, la gangrène se serait produite et nous ne pensons pas que le citrate de soude, seule thérapeutique vraiment efficace des thromboses artérielles en général (1), eût pu avoir raison de coagulations aussi considérables.

Constatations anatomiques. — Nous avons dit leur importance. Malheureusement elles n'ont été faites que rarement : deux fois après une intervention, quatre fois au cours d'une autopsie.

1° Les constatations opératoires sont forcément incomplètes. Dans deux cas identiques (amputation basse de cuisse pour gangrène sous-jacente), Douillet en 1901 et Kredel en 1904 ont trouvé des lésions à peu près semblables : oblitération totale de la poplitée, du tronc tibiopéronier, de la tibiale postérieure, et même, dans le cas de Kredel, de la tibiale antérieure. Douillet conclut à une thrombose et Kredel à une embolie, mais sur des raisons assez gratuites.

2° 4 cas seulement ont eu la confirmation de l'autopsie, et ce sont ceux de Conty, Hervey, Luc et Rendu.

Conty trouve un embolus situé à la bifurcation de l'iliaque primitive droite. Cet embolus, long de 17 millimètres et épais de 7, est gris, dense, homogène. Au-dessus, au-dessous et en dedans de lui, des coagulations plus récentes se prolongent dans les iliaques primitives externe et interne. Le reste de l'autopsie a montré, outre un bloc pneumonique signalé aussi dans les protocoles suivants, de la myocardite avec un foyer de ramollissement et surtout une endocardite végétante des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Dans l'observation d'Hervey, l'embolus long de 3 centimètres (?) est logé à l'union de la fémorale gauche et de la fémorale profonde, dans laquelle il pousse un prolongement. Il est pâle, grisâtre; son centre est puriforme. Au-dessous de lui, dans la fémorale, se trouve un autre caillot de 3 centimètres d'aspect plus récent, rouge sombre, à centre ferme.

---

(1) MÉNÉTRIER. *Nouveau Traité de médecine* de Roger et Widal, 1920, t. I, p. 166 et 207.

(2) O. LUBARSCH. *Hœmatologica*, juin 1924, p. 91-103.

(1) TROISIER et RAVINA. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1924, p. 670.

Sa structure stratifiée indique qu'il s'est constitué par apports fibrineux successifs. A l'examen des différents viscères, on note à la fois des caillots dans les veines pulmonaires, un grand thrombus dense du ventricule gauche, de l'athérome de l'aorte thoracique. Qu'incriminer au juste ? Pièces en mains l'auteur reste embarrassé.

Le cas de Luc est presque superposable comme topographie : caillot très court de l'origine de la fémorale gauche, gris, dur, feuilleté, adhérent à la paroi du vaisseau et remplissant toute sa lumière. Il existe, d'autre part, de l'athérome aortique accentué. L'auteur conclut à une embolie probablement partie de l'aorte. La coexistence d'un infarctus du rein gauche renforce singulièrement cette hypothèse.

Bien plus semblable au nôtre est le dernier cas qu'il nous reste à résumer, celui de Rendu. Il concerne une thrombose que l'auteur qualifie de « monstrueuse », bien que la nôtre la dépasse encore en longueur. Il s'agit d'une thrombose bilatérale de l'iliaque externe et du tiers supérieur de la fémorale. Au sein de cette coagulation, on distingue bien une partie d'aspect plus ancien, celle qui occupe l'iliaque externe, mais peut-on parler d'un embolus de 6 cm. ? Bien qu'il y ait par ailleurs des causes emboligènes, une végétation valvulaire de l'aorte, et, dans le ventricule gauche, un caillot fibrineux, Rendu rejette l'idée d'une embolie. Il croit plutôt à une thrombose et pense qu'elle est due à une artérite aiguë. Mais l'examen histologique, effectué en six endroits, montre que l'artère est saine. « Cette absence d'artérite, conclut Rendu, est le point le plus remarquable de cette observation. On admet en général que l'artérite est nécessaire pour produire la coagulation spontanée du sang dans les maladies infectieuses, et j'étais convaincu que j'en trouverais des traces palpables chez ma malade. Au contraire, malgré l'examen le plus minutieux, la paroi artérielle a partout été trouvée saine, et la coagulation paraît avoir été le résultat de l'altération primitive du sang. C'est ce point spécial que je tenais à signaler, parce qu'il est en désaccord avec les idées généralement admises et qu'il appelle de nouvelles recherches. »

Ces lignes ont été écrites en 1892. Depuis trente-quatre ans les choses n'ont guère avancé.

L'expérimentation eût pu peut-être apporter sur ce point particulier des données nouvelles. Fait curieux, alors qu'elle a été réalisée pour la plupart des artérites infectieuses : par Potain pour la fièvre typhoïde, par Lancereaux pour le rhumatisme, par Brouardel pour la variole, etc., elle n'a pas été faite, du moins à notre connaissance, pour la pneumonie. Gilbert et Lion, qui ont produit des artérites à l'aide de cultures de streptocoques, de staphylocoques, de bactérium coli, n'ont pas expérimenté avec des cultures de pneumocoques et nous n'avons pas connaissance que de nouvelles recherches aient été entreprises sur la question.

On peut concevoir à ce sujet un programme expérimental comportant l'injection de pneumocoques atténués à l'animal réceptif, le lapin, préalablement rendu athéromateux par l'adrénaline [méthode de Josué (1)]. Nous n'avons malheureusement pas pu mener à bien ces expériences.

(1) *Soc. de biol.* : Communications de Josué (14 nov. 1903) ; de Baylac et Albarèdes (1904) ; de Pic et Bonnamour (4 fév. 1905) ; de Gouget (6 mars 1909) ; d'Estienne et Fritsch (18 mai 1909).

BIBLIOGRAPHIE

Ardin-Delteil, Lévy-Valensi et Peretti. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1924, p. 1107.
Bensie. In Thèse Dumas, Paris 1872, p. 168.
Benedikt. In Thèse Berthier, p. 82.
Berthier. La gangrène des extrémités dans la pneumonie, *Th. de Paris*, 1899.
Brouardel et Giroux. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1913, p. 1268.
Conty. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1876, p. 207.
Cruveilhier. *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1853, t. II, p. 298.
Dufour. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1901, p. 1065.
Douillet. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1901, p. 235.
Favre. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1886, p. 285.
Hamilton. In Thèse Berthier, p. 80.
Hervey. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1873, p. 216.
Hijelt. In Thèse Lucas-Fontaine, 1922, p. 25.
Kredel. *Deut. med. Zeit.*, 1904, p. 1024.
Luc. In Thèse Berthier, p. 65.
Lucas-Fontaine. Les thromboses de l'aorte, *Th. de Paris*, 1922.
Malherbe. In Thèse Berthier, p. 65.
Ménétrier. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1919, p. 684.
Nielsen. In Thèse Chevron, Paris 1900, p. 68.
Rendu. *Bull. de la Soc, méd. des hôpit. de Paris*, 1892, p. 19.
Thurler. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1887, p. 44.
Nous regrettons de n'avoir pu trouver les références des cas de Grimon, Mercandino, Zuppinger, et de n'avoir pu consulter :
Grecor. *Glascow med. Journ.*, avril 1908 (bibliographie de la question jusqu'en 1908).
Pussel. *Amer. Journ. of the med. sciences*, 1909.
Read. *Amer. Journ. of the med. sciences*, août 1921.
Smith. *Brit. med. Journ.*, 20 janv. 1923.

ACTUALITÉS

LE BACTÉRIOPHAGE

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Comme nous l'avons dit précédemment (1) on peut en l'état présent de nos connaissances considérer le bactériophage comme un ultra-virus, capable de parasiter certains microbes, in vivo aussi bien qu'in vitro et d'en effectuer plus ou moins vite et complètement la destruction. Cette explication encore discutée d'un phénomène dûment constaté est néanmoins suffisante pour avoir permis d'employer le principe de d'Hérelle contre certaines affections microbiennes. A une définition d'attente correspond une nomenclature d'attente touchant les indications ; elles semblent assez précises vis-à-vis d'un certain nombre d'affections ; sans doute se compléteront-elles et deviendront-elles plus nombreuses. Il n'en reste pas moins qu'on peut dès à présent tirer parti du principe lysant pour réaliser certaines immunisations.

Il est indispensable aussi de ne pas perdre de vue que le bactériophage est doué d'un pouvoir antigénique et que sa pénétration dans l'organisme peut provoquer l'apparition d'anticorps antibactériophagiques. Ceux-ci peuvent non seulement dépouiller le principe de d'Hérelle de toute activité mais

(1) R. Levent. Le bactériophage (bactériophagum intestinale d'Hérelle 1917). Ses propriétés, *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 62, p. 999.

encore favoriser l'infection contre laquelle le traitement est dirigé.

Indications. — *Traitement des infections.* — C'est surtout comme curatif que le bactériophage a été employé jusqu'ici et a procuré des succès ; l'extension de son domaine clinique a été sensiblement parallèle à l'exploration de son domaine bactériologique.

Dysenterie. — C'est naturellement contre la dysenterie à bacille de Shiga qu'ont été faits les premiers essais de traitement par le bactériophage. Dans les premières tentatives faites par d'Hérelle l'amélioration survint en vingt-quatre heures environ, amenant une amélioration générale, une notable diminution du nombre des selles avec disparition du bacille de Shiga ; la guérison était accomplie en cinq ou six jours.

Si Otto, Munter, Davison ont échoué, les statistiques de da Costa Cruz portant sur 10.000 cas ont corroboré les résultats qu'obtint d'Hérelle. Les effets du bactériophage seraient donc plus puissants et surtout plus rapides que ceux du sérum antidysentérique.

Fièvres typhoïde et paratyphoïdes. — Quand le bactériophage est efficace on observe une chute de température graduelle mais amenant le retour à la normale en quatre à cinq jours avec transformation parallèle de l'état général. Dans certains cas on observe des phénomènes critiques dans les heures qui suivent l'injection. Loin d'être un signal d'alarme il semble que ces symptômes fassent défaut dans les cas rebelles au traitement; ils peuvent cependant être suivis d'une rechute.

Divers auteurs ont essayé le bactériophage aussi bien dans les diverses formes cliniques de la dothiénentérie (Beckerich et Hauduroy, Ch. Richet, Azerad et Delarue, Smith) que contre les parathyphoïdes (Beckerich et Hauduroy) ou contre des formes anormales d'infection éberthienne (syndrome dysentériforme de nature éberthienne, Hauduroy et Arsinoles) avec des résultats sinon constants du moins très encourageants. Il faut cependant, en attendant des statistiques plus nombreuses maintenir encore quelques réserves en raison des grandes variations spontanées dans l'évolution de ces affections.

Kabeshima, opérant chez des porteurs de germe, n'a en revanche pas réussi à les débarrasser de leurs hôtes.

Affections à coli-bacille. — Les essais ont été nombreux et surtout dirigés contre des infections urinaires. Beckerich et Hauduroy réunissaient dès 1923 des cas variés : (cystites chroniques, lithiases infectées, pyélonéphrites de l'enfance (3 cas) de la grossesse (7 cas). C'est surtout dans ces dernières que les succès ont été nombreux : Guérison en cinq à dix jours avec disparition des douleurs et des troubles de la miction; l'urine ne contient plus ni leucocytes ni microbes. La fièvre, si elle existe, est en général jugulée en vingt-quatre heures sans plus de réaction en général qu'une crise sudorale de quelques heures, inconstante et bénigne. Courcoux Philibert et Cordey ont obtenu un succès aussi rapide.

C'est dans les *pyélonéphrites de la grossesse* et surtout celles *à évolution aiguë* que les succès sont habituels; l'ancienneté de l'infection diminue les chances de réussite sans pourtant les supprimer.

Infections à staphylocoques. — Quels qu'en soient la localisation et la forme, il semble qu'elles soient parmi *les plus régulièrement influencées* par le bactériophage : Furonculose et anthrax (Bruynoghe et Maisin, Gratia et Jaumas) dont l'évolution est régulièrement abrégée, sycosis (Gougerot et Peyre), sycosis et otites (P. Camus), ostéomyélites, affections urinaires (Barboza), fistules post-appendiculaires (Bastin), infections diverses (Mourret). Mourret et Bastin ont cependant connu chacun un insuccès dans un cas d'ostéomyélite et dans un cas d'abcès du sein.

Autres usages. — On a pu enfin préconiser l'emploi du bactériophage dans divers autres infections, notamment urinaires (entérocoque, pyocyanique) ou dans des infections associées (staphylocoque-colibacille); mais les résultats ne semblent pas encore approcher de ceux que nous venons d'énumérer. Il est néanmoins permis de penser que de nouvelles indications de thérapeutique curative viendront s'y ajouter. L'observation épidémiologique montre en effet, tant en milieu humain (peste, d'Hérelle ; septicémie à Friedlaender, Caublot) qu'en milieu animal (typhose aviaire, septicémie hémorragique du buffle) lors d'une épidémie et à ce moment seulement, la présence d'un bactériophage efficace contre le germe en cause, bactériophage absent partout ailleurs et en tout autre temps. On peut donc espérer par une technique appropriée en utiliser l'activité pour des fins thérapeutiques.

Prophylaxie. — Deux méthodes semblent susceptibles de créer l'immunité; l'une directe par injection de bactériophage à des sujets encore sains vivant en milieu contaminé; l'autre indirecte par injection des produits de la lyse par le bactériophage d'un microbe pathogène. Ces méthodes n'ont reçu jusqu'ici d'application que vétérinaire (typhose aviaire, septicémie hémorragique des buffles) ou expérimentale (dysenterie du lapin); mais les résultats permettent d'entreprendre avec bon espoir des recherches en médecine humaine.

Contre-indications. Précautions. — Le peu d'importance des réactions au traitement ne semble guère laisser de place aux contre-indications; il convient cependant par étude préalable du germe en cause de reconnaître l'existence de microbes résistants et lysogènes contre lesquels le principe de d'Hérelle serait impuissant.

Un certain nombre de précautions sont cependant utiles :

1. *S'abstenir de tout traitement concomitant par des antiseptiques.* — C'est surtout de la quinine qu'il faut s'abstenir en raison de la sensibilité du principe de d'Hérelle vis-à-vis de ce médicament.

2. *Vérifier l'activité de la souche bactériophagique que l'on compte employer* et ne pas perdre de temps entre cette vérification et la mise en œuvre du traitement.

3. *Ne jamais injecter plus de deux ou trois fois* le bactériophage sous la peau pour éviter la production d'anticorps antibactériophagiques qui sensibiliseraient indirectement l'organisme à l'infection qu'on veut détruire.

Posologie. — Les voies d'administration sont multiples et il est expédient de frapper fort; aussi les emploie-t-on concurremment pour amener le bactériophage au contact du ou des foyers infectieux : *voie sous-cutanée, voie buccale, voie rectale, voie vésicale.*

On emploiera autant que possible une souche

dont l'activité aura été reconnue; à son défaut on peut essayer de préparer un auto-bactériophage à partir des urines ou des selles du malade, technique qui nécessite évidemment un délai de quelques jours.

DOSES HABITUELLES. — 1° *Voie sous-cutanée.* — Injections de 3 à 4 centimetres cubes chacune, répétées à vingt-quatre heures d'intervalle; ne pas dépasser quatre ou même trois injections; ne pas les espacer de plus de quarante-huit heures;

2° *Voie buccale.* — Quatre à cinq prises par jour d'émulsion bactériophagique pure ou diluée dans l'eau; chaque prise étant de 10 à 20 centimètres cubes;

3° *Voie vésicale. Voie rectale.* — Introduire dans le réservoir chaque jour ou tous les deux jours 20 centimètres cubes de bactériophage pur ou dilué. Garder trois heures.

On peut par voie buccale, rectale ou vésicale, prolonger le traitement autant qu'il est nécessaire aucune sensibilisation de l'organisme n'en résultant.

Les voies rectale et vésicale trouvent surtout leur emploi dans les infections intestinales et urinaires et semblent agir localement; on peut donc aussi employer contre les staphylococcies cutanées le bactériophage en pansements externes. Le traitement local se doublera toujours de l'administration à la fois buccale et sous-cutanée.

INCIDENTS DU TRAITEMENT. — Il n'y a habituellement aucune réaction quel que soit le mode d'introduction du remède. Dans quelques cas cependant on a observé :

Soit une réaction locale : rougeur, tuméfaction, un peu de douleur apparaissant quelques heures après l'injection et disparaissant spontanément en vingt-quatre heures. Peut-être est-elle d'origine protéique; elle peut en tout cas se constater même chez des sujets sains;

Soit une réaction générale : crise sudorale suivant de près l'injection et quelquefois extrêmement marquée; plus rarement on a constaté des frissons, une élévation de température à 40 degrés; ces réactions qui n'existent jamais chez des sujets sains semblent toujours bénignes et rares et ne paraissent pas constituer de contre-indications. (Hauduroy.)

RÉSULTATS. — Ils varient avec les infections; c'est dans les cas de dysenterie, de fièvre typhoïde ou paratyphoïde, de colibacillose de staphylococcie qu'on a surtout obtenu des résultats intéressants par leur netteté et leur constance.

Dans la dysenterie, Davison, Otto et Munter n'ont rien obtenu; les résultats de d'Hérelle et ceux plus récents de Da Costa Cruz (1924) sont concordants : les insuccès sont exceptionnels et la statistique de Da Costa Cruz porte sur plus de 10.000 cas.

Dans les infections du groupe typhique-paratyphique les résultats, moins aisés à interpréter semblent néanmoins intéressants : 5 guérisons et 3 insuccès sur 8 cas de fièvre typhoïde (Beckerich et Hauduroy); 5 succès sur 7 cas (Smith); 2 succès sur 2 cas de paratyphoïde (Beckerich et Hauduroy).

Dans les colibacilloses (en majorité urinaires) 10 guérisons sur 17 cas (Dalsace), 7 échecs totaux dont 5 se rapportant à des cas où la lyse *in vitro* était nulle.

Dans les staphylococcies 6 guérisons sur 9 cas avec 1 rechute et 2 échecs; Bruynoghe et Maisin, Gratia et Jaumain dans le cas particulier de furoncles et d'anthrax ont des statistiques plus favorables encore puisqu'elles ne comportent que des succès sur des ensembles respectifs de 10 et de 50 cas.

A noter 1 succès sur 2 cas dans des infections mixtes coli-staphylocoque (Dalsace).

Il ne semble pas en l'état actuel des recherches que la localisation de l'infection soit un élément susceptible d'influer sur le succès du traitement. Mais les statistiques dressées par Dalsace montrent l'*importance d'une vérification préalable du pouvoir lytique in vitro.* Lorsque cette propriété manque, le bactériophage se montre régulièrement inefficace *in vivo.*

Bien que dans l'autre éventualité le traitement ne soit pas infailliblement voué à la réussite les statistiques, toutes minces qu'elles soient encore, sont assez uniformément encourageantes pour qu'on puisse fonder quelque espoir sur le perfectionnement d'une méthode encore à ses débuts.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 AOUT 1926)

La loi des tailles et la respiration des tissus « in vitro » chez les homéothermes. — Mme Eliane LE BRETON et M. Charles KAYSER.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1926)

Cette séance a été tenue spécialement à l'occasion des Journées médicales de Paris.

Adéno-kystome du foie. — M. A. DESJARDINS rapporte un cas d'ablation d'adéno-kystome du foie de M. Cresson (de Paris). Il s'agit d'une jeune malade de vingt-quatre ans, présentant un kyste séreux du lobe droit du foie. Ablation après résection du lobe hépatique. Guérison. M. Desjardins montre que les différents kystes hématiques, cholerragiques, suppurés, sont toujours des kystes séreux transformés. Le diagnostic en est souvent difficile; la radiographie elle-même peut induire en erreur. Dans les cas douteux, il y a un grand intérêt à employer l'incision transversale qui donne un bon accès sur le foie, le rein et le côlon transverse. Il est inutile de se servir du thermocautère pour assurer l'hémostase; les ligatures et la suture suffisent.

Reconstitution du socle facial dans les écrasements de la face. — M. DUFOURMENTEL présente un film cinématographique représentant l'opération par laquelle il obtient le soulèvement du plan facial dans les affaissements squelettiques. Autant il est facile de soulever une arête nasale dans le cas de nez en lorgnette par exemple, autant il est difficile de remédier aux aplatissements totaux de la face tels qu'ils s'observent dans les lésions syphilitiques ou dans certains cas très accentués de bec de lièvre. Dans ces cas, Esser, Gillies ont réalisé le décollement total du masque facial et ont inséré au-dessous de lui une large greffe épidermique sur moulage. Après la greffe un appareil de soutien fixé sur les dents peut maintenir le soulèvement des plans mous. M. Dufourmentel réalise ce soutien par un décollement total par voie aseptique et un parquettage cartilagineux de toute la partie centrale de la face.

Indications thérapeutiques du cancer du côlon. — M. V. PAUCHET estime que tout cancer de l'intestin diagnostiqué ou simplement soupçonné doit être opéré. La laparotomie ne fait courir aucun risque, l'attente peut coûter la vie. Le pronostic dépend de la précocité et de la technique. Ne pas faire de

résection au cours de l'occlusion, se contenter d'un anus temporaire et faire la colectomie quelques semaines plus tard. Le diagnostic est difficile au début. La laparotomie exploratrice est indiquée s'il existe un des symptômes suivants : tumeur abdominale, constipation avec diarrhée, douleurs accompagnées de coliques et de gargouillements, suintement sanguin ou muqueux, arrêt ou lacune constatée à la radiographie, ondes péristaltiques visibles sur la paroi. L'endoscopie rectocolique ne montre que les tumeurs de la sigmoïde inférieure.

M. Pauchet présente, à l'appui, le film cinématographique d'une hémicolectomie droite pour tumeur de l'origine du côlon ascendant.

Du danger des explorations urétérales dans la thérapeutique des petits calculs de ce conduit. — M. Cathelin apporte l'observation d'un malade atteint de calculose urétérale et qui, après un cathétérisme urétéral à demeure, fit une poussée à 40 degrés avec frissons et urines troubles qu'il conserve depuis, c'est-à-dire deux ans, avec crises multiples. Le cathétérisme fait par un chirurgien non spécialisé a donc déterminé des troubles graves qu'une simple cure thermale aurait pu éviter.

Des erreurs de position des images radiographiques dans la calculose urinaire. — M. Cathelin rapporte l'observation d'un malade qu'il a opéré d'hydronéphrose il y a quinze ans et de pyonéphrose calculeuse le mois dernier. Tandis qu'à la radiographie faite deux fois par deux opérateurs différents le calcul assez gros fut vu juste au-dessus de la crête iliaque en face l'apophyse transverse de la IVe vertèbre lombaire, on le trouva en réalité dans le rein et très haut, car cette glande était complètement thoracique. Il y a là une erreur de position que M. Cathelin ne s'explique pas et qui excuse peut-être les néphrolithotomies blanches de certains auteurs.

Sur la technique des greffes sexuelles dans quelques cas atypiques. — M. Dartigues, en décrivant cette technique, projette une série de clichés très démonstratifs. Les figures montrent d'abord le procédé habituel extravaginal ou intravaginal quand il y a une surface testiculaire recevante.

Elles montrent ensuite deux cas où les bourses sont absolument vides, soit par mutilation par blessure de guerre, soit par atrophie complète double. La surface cruentée par scarification, dans une loge de nidation artificielle, réalise la condition essentielle de la vitalité du greffon.

Rôle des parasites intestinaux en pathologie chirurgicale. — M. G. Léo fait un saisissant exposé de l'ensemble de cette question qu'il a particulièrement étudiée. Il passe sur les cas où les parasites peuvent avoir un rôle mortel mais qui ne sont que des curiosités intestinales (occlusion intestinale par paquets de lombrics, péritonite par perforation, cholécystite par présence d'ascaris dans les voies biliaires).

Les helminthes, par contre, intéressent le chirurgien de façon, pourrait-on dire, continuelle, par les troubles qu'ils apportent dans les soins postopératoires et dans les diagnostics incomplets qui résultent de leur méconnaissance.

Tous ces troubles ne disparaissent que par le traitement vermifuge. M. Léo cite ainsi parmi les méfaits des parasites intestinaux intéressant le chirurgien :

1. Entérites, colites, compliquant et prolongeant les suites opératoires et dues aux helminthes (ascaris, oxyures, trichocéphales), ou plus rarement aux iufusoires (trichomonas, lamblias).
2. Règles très douloureuses chez des femmes absolument indemnes de lésions utérines, salpingiennes ou ovariques.
3. Coliques vermineuses postopératoires simulant la péritonite.
4. Colibacillurie.
5. Vulvite des petites filles.
6. Appendicite.
7. Neurasthénie.

Ce sont là des faits certains, d'autres sont moins connus :

1° Cystites invétérées par trichomonas (le plus souvent trivaginalis).

2° Vagino-métrites, par trichomonas vaginalis.

3° Rôle possible du trichomonas vaginalis dans l'infection du corps utérin (Riff, de Strasbourg).

4° Piqûres d'oxyures, au niveau de l'intestin, pouvant être l'origine d'infections autres que la colibacillose, et, par exemple, la tuberculose.

Technique du lavage des vésicules séminales. — M. G. Luys expose la technique du lavage des vésicules séminales, destiné à désinfecter les vésicules séminales, lorsque les moyens ordinaires (massages des vésicules et dilatations urétrales) ont échoué.

Cette opération doit se faire par voie chirurgicale au moyen d'une incision à 2 centimètres au niveau de la racine des bourses. Le canal déférent est isolé minutieusement et on injecte dans sa lumière, au moyen d'un trocart, 10 à 15 centimètres cubes de collargol.

Le malade doit être ensuite immobilisé au lit avec la diète absolue opiacée pendant quatre jours. Le collargol reste ainsi fixé dans les vésicules séminales toujours au moins pendant quatre jours. Souvent, il y reste pendant trois semaines, ce qui est vérifié par une éjaculation complètement noire observée au vingtième jour.

Les résultats immédiats et éloignés de cette intervention très simple, quoique délicate, pratiquée par l'auteur plus de cent cinquante fois, doivent en faire préconiser l'usage dans le traitement des vésicules séminales infectées.

M. Luys accompagne son exposé d'une série de très belles projections montrant, en particulier, la technique qu'il décrit, et des radiographies de vésicules séminales injectées au collargol.

Procédé pour la cure de certains cas de fistules vésico-vaginales. — M. Eugène Delaunay décrit un procédé surtout applicable quand l'utérus est en place et abaissable, et qu'il a employé dans deux cas de fitules consécutives à l'accouchement.

En cas de fistules bas située : libération de l'insertion vaginale antérieure, dissection d'un grand lambeau, comprenant toute l'épaisseur de la paroi vaginale juste très au-dessus de l'orifice fistuleux ; suture de l'orifice vésical en deux plans (un premier plan comprenant toute l'épaisseur des parois, un deuxième plan d'enfouissement) ; résection du lambeau vaginal jusqu'au-dessus de l'orifice de la fistule ; suture de la portion restante du lambeau, (abaissée comme un rideau), à la lèvre de désinsertion vaginale. Sonde à demeure dans la vessie.

Procédé applicable en modifiant le tracé du lambeau, aux fistules haut ou latéralement situées.

Les avantages de ce procédé sont : 1° incision loin de la fistule ; 2° sutures qui ne se correspondent pas ; 3° raccourcissement de la paroi antérieure du vagin qui maintient le plissement de la vessie.

M. Delaunay projette une série de clichés montrant le procédé dans tous ses détails.

Le polymorphisme des anomalies vertébrales. — M. Roederer rappelle que quelquefois, la forme des anomalies vertébrales peut se traduire par des douleurs, ou des gibbosités, ou des déviations latérales, si bien que le diagnostic se pose souvent avec le mal de Pott (en particulier), ou les différentes algies vertébrales, ou une scoliose essentielle. L'auteur insiste sur le fait qu'un grand nombre des scolioses que l'on croit de formation accidentelle sont des scolioses par agénésie primitive des noyaux de développement.

A l'appui de cette thèse, M. Roederer projette un certain nombre de radiographies démonstratives.

Utilité et avantages de la télé-stéréo-radiographie dans le diagnostic des affections chirurgicales. — MM. Hautefort et Dioclès présentent un appareil qui permet la prise et l'examen de radiographies donnant la sensation véritablement parfaite du relief. Les auteurs montrent le grand intérêt que présente l'examen de pareilles radiographies.

L'Hygiène mentale et nerveuse individuelle, par les docteurs Henri Bouyer, médecin des Asiles publics, et Maurice Martin-Sisteron, médecin des hôpitaux de Grenoble. In-8, 352 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, A. Maloine.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA DIÉTHYLAMIDE DE L'ACIDE PYRIDINE-B-CARBONIQUE (CORAMINE) ET SES APPLICATIONS EN THÉRAPEUTIQUE (1).

Par S. Odabachi.

La diéthylamide de l'acide pyridine-B-carbonique, ou coramine, est un corps synthétique, inodore, presque insipide, soluble dans l'eau, de réaction neutre.

Physiologiquement, la coramine doit être classée parmi les toni-cardiaques stimulants, augmentant la pression sanguine et l'amplitude respiratoire. Son action s'apparente jusqu'à un certain point à celle de la digitale, de la caféine, de la spartéine; on peut la considérer comme presque identique à celle du camphre.

Les essais cliniques montrent que cette substance possède, en effet, sur l'homme sain comme sur le malade, une action toni-cardiaque et stimulante générale dont les effets sont en tous points comparables à ceux que détermine l'injection d'huile camphrée.

Mais les avantages de la coramine sur l'huile camphrée sont très nets et résultent, d'une part de son action énergique et de sa très faible toxicité (d'où très grande marge thérapeutique et absence d'effets secondaires), de son efficacité par voie parentérale comme par voie buccale; d'autre part, de sa grande maniabilité, de la facilité de son administration résultant de ce que, soluble dans l'eau, sa solution est fluide, se résorbe facilement et rapidement, ne détermine aucune réaction locale, est parfaitement tolérée par les voies digestives.

Cliniquement, on peut attendre les meilleurs résultats de la coramine dans les états de choc, de collapsus, de même que chez les infectés ou les intoxiqués.

Elle a l'avantage sur la caféine de ne pas éréthiser le système nerveux, de posséder une action plus prolongée, plus soutenue.

Chez les insuffisants cardio-vasculaires, elle paraît de nature à jouer très utilement le rôle de médicament tonique intercalaire entre les cures de digitale, de strophantus ou de quinidine. Dans un cas (obs. X) on voit se déclancher sous son influence une diurèse abondante, et, d'une façon générale, elle peut jouer vis-à-vis de certains cœurs accoutumés ou réfractaires à la digitale ce rôle de sensibilisateur que M. le professeur Vaquez a si bien en lumière à propos de l'ouabaïne.

Les doses peuvent varier entre XXV et LX gouttes par jour, ou bien 1 ou 2 centimètres cubes par voie sous-cutanée ou intraveineuse; elles pourraient être portées beaucoup plus haut encore sans inconvénient. Cette grande amplitude de la posologie permet de graduer les effets demandés à la médication, depuis une action simplement tonique et stimulante dans les cas légers, jusqu'aux effets puissamment excitateurs dans les cas où le myocarde et le centre respiratoire sont profondément inhibés.

LIVRES NOUVEAUX

Rabelais notre maître, son œuvre, sa doctrine le pantagruélisme, par le docteur W. Nicati [Alcuin Miliait] (2).

Rabelais, notre maître, son œuvre, sa doctrine le Pantagruélisme, tel est le titre exact de ce livre très intéressant, très captivant, comme tout ce qui touche à Rabelais, et aussi très instructif.

C'est en philosophe, en psychologue, en médecin, que M. Nicati juge et apprécie Rabelais. Ce fut également en philosophe qu'il écrivit toutes ses œuvres : *La Psychologie naturelle*; *La Philosophie naturelle*; *La Perspective naturelle*; *La Religion naturelle*; *La Poésie naturelle*; *La Physiologie oculaire humaine et comparée, normale et pathologique, échelles visuelles et leurs applications*; enfin, *les Opérations cardinales de l'esprit humain*, *Noble Pantagruel* (1).

« Les livres de M. Nicati, écrit M. Cullerier dans les *Annales médico-psychologiques*, appartiennent à la catégorie de ceux que domine une maîtresse idée directrice... Comment analyser en quelques lignes des livres aussi considérables par l'étendue et la variété des sujets traités, aussi riches de substances, aussi originaux de forme et de doctrine, en un mot aussi personnels? »

Nous ne saurions trouver de meilleures expressions pour apprécier en quelques mots la nouvelle œuvre de M. Nicati.

En parcourant ce volume, on sent un tel accord, une telle intimité de pensées entre l'auteur et son héros, une si sincère admiration qu'on en est touché.

Dans une introduction, M. Nicati nous présente ainsi Rabelais : L'énigme d'un roi des orduriers, prince de sagesse. Il rappelle les divers jugements portés sur lui par d'autres génies. Retenons celui de Victor Hugo : « Rabelais que nul ne comprit et dont l'éclat de rire énorme est un gouffre d'esprit. » Quel livre emporter seul dans une île déserte? La Bible. « Il y a de la Bible pour qui sait y lire dans Rabelais. »

Résumant d'un mot l'œuvre de Rabelais et n'oubliant pas le curé de Meudon, M. Nicati termine cette introduction par un mot : « Psychologie, philosophie et morale. Psychologue naturaliste en sa qualité de médecin, philosophe nourri aux sciences communes de l'antiquité et de sa lucide intelligence, on le verra prêtre jaloux revendiquer pour les répandre les fruits bénis de la religion. »

Le volume de M. Nicati est divisé en plusieurs chapitres selon les divers aspects sous lesquels il envisage Rabelais, et nous aurons ainsi Rabelais psychologue (faits et prouesses de Pantagruel), Rabelais philosophe (dicts héroïques de Pantagruel), Rabelais moraliste (Gargantua), Rabelais prophétique (la fonction mentale), enfin Rabelais comique (la chresme philosophale ou la physiologie du rire).

Ce serait une tache bien ingrate que d'avoir la prétention, dans une courte bibliographie, de donner une idée d'un pareil livre. Nous ne pouvons cependant résister au plaisir de citer ces admirables conseils de Gargantua à son fils : « Par quoy, mon fils, je te admoneste que employe ta jeunesse à bien profiter en estudes et en vertus... Mais parce que, selon le sage Salomon, sapience n'entre point en âme malivole et science sans conscience n'est que ruine de l'âme, il te convient servir, aimer et craindre Dieu, et en luy mettre toutes tes pensées et tout ton espoir et par toy formée de charité estre à luy adjoinct, en sorte que jamais n'en soys désemparé par péché, aye suspects les abus du monde. Ne mets ton cœur à vanité, car ceste vie est transitoire, mais la parole de Dieu demeure éternellement. Soys serviable à tous tes prochains, et les ayme comme toi mesmes. Révère tes précepteurs, fuis les compagnies des gens esquels tu ne veux pas ressembler, et les graces que Dieu te a données, icelles ne reçois en vain. Et quand tu connaîtras que auras tout le scavoir de par de là acquis, retourne vers moy afin que je voye et donne ma bénédiction davant que mourir. »

Chers lecteurs, lisez le livre de notre confrère Nicati et vous en aurez jouissance et profit. A. Brochin.

Précis de bactériologie (2), par le professeur J. Courmont. 5e édition revue, augmentée et corrigée par P. Courmont, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, directeur de l'Institut bactériologique.

Le grand succès du *Précis de bactériologie* de J. Courmont était dû à sa valeur pratique en même temps qu'à sa haute tenue scientifique. La cinquième édition complète les précédentes; des parties entières ont été refondues (sérothérapie), des chapitres nouveaux mettant au point des questions renouvelées : gangrènes, virus filtrants, classifications des pneumocoques, steptocoques, etc... Les dernières découvertes sont résumées à propos de chaque microbe.

(1) *Th. de Paris*, 1926.
(2) Un vol. in-16, 248 pages. Prix : 9 fr. — Marseille, Editions « Quo Vadis », 107, rue Paradis.

(1) La plupart de ces ouvrages se trouvent chez Doin, éditeur.
(2) Un volume in-16, 1278 pages avec 324 figures dans le texte et 40 planches en couleurs hors texte. — Prix : cartonné toile, 85 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le *bactériologiste* y trouvera l'exposé complet de toutes les méthodes et techniques importantes (première partie).

L'*étudiant* et le *médecin* trouveront à propos de *chaque microbe* pathogène tout ce qu'ils doivent savoir pour l'étiologie, le diagnostic, le pronostic, et enfin le traitement spécifique (*sérums, vaccins*) [deuxième et troisième parties]. La troisième partie est consacrée à la *sérothérapie;* la quatrième à la *rage*.

A remarquer les chapitres étendus et pratiques sur la *tuberculose* (microbe, toxine, diagnostic par le laboratoire, vaccins...) que la compétence toute spéciale de J. et P. Courmont marque, entre autres, d'une empreinte originale spéciale.

Bref, ce livre est l'œuvre de savants et de médecins qui ont écrit, dans un esprit pratique, pour les hommes de laboratoire, mais aussi pour les cliniciens.

L. G.

Les tumeurs du cerveau (1), par le professeur Viggo Christiansen, médecin en chef de l'hôpital royal de Danemark, membre de l'Académie de médecine de Paris. Deuxième édition publiée avec le concours du docteur Edmond Terris.

Cet ouvrage est consacré à l'étude du diagnostic précoce des tumeurs cérébrales et à l'opportunité des interventions chirurgicales. C'est une succession de leçons cliniques ou, à l'occasion d'une série de malades, l'existence, la nature, la localisation et les signes révélateurs des tumeurs de l'encéphale sont discutés, ainsi que leur traitement.

Successivement, le lecteur voit défiler des sujets atteints de tumeurs de la région motrice, les tumeurs des lobes occipitaux, celles de la base du cerveau, les tumeurs de l'hypophyse, de l'angle ponto-cérébelleux, du cervelet et de la protubérance, enfin les indications opératoires.

Symptomatologie, anatomie pathologique, évolution, diagnostic, indications opératoires sont exposés dans tous leurs détails.

Pour cette deuxième édition, dit l'auteur, et en raison de progrès rapides réalisés par la clinique neurologique, une revision radicale s'imposait. Il l'a fait porter sur tout le livre, supprimant des parties inutiles, ajoutant des observations nouvelles, mais principalement, sur la théorie *des tumeurs chiasmatiques*, sur les difficultés de diagnostic causées par l'encéphalite chronique, sur l'efficacité des trépanations palliatives, etc.

L. G.

La cystographie. Etude radiologique de la vessie normale et pathologique (2), par les docteurs H. Blanc et M. Négro du service Civiale (hôpital Lariboisière, Paris). Préface du docteur Marion.

La cystographie est l'étude radiographique de la vessie remplie d'un liquide opaque.

Les auteurs de ce livre ont étudié presque systématiquement depuis plusieurs années la vessie par ce procédé qu'ils ont perfectionné. On pourra juger par la lecture de cet ouvrage par les belles reproductions radiographiques qu'il contient de l'importance des divers modes de cystographie et de la perfection à laquelle ils sont arrivés.

Après avoir rappelé brièvement l'historique de la cystographie, ils décrivent la technique urologique et la technique radiographique. S'arrêtant quelque peu à l'étude de la vessie normale, ils absorbent l'étude de la vessie pathologique. Sont d'abord étudiées les affections ou lésions vésicales, dans lesquelles la cystographie est indispensable pour assurer le diagnostic. Puis celles dans lesquelles la cystographie est utile sans être absolument nécessaire cependant à l'établissement du diagnostic. Enfin des chapitres moins importants sont consacrés aux affections dans lesquelles la cystographie ne saurait en rien aider un diagnostic dûment établi par l'examen clinique ou d'autres moyens d'investigations.

Un chapitre est consacré à la cystographie postopératoire, cystographie de contrôle et un aperçu rapide de la pneumocystographie termine l'ouvrage.

L. G.

(1) Un volume de 400 pages avec 107 figures. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume de 192 pages, avec 108 figures radiographiques. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les Feuillets du pédiâtre (1re *série*) (1), par le docteur Germain Blechmann, ancien chef de clinique à l'hospice des Enfant-Assistés. Préface de M. le docteur J. Noir.

Comme l'écrit le docteur J. Noir dans sa préface des *Feuillets du Pédiâtre* : « Pour donner à une jeune mère des indications précises et faciles à appliquer, pour indiquer avec clarté et méthode dans la rédaction d'une ordonnance, pour ne pas laisser ceux qui soignent l'enfant dans l'embarras de l'indécision, lorsqu'ils voudront exécuter les prescriptions, il faut que le médecin connaisse à fond et en détail ce qui concerne la clinique infantile. »

M. le docteur G. Blechmann, dont on connaît la compétence toute spéciale en pédiatrie, répond dans cette série de consultations ou de conseils (au nombre de 60), que même les spécialistes pourront lire avec plaisir et profit, à des questions posées par des médecins praticiens et donne des indications précises et précieuses qui seront très goûtées aussi bien par ceux-ci que par les jeunes mamans dans le désarroi de leur inexpérience. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les divers articles de cet ouvrage, que ce soit le scorbut (maladie de Barlow), l'idiotie mongolienne ou la préparation des bouillies, la révulsion, les bains, etc. Nous ne doutons pas de l'accueil qui feront les médecins praticiens aux *Feuillets du Pédiâtre* dont ils sauront apprécier à leur valeur les conseils et les services.

L. Babonneix.

Les angines de poitrine (2), par L. Gallavardin, médecin des hôpitaux de Lyon.

« Les difficultés inhérentes à l'angine de poitrine sont de deux ordres, dit l'auteur dans sa préface. — La douleur, qui est la manifestation spéciale du syndrome, n'est susceptible, pas plus dans sa quantité que dans sa qualité, d'aucun moyen de mesure ; or, on l'a dit souvent, sans mesure, pas de science possible. En second lieu, ce n'est que par un abus de langage que l'on parle d' « angine de poitrine » à l'instar d'une maladie. Il existe simplement des « cardiopathies angineuses », dans lesquelles le syndrome intervient à titre tantôt initial, tantôt épisodique, tantôt dominant, et tantôt tragiquement terminal. Dans tous les cas, un point sensible a été intéressé; un cri s'est fait entendre; mais la maladie reste multiforme. »

S'il apparaît à l'auteur aussi impossible de publier actuellement un traité de l'angine de poitrine, qu'un traité de la dyspnée ou des palpitations, il lui paraît particulièrement utile de faire connaître des études fragmentaires sur l'angine de poitrine, ainsi que des observations de syndromes angineux avec vérification anatomique. C'est là le but de cet ouvrage.

L. G.

Kinésie paradoxale des parkinsoniens. Contribution à l'étude du mécanisme de la motilité volontaire (3), par le docteur J. Jarkowski.

La kinésie paradoxale des parkinsoniens qui consiste en réveils brusques d'activité chez des malades complètement inertes, ne se laisse accorder avec aucune des théories classiques du mécanisme des troubles parkinsoniens.

En se basant sur ses recherches personnelles, faites en collaboration avec son maître M. Babinski, l'auteur arrive à la conclusion que les troubles parkinsoniens consistent surtout en affaiblissement de l'impulsion à l'acte, qui résulterait d'une diminution des « réactions affectivo-motrices », de la proto-énergie », selon l'expression de l'auteur.

La kinésie paradoxale nécessite une révision de notre conception de la motilité volontaire; celle-ci serait, selon l'auteur, la résultante de la proto-énergie et de l'action de l'appareil régulateur représenté, pour une grande part, par le système pyramidal.

L. G.

(1) Un volume in-16 de 150 pages. — Prix 10 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

(2) Un volume de 182 pages. — Prix relié : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

(3) Un volume de 80 p. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 70. — MERCREDI 1er SEPT. 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 1er SEPT. 1926. — N° 70.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 : 65 fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 1er janvier 1927 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le jeudi 28 octobre 1926, à 9 h. 1/2.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le lundi 13 septembre jusqu'au samedi 9 octobre 1926 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour l'épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

MARINE. — Liste alphabétique et par centre d'examen des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine, en 1926 :

Epreuves orales à Brest, le lundi 30 août 1926, à 8 heures, à l'hôpital maritime : MM. Bazin, Beauchesne, Bellocq-Lacoustète, Bernard, Caillet, Chardronnet, Coquin, Cornet, Floch, Gaudin, Glerant, Hubert, Kerzreho, Kirsche, Lanuzel, Le Baron, Le Berre, Le Bouvier, Le Carrer, Léger, Limousin, Minec, Monfort, Pan, Pérennec, Perro, Pichon Provost, Rémy, Ropars, Rosmorduc, Sicot, Soubigou, Totin

Epreuves orales à Rochefort, le mardi 7 septembre 1926, à 8 heures, à l'hôpital maritime : MM. Barraud, Borneuf, Bouchet, Bourden, Boursiac, Caubet, Chomet, Clerc, Constans, de Latouche, Destribats, Feyte, Gast, Gourry, Kany, Lajournade, Larraud, Laveau, Lepage, Longe, Maleville, Margat, Mercier, Monglond, Mongrand, Moulinard, Ouary, Pichevin, Pourtau, Queron, Revault, Ricaud, Vrignaud.

Epreuves orales à Toulon, le lundi 20 septembre, à 8 heures, à l'hôpital maritime : MM. Albouze, Barbier, Bastien, Bertrand, Bodeau, Bonavita, Cals, Candille, Cauvin, Clerc (G.-F.), Collet, Dareys, Daste, Delafon, Desvernois, Duquaire, Dutrey, Fimayer, Fournet, Gilly, Goux, Guibert, Legrosdidier, Marten, Natali, Pelletier, Peu-Duvallon, Plazy, Pouyanne, Prost, Ribo, Robini, Soulage, Terramorsi, Thill, Thomas, Thome, Vaichère.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Le *Journal officiel* du 21 août 1926, p. 9540, publie un rapport et un décret sur la réglementation de la police sanitaire générale dans la colonie de Madagascar et dépendances.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ORIENTATION FÉMININE (Bordeaux, 23-26 septembre). — Secrétariat : 57, rue des Trois Conils, Bordeaux.

Questions inscrites au programme : 1° Les carrières ménagères ; 2° Les carrières sociales ; 3° Les carrières de l'hygiène et de la médecine, etc.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — Laboratoire des travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale. (Professeur : M. M. Tiffeneau.) — *Conférences pratiques et étude du droguier*, par MM. les docteurs René Hazard et Fernand Mercier, préparateurs.

Pour être mis en série, MM. les Etudiants devront se faire inscrire au secrétariat (guichet n° 4), de 15 à 17 heures, les lundis, mercredis et vendredis.

A ces travaux pratiques seront admis :

1° Les étudiants préparant le 4e examen de doctorat (ancien régime) ;

2° Les étudiants de 4e année (nouveau régime) ajournés ou absents à la session de juin 1925, ou n'ayant pas participé aux travaux pratiques réglementaires de pharmacologie de l'année scolaire 1925-1926.

Droit d'inscription : 100 francs.

Les conférences auront lieu tous les jours, à la salle des travaux pratiques de pharmacologie, de 14 h. à 15 h. 30.

Cette série de conférences commencera le mardi 5 octobre 1926.

Prière de s'inscrire de suite.

— CHAIRE DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE. (Maternité Baudelocque. Professeur : M. A. COUVELAIRE.) — COURS COMPLÉMENTAIRES (1926-1927). — I. *Cours élémentaire de pratique obstétricale.* — Durée : deux semaines, le matin et l'après-midi.

Première série : vacances de Pâques.

Deuxième série : première quinzaine de juin.

Troisième série : première quinzaine de septembre.

Quatrième série : première quinzaine d'octobre.

Cours réservés aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants pourvus de seize inscriptions, sous la direction du chef de clinique.

II. *Stage et cours de perfectionnement*, du 1er février au 30 avril. — Ces enseignements, dirigés par le professeur Couvelaire avec l'assistance de MM. Lévy-Solal, Levant, Vignes, Cleisz, Portes, accoucheurs des hôpitaux ; Marcel Pinard, médecin des hôpitaux ; Verne, agrégé d'histologie, et Girand, chefs de laboratoire ; Powilewicz et Desnoyers, anciens chefs de clinique ; MM. Lacomme et Ravina, chefs de clinique, sont réservés aux étudiants et médecins français et étrangers ayant déjà une certaine instruction obstétricale et désireux de se perfectionner au point de vue scientifique et pratique.

Ils comprendront : *a.* un stage clinique ; *b.* des conférences de pathologie ; *c.* un cours d'opérations obstétricales ; *d.* un cours d'anatomie, d'histologie et de physiologie obstétricales.

Les horaires sont combinés de façon à permettre aux élèves de suivre les cours dans leur ensemble ou l'un des cours à leur choix.

Des certificats seront délivrés aux élèves.

A. *Stage clinique*, du 1er février au 27 mars.

B. *Cours d'opérations obstétricales*, par M. Portes, accoucheur des hôpitaux, du 1er au 27 février. — Ce cours aura lieu tous les après-midi, à 15 heures. Il comprendra des exposés oraux sur les indications et la technique des opérations, des exercices pratiques individuels et des séances de projection de films cinématographiques.

C. *Cours d'histologie et de physiologie obstétricales*, par MM. Verne, agrégé d'histologie, et Vignes, accoucheur des hôpitaux, du 1er au 15 mars. — Ce cours aura lieu tous les après-midi, à 15 heures. Il comprendra des conférences, des démonstrations et des examens individuels de préparations macro et microscopiques.

Un mois avant l'ouverture des cours le programme détaillé sera publié avec l'indication des droits d'inscription.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— *Cours élémentaires de pratique obstétricale.* — Cours élémentaires d'une durée de deux semaines, sous la direction de M. Desnoyers, chef de clinique, avec la collaboration de MM. Lacomme, Ravina et Risacher, anciens internes ; Hidden, ancien chef de clinique adjoint ; Allard, aide de clinique.

Première série : du 1er au 15 septembre.

Deuxième série : du 1er au 15 octobre.

HÔPITAL BROUSSAIS. (Service de M. le docteur LAUBRY.) — COURS DE CARDIOLOGIE, du 11 au 27 octobre 1926. — Les matins, de 11 heures à midi, leçons par M. le docteur Laubry et ses assistants.

Les après-midi, démonstrations pratiques de radiologie, électrocardiographie et méthodes graphiques.

Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire dès à présent et jusqu'au jour de l'ouverture du cours à l'hôpital Broussais, 96, rue Didot, Paris (XIVe), ou par correspondance adressée à M. le docteur Daniel Routier, à l'hôpital Broussais.

Un jour sera réservé pour la visite détaillée du musée de la Clinique.

Droit d'inscription : 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 15 à 17 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE ET HYGIÈNE DU PREMIER AGE. (Professeur : M. G. MOURIQUAND.) — *Cours de perfectionnement 1926.* — Un cours de perfectionnement aura lieu du 3 au 16 novembre 1926, sous la direction de M. le professeur Mouriquand, avec la collaboration de MM. Péhu, Gardère, Dufourt, médecins des hôpitaux ; Bertoye, chef de laboratoire, et Bernheim, chef de clinique infantile.

Il sera exclusivement pratique et comprendra des leçons, des examens cliniques, radioscopiques et microscopiques.

Les horaires seront combinés de façon à permettre aux auditeurs de suivre le cours de perfectionnement de la Clinique de chirurgie infantile (professeur Nové-Josserand) qui aura lieu à la même époque.

Leçons et démonstrations, tous les jours, à 3 h. 1/4, à la Clinique médicale infantile.

Les examens cliniques auront lieu à la Clinique médicale infantile les lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2.

Les mardi, jeudi et samedi, à la même heure, les auditeurs pourront se rendre à la Clinique chirurgicale infantile de M. le professeur Nové-Josserand.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Le droit d'inscription est de 150 francs pour le cours de médecine infantile et de 200 francs pour les deux cours de médecine et de chirurgie infantiles.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, quai Claude-Bernard, jusqu'au 25 octobre 1926. Dans le cas où le nombre des inscriptions n'atteindrait pas le chiffre de 10, le cours pourrait être remis à une date ultérieure et les intéressés seraient prévenus en temps utile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Fernand des Cilleuls, secrétaire honoraire des facultés de médecine et de pharmacie de l'Université de Nancy.

RENSEIGNEMENTS

UN CAS DE FIÈVRE DE MALTE

GUÉRI A LA SUITE D'UNE INJECTION UNIQUE D'UNE ENDO-PROTÉINE PRÉPARÉE AVEC LE « BACILLUS ABORTUS » DE BANG

Par MM. COURTOIS-SUFFIT, GARNIER et LIÈGE (1).
Médecin de la Maison Dubois. Internes des hôpitaux.

La mélitococcie, dont on connaît la fréquence sur le littoral méditerranéen, tend à s'étendre de plus en plus. Elle a gagné, notamment dans le sud de la France, de nombreux départements jusque-là épargnés, et la région parisienne, elle-même, n'est pas indemne de ses atteintes.

Aussi peut-on dire avec Ch. Nicolle *:*

« La mélitococcie est en train d'évoluer, elle a tendance à devenir chronique, c'est une maladie qui plus tard deviendra, par ses manifestations et sa chronicité, une des affections les plus fréquentes et les plus tenaces. La mélitococcie est une maladie d'avenir. » (*Ann. de l'Inst. Pasteur.*)

Cette extension de l'affection la rend aujourd'hui particulièrement intéressante. Mais, il est un point sur lequel, à l'heure actuelle, insistent de nombreux auteurs, et qui a trait aux rapports étroits qui existent entre le *Micrococcus melitensis* de Bruce, agent de la fièvre méditerranéenne, et le *Bacillus abortus* de Bang, agent de l'avortement épizootique. Rapports si intimes qu'on en arrive à se demander si l'un de ces microbes n'est pas capable de provoquer indifféremment l'une ou l'autre des deux affections : autrement dit si le *Bacillus abortus* ne pourrait pas être, chez l'homme, la cause d'une fièvre ondulante alors que le *melitensis* pourrait devenir l'agent d'un avortement infectieux. Nous n'avons pas qualité pour trancher cette question, mais il est impossible de ne pas la soulever en partant de la mélitococcie.

Ces différentes raisons nous incitent à rapporter une observation de fièvre de Malte contractée dans la région parisienne, traitée avec succès, et guérie par l'injection d'une endoprotéine extraite du *Bacillus abortus.*

Le *28 mars 1926*, entre à la Maison Dubois un homme de vingt-trois ans.

L'interrogatoire nous apprend qu'en dehors d'une rougeole, d'une diphtérie contractée dans l'enfance et d'un ictère qui semble avoir été bénin, le malade n'a jamais présenté aucune affection grave. Il déclare qu'il n'a jamais été aux colonies et qu'il n'a pas visité la région méditerranéenne.

S'il ne consomme ni lait, ni fromage de chèvre, par contre, depuis l'âge de dix-huit ans, il assure avec son père, négociant à la Villette, l'achat et la vente d'animaux, de bœufs et plus particulièrement de moutons, de béliers et de chèvres. Il n'a jamais eu l'occasion de s'occuper de l'abatage de ces animaux, mais son métier l'oblige à un contact journalier avec eux.

Le *début de la maladie remonte au 12 janvier.* Le malade présentait une asthénie progressive, une angine et déjà des sueurs assez abondantes.

Il s'alite le 22 janvier. A ce moment (et ces renseignements nous sont confirmés par l'un des médecins qui l'ont soigné), il présentait de la température montant le soir à 40 degrés.

A cette ascension thermique succédaient, dans la seconde partie de la nuit, d'abondantes sueurs mouillant jusqu'au matelas.

Le matin, la température retombait aux environs de 39 degrés. L'appétit était notablement diminué, la constipation opiniâtre. La rate était grosse, mais on n'avait pas constaté de taches rosées.

Vers le 15 février, la température tombe en lysis, l'appétit et les forces reparaissent. Les médecins qui le soignent n'ayant pu (par suite de l'opposition paternelle) pratiquer ni hémoculture, ni séro-diagnostic, le considèrent comme convalescent d'une affection du groupe typhique. Vers la fin de février, tous les symptômes précédents réapparaissent aussi intenses. Il se produit une véritable rechute que l'on attribue toujours à la même cause. Cependant, à ce moment surviennent une arthralgie de la coxo-fémorale droite et une sciatique très douloureuses qui rétrocèdent en deux jours. C'est dans ces conditions que le malade est admis à la Maison Dubois, le 28 mars.

Un séro-diagnostic fait quelques jours avant dans un laboratoire a été négatif au *melitensis* comme à l'Eberth et au paratyphique.

A ce moment (28 mars), on est en présence d'un malade amaigri, fatigué par une affection qui dure depuis *déjà deux mois et demi.*

L'examen de la courbe thermique qu'apporte le malade montre une température oscillant entre 37 et 39 degrés et ayant présenté plusieurs ondes assez nettes (voir fig. 1).

L'anorexie est marquée, la constipation opiniâtre.

La palpation de l'abdomen provoque une douleur surtout marquée dans la région des hypocondres, au niveau du foie et de la rate. La matité splénique s'étend, en effet, sur 18 centimètres, et la palpation permet de sentir très nettement son pôle inférieur sous le rebord costal.

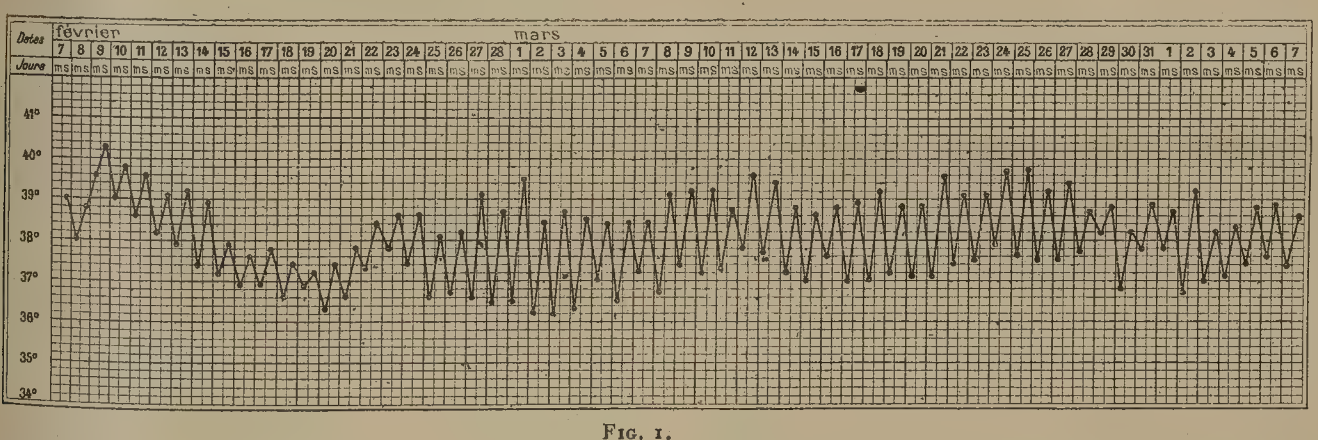


Fig. 1.

Le foie déborde également les fausses côtes. L'examen somatique reste par ailleurs négatif; on ne distingue aucune éruption cutanée.

Le *2 avril*, coïncidant avec une ascension thermique à 40 degrés, on note une vive douleur spontanée au niveau du *testicule* droit ; l'examen montre un épididyme droit gros et sensible ; la palpation du déférent est également douloureuse.

Deux jours après, ces symptômes locaux ont disparu et font place à une arthralgie de la coxo-fémorale gauche qui persiste quatre à cinq jours. Pendant toute cette période, le malade est pris toutes les nuits de crises sudorales intenses qui, dans la journée, laissent la peau en état de moiteur. On

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, séance du 9 juillet 1926.

ne trouve toujours aucun signe pulmonaire ou cardiaque. La radioscopie reste négative, ainsi que toute autre exploration.

Le *2 avril*, *un séro-diagnostic* est pratiqué au laboratoire ; il est négatif pour l'Eberth, le para A et le para B.

Avec sérum non chauffé, il est positif ou 1/100 pour le *melitensis*. Deux hémocultures sur bouillon sont restées négatives.

Un examen du sang a montré : une anémie marquée à 1.400.000 globules rouges, 6.500 globules blancs, avec une formule leucocytaire à mononucléose nettement prédominante.

Le malade est considérablement affaibli, asthénié, amaigri.

Le *13 avril*, on injecte dans le derme de la face antérieure de l'avant-bras 2/10 de centimètre cube d'une endoprotéine préparée avec une souche d'*abortus* par M. Reilly, chef du laboratoire de l'hôpital Claude-Bernard (1).

Une culture d'un *abortus* d'origine tunisienne est émulsionnée en eau physiologique ; l'émulsion est desséchée dans le vide et les corps microbiens broyés au mortier d'agate.

C'est une émulsion de ces corps microbiens broyés qui fournit l'endoprotéine dont nous nous sommes servis.

Le lendemain de l'injection, on constate une rougeur diffuse de la dimension d'une pièce de deux francs environ, douloureuse, mais sans induration.

Le 17 avril, la température du malade était, le matin, à 37 degrés. On injecte par voie intramusculaire 2 centimètres cubes de l'endoprotéine précédente. Deux heures après, le malade est secoué par un violent frisson accompagné de claquement de dents et de tremblement des membres et la température monte à 40°2. Le lendemain matin la température est à 40 degrés ; le malade est considérablement déprimé, il présente un léger subictère ; mais, le soir, la température commence à descendre à 39 degrés ; elle atteint 38 degrés le troisième jour, pour arriver au-dessous de 37 degrés le quatrième et *rester désormais normale*, sauf une légère réascension à 38 degrés qui fut expliquée par quelques selles diarrhéiques et sanglantes en rapport avec une entérite ancienne (voir fig. 2).

Le 1er mai, en effet, les sueurs ont disparu, l'appétit

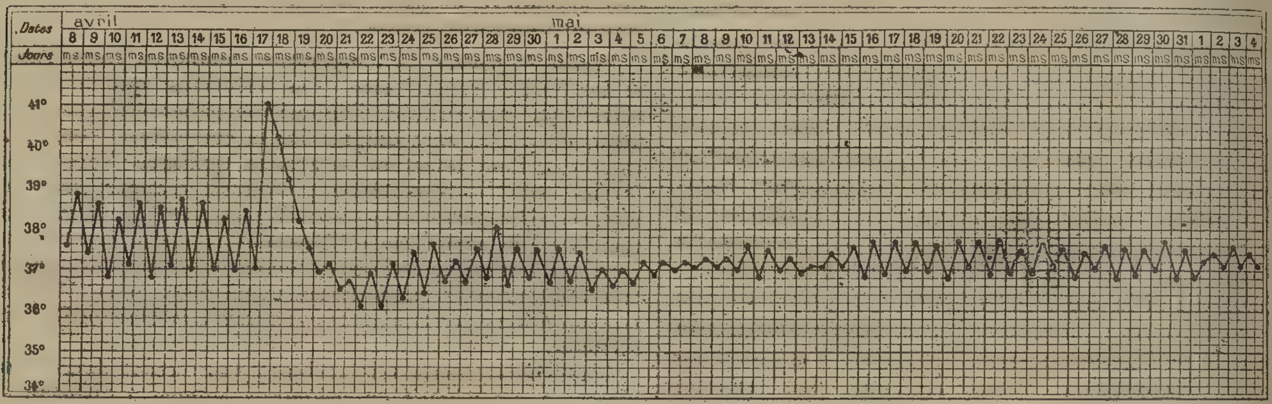


Fig. 2.

augmente, les forces reviennent. L'abdomen n'est plus douloureux à la palpation ; la rate ne déborde plus le rebord costal.

A l'examen du sang, on trouve maintenant 4.1000.000 globules ronges. Le malade se lève et quitte le service le 12 mai. Avant son départ, deux séro-diagnostics sont à nouveau pratiqués. L'un au laboratoire du service avec sérum non chauffé est positif au 1/50, 1/100, 1/250 ; l'autre à l'Institut Pasteur avec sérum chauffé, par la méthode macroscopique est partiellement positif au 1/100.

Le sérum du malade n'agglutine pas le paramélitensis.

Le 5 juin, nous revoyons le malade ; sa température a été prise régulièrement matin et soir, et la courbe qu'il nous apporte est absolument normale. Par ailleurs, il est véritablement méconnaissable, car il a engraissé de 13 kilogrammes.

En résumé, nous pensons que le diagnostic de mélitococcie ne faisait pas de doute malgré l'absence d'hémoculture positive et en présence d'un sérodiagnostic (au sérum chauffé) partiellement positif seulement jusqu'au centième.

Le fait que cet homme était en contact journalier avec des animaux suspects, comme les chèvres, les béliers ; le caractère nettement ondulant de la courbe thermique, les sueurs profuses, la splénomégalie, la mononucléose sanguine, les arthralgies et la sciatique, l'évolution même de l'affection, sa durée ; bref, tout orientait vers l'idée d'une fièvre ondulante. Aussi croyons-nous nécessaire d'attirer l'attention sur un certain nombre de points intéressants :

1° *D'ordre étiologique.*

Ce malade n'avait jamais bu de lait de chèvre et il semble qu'il ait dû s'infecter par contact direct.

2° *D'ordre thérapeutique et bactériologique.*

En effet, à l'heure actuelle le traitement de la fièvre de Malte est variable et donne des résultats bien inconstants.

On a préconisé la vaccinothérapie. Celle-ci donne de bons résultats au point de vue préventif depuis les expériences de Ch. Nicolle et Conseil. Par contre, au point de vue curatif, les résultats sont bien inconstants et il est difficile d'en apprécier l'efficacité comme le signale E. Burnet dans une revue générale récente.

MM. Courcoux, Lelong, et Corday ont rapporté en 1922, à la Société, une observation où trois injections d'un auto-vaccin (à 150-500 millions) n'ont donné aucun résultat.

Par contre, Halbron a signalé un cas ou une injection faite au moment d'une rechute amena, au prix d'une vive réaction, la guérison que l'auteur attribue à un phénomène de choc. Cependant, il est impossible de fournir une statistique des résultats obtenus par la vaccinothérapie.

C'est devant l'incertitude de tels résultats que nous avons eu recours au traitement appliqué.

Comment expliquer l'action thérapeutique de cette endoprotéine ? Est-elle due à un phénomène de choc banal, comme dans l'observation rapportée par M. Halbron ? On sait, d'autre part, que l'inoculation de vaccin par voie intraveineuse provoque une forte réaction et on est porté à admettre que dans ces cas la guérison est l'effet d'un choc même non spécifique.

Faut-il, au contraire, envisager une action théra-

(1) Nous tenons à exprimer ici nos vifs remerciements à M. Reilly, grâce à qui nous avons pu employer cette endoprotéine.

peutique particulière qui serait due alors aux protéines spécifiques de l'abortus employé?

Cette hypothèse qu'il ne nous est malheureusement pas possible de confirmer serait des plus intéressantes, car elle viendrait à l'appui des théories qui identifient *abortus* et *melitensis*.

Ce traitement, dont l'effet curatif a été rapide et définitif au prix d'une violente réaction, d'ailleurs bien supportée par le sujet, ouvrirait une nouvelle voie à la thérapeutique de la fièvre de Malte. C'est pourquoi nous avons cru intéressant de rapporter cette observation. La fièvre de Malte étant rare dans nos régions, nous croyons qu'il serait bon d'expérimenter ce traitement dans les régions où la fièvre ondulante sévit à l'état endémique.

QUELQUES REMARQUES SUR LA CONTAGION DE LA SCARLATINE

Par M. BRELET,
Professeur à l'École de médecine de Nantes.

En étudiant la contagion de la scarlatine et en observant avec soin les faits cliniques, on s'aperçoit bientôt que nous ignorons beaucoup de choses sur ce sujet, que les notions classiques sont encore incomplètes et laissent planer une certaine incertitude sur l'étiologie de la scarlatine.

Dans beaucoup de cas, et même dans la grande majorité des cas, un sujet est atteint de scarlatine sans que l'on puisse retrouver, par l'enquête étiologique, la source de la contagion. Sur 26 cas relatés par Bonin (1), 19 étaient d'origine inconnue; des enfants contractent la scarlatine alors qu'ils fréquentent une école où cette fièvre éruptive n'a pas été signalée ; une dame est atteinte au cours d'un voyage d'excursion en automobile; des ouvriers, des domestiques ne connaissent aucun scarlatineux dans leur entourage ; ce sont encore deux accouchées auprès desquelles n'est entrée aucune personne suspecte. Depuis la thèse de Bonin, j'ai vu une dizaine de cas de scarlatine, tous d'origine indéterminée, sauf un. Que ces malades aient été en contact soit avec un scarlatineux à la période pré-éruptive ou convalescent, soit avec des objets manipulés par un scarlatineux, cela n'est pas douteux, à moins que l'on ne veuille admettre la présence habituelle du germe de la scarlatine dans le rhino-pharynx et son exaltation de virulence créant un jour la scarlatine ; mais, en dehors de cette hypothèse, s'il y a eu contact avec le virus scarlatin, il semble bien que ce contact n'a pas été très prolongé car un contact prolongé n'aurait pu passer inaperçu ; voici donc des sujets qui ont contracté la scarlatine après qu'ils se sont trouvés en présence du virus scarlatin pendant quelques minutes seulement sans doute.

En opposition avec ces faits, on en observe d'autres dans lesquels une ou plusieurs personnes ont été en contact intime, prolongé avec un scarlatineux et ne sont pas atteintes de la scarlatine; j'en citerai deux seulement parmi les plus typiques. En décembre 1925, je suis appelé pour soigner une fillette de quatre ans et la mère m'informe que l'enfant est fatiguée depuis trois jours, qu'elle a de la fièvre, que, la veille de ma visite, une éruption est apparue sur le corps ; elle ajoute que, la nuit dernière, l'enfant ayant 40 degrés, étant très agitée, elle l'a prise auprès d'elle dans son lit pour la calmer et essayer de la faire dormir ; j'examine l'enfant, elle a la scarlatine, diagnostic confirmé quelques jours plus tard par la desquamation ; la mère qui n'avait jamais eu cette maladie, un autre enfant qui avait passé trois jours dans la même chambre que sa sœur malade, n'ont pas été atteints. Vers la même époque, une dame, mère de trois enfants, me demande de passer voir l'un d'eux qui a un peu de fièvre ; quand j'arrive, les trois enfants sont à jouer ensemble ; avant d'examiner le petit malade, je fais remarquer que celui-ci serait bien mieux couché et tenu à l'écart des deux autres ; on déshabille l'enfant, il a une scarlatine très nette (avec desquamation dans la suite); la mère, le frère et la sœur ont échappé à la contagion.

Les travaux récents sur le germe de la scarlatine ont donné des résultats curieux; pendant qu'en Italie di Cristina et ses collaborateurs décrivent un microbe spécial, les bactériologues américains reprennent la théorie de Bergé et considèrent la scarlatine comme due à un streptocoque hémolytique.

Tout dernièrement, Nicolle, Conseil et Durand (1) ont reproduit chez l'homme la scarlatine par inoculation intra-amygdalienne d'une culture de streptocoque isolé d'un cas de scarlatine; pour Nicolle, c'est donc bien un streptocoque qui est l'agent de cette fièvre éruptive.

En attendant que la controverse soit terminée, comment expliquer les deux séries de faits si souvent observés, d'une part scarlatine sans contact connu avec le virus scarlatin, d'autre part non apparition de la scarlatine après un contact prolongé avec ce même virus? Pourrait-on supposer que nous portons en nous, dans la gorge et les fosses nasales, un di Cristina ou un streptocoque hémolytique peu virulent et que, sous diverses influences, ce germe devient pathogène? Peut-être. Si l'on admet, au contraire, que toute scarlatine provient d'un autre cas de scarlatine, on comprend les cas paradoxaux de contagion et de non contagion par l'existence d'une réceptivité particulière qui fait que certains sujets s'infectent au moindre contact avec le virus scarlatin et par l'existence, chez d'autres, d'une immunité naturelle qui leur permet de vivre plusieurs jours à côté de scarlatineux sans contracter la scarlatine.

Voilà ce que nous apprend l'observation des faits et cela cadre bien avec ce que l'on sait aujourd'hui de la réceptivité et de l'immunité à la scarlatine, telles qu'on a pu les étudier par la réaction de Dick (2). M. Zœller (3) a trouvé sur 125 sujets de race blanche 38 réceptifs à la scarlatine; ayant pratiqué la réaction de Dick sur 50 Annamites, il n'a pas vu une seule réaction franchement positive, ce qui confirme cette notion épidémiologique connue que la race jaune possède une grande immunité à l'égard de la scarlatine. Dans une thèse récente, M. Chabasseur (4) a

(1) G. Bonin. Quelques considérations sur l'étiologie de la scarlatine, *Th. de Paris*, 1924.

(1) *C. r. de l'Acad. des sc.*, t. CLXXXII, p 102, séance du 26 avril 1926.

(2) Pollitzer a critiqué la réaction de Dick; il fait remarquer que des sujets ayant une réaction de Dick positive et exposés à la contagion scarlatineuse restent souvent sains. De Villa, Pollitzer et Rapisardi font des intra-dermo-réactions avec des cultures du microbe décrit par Di Cristina; 40 p. 100 des enfants ainsi examinés ont une réaction positive. (*La Presse méd.*, 27 déc. 1924.)

(3) Zœller. La réceptivité et l'immunité à la scarlatine. L'intradermo réaction à la toxine streptococcique de Dick, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1924, p. 1696.

(4) Chabasseur. Epidémiologie de la scarlatine, *Th. de Paris*, 1926.

montré tout l'intérêt que présentaient les travaux des médecins américains et les recherches de M. Zœller pour mieux comprendre l'épidémiologie de la scarlatine; mais ces réactions et leur interprétation sont vraiment un peu trop compliquées pour nous, praticiens. C'est pourquoi il m'a semblé qu'il n'était pas inutile de relater quelques faits prouvant, par l'observation clinique, que certains sujets sont très réceptifs et que d'autres ont, au contraire, une immunité naturelle; je crois ceux-ci beaucoup plus nombreux que ceux-là et fort heureusement, car la fréquence de l'immunité naturelle s'oppose, encore mieux que les mesures prophylactiques, à l'extension indéfinie de la scarlatine.

Cette notion de réceptivité et d'immunité, c'est, en somme, la question du terrain. En Loire-Inférieure, la vigne pousse très bien dans le canton de Vallet et, un peu plus loin, nous trouvons des terres qui donnent beaucoup de blé :

Altera frumentis quoniam favet, altera Baccho.

Pour les maladies contagieuses, on a peut-être un peu négligé, depuis cinquante ans, de faire une très large place, dans leur étiologie, à la question du terrain; on lit dans les livres que la rougeole est plus contagieuse que la scarlatine, mais on pourrait tout aussi bien soutenir que la réceptivité pour la rougeole est plus grande que la réceptivité pour la scarlatine. Même remarque à propos des oreillons; j'ai très rarement vu un cas de scarlatine dans une famille être suivi d'un autre cas, alors que, pour les oreillons, la succession de plusieurs cas m'a paru être la règle; c'est sans doute que l'immunité naturelle pour les oreillons est plus rare que l'immunité vis-à-vis de la scarlatine.

Une dernière réflexion. Pourquoi voyons-nous telle année une épidémie de rubéole, comme en 1924, telle autre, une épidémie d'oreillons, et ce fut le cas pendant l'hiver 1925-1926? Faut-il invoquer, comme au XVIIIe siècle, l'influence occulte du ciel? J'en suis persuadé. Tous les viticulteurs savent que le mildew se développe très rapidement après une période de brouillards; comme les champignons, les microbes poussent mieux grâce à certaines conditions atmosphériques que nous connaissons encore peu. En attendant que nous soyons mieux fixés sur l'étiologie de toutes les maladies infectieuses, notre devoir est d'en organiser la prophylaxie en nous basant sur ce que nous savons ou croyons savoir; et alors, quoi qu'il arrive, on n'aura rien à se reprocher.

REVUE DES THÈSES

La protection du corps médical des hôpitaux contre les risques professionnels (1), par le docteur Pierre MOUGEOT.

Cette thèse apporte les détails les plus précis sur une question qui est à l'ordre du jour puisqu'un projet de loi à ce sujet a été déposé par le ministre de l'Hygiène sur le bureau de la Chambre, le 1er juin 1926.

On trouvera dans ce travail un nombre considérable de documents inédits puisés en grande partie dans les archives de la Fédérations des A. E. de France qui a attiré avec tant de force l'attention des pouvoirs publics sur cette grave question. L'auteur expose la nécessité de la protection du corps médical des hôpitaux contre les risques professionnels; il montre combien la situation actuelle des médecins de l'hôpital diffère de celle qu'elle était jadis. La position juridique de la question fait l'objet d'nu chapitre approfondi; l'application de la loi de 1898 est impossible et les commissions administratives, autonomnes par la loi du 7 août 1851, ne tiennent pas compte des modifications apportées au règlement des hôpitaux par le Conseil supérieur de l'Assistance publique sur le rapport du docteur Paul Boudin. De même malgré les termes précis de la circulaire ministérielle du 17 octobre 1923, l'Assistance Publique de Paris refuse de verser aux externes leur indemnité en cas de maladie ou d'accident survenu au cours de leurs fonctions hospitalières.

L'auteur fait ensuite un historique précis des efforts des associations médicales en vue d'obtenir les assurances contre les risques professionnels. Dans un dernier chapitre, il montre les trois solutions du problème : l'assurance individuelle n'est qu'une formule transitoire; le règlement administratif prête à de très sérieuses critiques que l'auteur énumère. C'est donc une loi spéciale, conformément aux conclusions du rapport de M. Justin Besançon au Comité du corps médical des hôpitaux de Paris, qui constitue la véritable solution de cette grave question.

Le projet de loi récemment déposé par le ministre vient confirmer de façon éclatante les conclusions de cette thèse.

L. G.

(1) *Thèse de Paris*, 1926. — Legrand, édit.

Menstruation et tuberculose (1), par H. DESPEIGNES.

Ecrit sous l'inspiration du professeur Cordier et basé sur de très nombreuses observations dont plus de 1.200 proviennent de son service, cet intéressant travail étudie les influences réciproques de la menstruation et de la tuberculose, surtout pulmonaire. L'auteur admet, avec Pouchet, que les modifications du follicule de Graaf agissent à la fois localement et par l'influence du système nerveux pour déclancher la vague utéro-ovarienne, série de phénomènes congestifs tant pelviens qu'extrapelviens, dont l'aboutissant — et non l'effet principal — est l'apparition des règles.

L'auteur passe rapidement sur les effets menstruels des tuberculoses génitales, dont un grand nombre sans lésions anatomiques spécifiques sont rangés parmi les tuberculoses inflammatoires; nous ne trouvons ici à l'appui de cette conception encore aucune statistique qui vienne renforcer les arguments classiques.

Il existe diverses catégories de troubles menstruels au cours des diverses formes de la tuberculose (bacilloses aiguë, chronique, fibreuse, fibro-caséeuse); elle influe autant sur l'apparition de la puberté que sur les manifestations de la vie génitale de l'adulte. Une intéressante statistique portant sur 1.600 cas montre que la puberté est plus souvent retardée (7 à 13 p. 100) qu'avancée (3 à 5 p. 100). On rencontre le plus souvent de l'irrégularité des règles (11 à 19 p. 100), dysménorrhée (4,5 à 7,5 p. 100), aménorrhées subites ou progressives, passagères (8 p. 100) ou définitives (19 p. 100), celles-ci terminales le plus souvent. Certaines aménorrhées « chlorotiques » ou « anémiques » doivent faire suspecter un foyer tuberculeux latent. Leur étude n'est ici qn'esquissée, mais l'auteur apporte à l'appui de sa thèse des documents cliniques intéressants. La valeur pronostique de l'état de la menstruation demeure grande, témoignant plutôt d'un déséquilibre endocrinien général que d'une atteinte génitale localisée; le retour des règles est de bon augure, leur disparition un signe fâcheux; la thérapeutique semble jusqu'ici assez peu armée.

Pour ce qui est de la répercussion du molimen menstruel sur l'organisme tuberculeux, il faut, selon Despeignes, reviser la conception classique de la réactivation possible des lésions sous l'influence de la menstruation; lorsqu'il existe une réaction, locale ou générale, elle n'est en général que transitoire et ne témoigne qu'exceptionnellement d'un réveil ou d'une progression des lésions.

On peut observer des accès fébriles, divers types d'hémoptysies, des congestions pulmonaires; dans tous ces cas, l'auteur rapproche des statistiques anciennes, assez discordantes, des 1.600 observations qu'il a étudiées.

Il considère que la vague générale de congestion est un phénomène purement vaso-moteur et d'origine sympathique,

(1) *Thèse de Lyon*, 1925. — Bosc et Riou, édit.

au poumon comme ailleurs, réaction au niveau d'un foyer et non réaction de foyer. Seule l'étude de chaque cas permet de porter un pronostic.

L'influence de la menstruation sur la tuberculose aurait donc été fort exagérée comme valeur diagnostique, fréquence et nocivité, cette dernière paraissant bien n'être qu'exceptionnelle.

Cette mise au point d'une question si intéressante en pratique se termine par une imposante statistique justificative, témoin de la rigueur scientifique avec laquelle a été menée la recherche et établie la conclusion. R. LEVENT.

Contribution expérimentale à l'étude des fonctions du noyau caudé (1), par le docteur Paul DELMAS-MARSALET, interne des hôpitaux de Bordeaux. Travail du laboratoire de physiologie du professeur Pachon.

CONCLUSIONS. — 1° L'analyse des documents expérimentaux antérieurs aux nôtres et relatifs aux fonctions des noyaux centraux du cerveau met en évidence un certain nombre de faits dont l'importance semble avoir échappé, au moins en partie, aux auteurs qui les signalent :

A. « Dans le cas des chiens il y a une différence très marquée entre les lésions des centres moteurs corticaux et celle des corps striés (capsule interne et noyaux gris). Le trouble de la motilité par la destruction des centres corticaux est plutôt une parésie qu'une paralysie, et l'affection est relativement passagère. Toutefois, lorsque la section passe à travers le corps strié il se produit une hémiplégie complète. Les membres deviennent généralement impuissants, et il se produit une distorsion latérale du corps du côté de la lésion, en forme de courbe. » (Ferrier).

B. « Lorsque la section porte au-dessus de la région ganglionnaire, on ne coupe que les fibres motrices venant des circonvolutions, le noyau caudé conserve ses relations avec les pédoncules, la protubérance, le bulbe, la moelle... il n'y a pas d'hémiplégie. On observe seulement chez l'animal des paralysies motrices analogues à celles que l'on obtient par l'ablation d'un centre cortical ; cependant, plus la section se rapproche du noyau caudé, plus la paralysie s'étend, plus elle ressemble à une hémiplégie complète. Lorsque la section, au contraire, a eu lieu au-dessous du noyau caudé, les deux ordres de fibres motrices, celles qui descendent des circonvolutions et celles qui viennent du noyau caudé, sont coupées : tout mouvement volontaire devient impossible, c'est l'hémiplégie complète. » (Carville et Duret).

C. « Les excitations électriques qui restent absolument sans effet sur les coupes du centre ovale après la destruction de l'écorce déterminent encore des réactions lorsqu'on les applique à la coupe de la capsule interne. » (F. Franck et Pitres).

Ces faits indiquent clairement qu'il y a, au niveau des noyaux gris centraux ou de la capsule interne, un élément de motricité différent de l'élément pyramidal.

2° L'excitation électrique du noyau caudé sur l'animal éveillé détermine des réactions motrices que l'on ne peut attribuer à des phénomènes de diffusion au faisceau pyramidal voisin. Ces réactions motrices sont de deux ordres : les unes (rotation progressive de la tête et du tronc du côté opposé) traduisent une perturbation passagère apportée à la fonction de posture et démontrent le rôle de ce noyau dans cette fonction. Les autres (mouvements mimiques, accélération du rythme respiratoire) traduisent le rôle du noyau caudé dans l'expression motrice des états affectifs.

3° La destruction étendue et unilatérale de la région caudée au niveau de la tête de cet organe détermine l'apparition des symptômes suivants :

A. Une hémiparésie croisée le plus souvent très passagère et parfois même absente.

B. Un trouble postural d'incurvation de la nuque et du tronc du côté du noyau lésé. Ce trouble est permanent ou paroxystique.

C. Des mouvements de manège, dont les uns sont la conséquence du trouble postural, et les autres des mouvements forcés et irrésistibles du type pédonculaire ou cérébelleux. Ces mouvements s'exécutent du côté sain vers le côté lésé. Leur sens est l'opposé de celui qu'indiquent Carville et Duret.

D. Des troubles kinesthésiques croisés caractérisés par la perte de la notion de position des membres, surtout au repos.

E. Un certain état d'appauvrissement du fonds d'activité motrice spontanée. Cet appauvrissement entraîne chez l'animal un certain degré de torpeur et d'inertie, au moins pendant les premiers jours. Ces différents troubles ne se présentent pas toujours avec la même intensité ; certains d'entre eux, comme le mouvement de manège ou l'inertie, peuvent n'être qu'ébauchés. La durée des troubles est notablement écourtée grâce aux phénomènes de compensation qui ne manquent pas d'apparaître au bout de quelques jours.

4° La destruction étendue et unilatérale de la région caudée n'entraîne en aucun cas la production de chorée, d'athétose ou de tremblement.

5° De la discussion du syndrome de destruction de la région caudée résultent les faits suivants :

A. Les troubles kinesthésiques semblent être le fait de lésions du bras capsulaire antérieur et non celui des lésions caudées. Ils résultent probablement de la section des fibres fronto-thalamiques et doivent être rapprochés des faits d'ataxie frontale signalés par certains auteurs.

B. Le trouble postural d'incurvation cervico-rachidienne paraît tenir exclusivement à la destruction du noyau caudé ou des fibres qui constituent le « faisceau basal d'Edinger «. Cette destruction rompant l'équilibre du tonus de posture entraîne un état hypotonique des muscles du cou et du tronc du côté croisé, tandis que les muscles homolatéraux sont en hypertonie légère. Ce trouble paraît être indépendant de toute lésion anatomique ou fonctionnelle du faiseeau pyramidal. Il doit être rapproché des troubles de la musculature de la nuque et du tronc observés par certains auteurs dans le cas d'ablation d'un lobe frontal. Il doit encore être rapproché de l'incurvation du rachis et du cou obtenue dans l'hémirigidité décérébrée. Il peut être interprété à la lumière des stellréflexes de Magnus. Comme conséquence de ce trouble, les animaux présentent fréquemment une impossibilité totale ou relative de se tourner du côté opposé au noyau lésé, sans qu'il y ait là, véritablement, un mouvement de manège.

C. Les mouvements de manège du côté lésé présentent, au moins pendant les premiers jours, un caractère forcé et irrésistible qui permet de les assimiler à des mouvements cérébelleux. Ils traduisent probablement la participation du noyau caudé aux différents systèmes de l'équilibration. Cette participation peut être expliquée par la terminaison du faisceau cérébelleux supérieur au niveau de la couche optique et l'union intime de cette dernière avec le noyau caudé grâce aux fibres thalamo-caudées.

6° La destruction des deux régions caudées au niveau de la tête de chacun des noyaux détermine un certain état de torpeur et d'inertie. La musculature du tronc et de la nuque présente le plus habituellement des troubles importants caractérisés par une hypotonie marquée. Cette destruction bilatérale des régions caudées ne détermine pas la production de phénomènes choréiques ou athétosiques. Lorsque la destruction des deux noyaux est pratiquée en deux temps, la deuxième opération fait disparaître le trouble postural engendré par la première.

7° De la comparaison entre les syndromes du noyau caudé et des syndromes de même essence d'origine extracaudée, il résulte que des troubles tels que le mouvement de manège ou le trouble postural d'incurvation cervico-rachidienne peuvent être engendrés par des lésions des lobes frontaux ou des pédoncules cérébraux. Il y a donc lieu d'admettre que le noyau caudé n'est pas seul à participer aux fonctions de posture ou de coordination de la marche. Il semble bien que la plus grande partie des zones muettes du cortex cérébral possèdent, en outre de leurs fonctions sensorielles ou psychiques, un rôle important dans certaines formes de la motricité qui n'ont rien à voir avec la motricité volontaire pyramidale. La fonction de posture paraît être précisément l'une de ces fonctions motrices. S'il est bien vrai que les lésions pédonculaires sont particulièrement propices à l'observation de certains troubles posturaux, ce n'est pas uniquement du fait qu'il existe en ce

(1) *Th. de Bordeaux*, 1925.

point « des centres de la posture ». Le pédoncule en tant que région de passage pour tous les systèmes extrapyramidaux demeure une zone élective d'observation des fonctions du système extrapyramidal ; mais ces systèmes, aussitôt qu'on s'élève au-dessus des pédoncules, se déploient sur une vaste étendue corticale et centrale sans que l'on puisse affirmer que tel territoire en constitue la seule et unique origine. Cette conception s'élève contre les tendances localisatrices excessives en matière de système extrapyramidal.

Le rapprochement entre les syndromes du noyau caudé et les syndromes des lobes frontaux donne un certain regain d'activité à la doctrine de Munk sur la « sphère sensitive du corps ».

8° L'étude des connexions anatomiques du noyau caudé avec les noyaux du mésocéphale et le cortex cérébral montre bien que son rôle physiologique est encore affirmé par l'existence d'un corrélatif anatomique satisfaisant.

L. G.

Syphilis du testicule (1), par M. Jean-Etienne MARCEL.

I. La syphilis du testicule est, le plus souvent, non pas une orchite, mais une orchi-épididymite, et ce nom mérite de lui rester. Elle s'accompagne d'altération constante, ou à peu près, de la vaginale et de lésions très fréquentes du cordon (funiculite).

II. La syphilis du testicule est moins rare qu'on ne l'écrit, car à côté du testicule syphilitique classique, il faut placer :

1° Des formes bénignes ou latentes, qu'on découvre chez certains syphilitiques tertiaires et qui permettent de résoudre le diagnostic lorsque les lésions qui amènent le malade sont douteuses.

2° Des formes liquidiennes (ainsi appelées à cause de l'abondance de l'épanchement) et qu'on prend habituellement pour une hydrocèle banale dont il convient de les différencier par l'enquête étiologique, le Wassermann dans le liquide, voire le traitement d'épreuve.

3° Et surtout une syphilis occulte basée, d'une part, sur la présence du spirochète dans le sperme démontrée par les recherches expérimentales (inoculations faites avec M. Levaditi, et examens directs) ; d'autre part, sur les malformations des spermatozoïdes, leur diminution ou leur suppression (azoospermie), la syphilis occulte du testicule a une importance pratique et théorique incontestable. Elle peut ouvrir sur l'herédité et sur la contagion syphilitiques, certains horizons insoupçonnés.

D'autre part, la stérilité syphilitique paraît moins rare qu'on ne le croit, l'auteur y consacrera un travail prochain.

Ses recherches lui ont permis de conclure :

1° Que l'épididymite syphilitique secondaire existe sans conteste, mais qu'actuellement (vu sans doute la précocité, la facilité et les qualités du traitement chez les syphilitiques) elle est différente de l'épididymite classique de Dron. Elle est rare, toujours subaiguë, à manifestations cliniques minimes, de sorte qu'elle reste méconnue, non seulement du malade, mais aussi, très souvent, du médecin qui ne la recherche pas ou qui ne sait pas la rechercher.

2° Que l'épididymite tertiaire, considérée comme une exception, doit devenir classique, car ce n'est pas une rareté.

III. Au cours de la syphilis héréditaire précoce du testicule, il convient de souligner la forme liquidienne, c'est-à-dire certaines hydrocèles du nourrisson décrites par le professenr Marfan et ses élèves.

Dans la syphilis héréditaire tardive, le testicule est assez fréquemment atteint, et c'est alors une forme essentiellement gommeuse.

IV. La syphilis du testicule est moins facile à diagnostiquer qu'on ne le dit, parce que, à côté des formes types classiques (testicule irrégulier, indolore, exceptionnellement en galet), il existe, comme nous l'avons vu, d'une part des formes latentes, inaperçues ; des formes liquidiennes non diagnostiquées ; des formes aiguës rares, des associations pathologiques (syphilis et blennorragie, syphilis et tuberculose, syphilis et néoplasme) et surtout des formes pseudo-néoplasiques que l'on prend pour des néoplasmes et que l'on opère.

Cette opération étant la castration, il importe de se munir auparavant de toutes garanties :

Réaction de Bordet-Wassermann (assez aléatoire), mais surtout le traitement d'épreuve (court, intensif, polymédicamenteux) ; et la biopsie pour laquelle l'auteur a essayé de donner une description détaillée de l'aspect macroscopique des testicules syphilitiques et une planche en trichromie.

Malgré tout, comme il existe des cas ne cédant pas au traitement (gommes géantes, association pathologique), comme l'exploration sanglante, facile et inoffensive, ne donne pas toujours un arrêt sans appel, comme l'examen microscopique lui-même est quelquefois douteux, le diagnostic dans ces cas reste extrêmement difficile, quasi impossible, et l'erreur est inévitable. (Penser parfois à l'orchi-épididymite mycosique, dont l'auteur publie une magnifique observation inédite.)

Mais il convient de tout faire — en particulier traitement d'épreuve systématique — pour que cette erreur soit exceptionnelle, non préjudiciable au malade et excusable pour le médecin.

Bref, il semble à l'auteur que l'on pourrait conclure que :

1° Toute tumeur des bourses, liquide ou solide, chronique et quelquefois aiguë, doit faire rechercher la syphilis ;

2° Et que, réciproquement, au cours de la syphilis secondaire, tertiaire ou latente, acquise ou héréditaire, on doit toujours explorer l'appareil épididymo-testiculaire.

L. G.

Réserve alcaline et pH sanguin dans l'acidose diabétique (1), par le docteur André WELCKER.

La double mesure de l'acidité ionique (pH) et de la réserve alcaline (teneur en bicarbonates) du plasma, constitue à l'heure actuelle le meilleur procédé permettant d'apprécier l'intensité d'une acidose quelconque. En clinique, ces deux déterminations sont particulièrement indiquées pour suivre l'évolution de l'acidose diabétique,

Après avoir résumé les faits physico-chimiques et physiopathologiques qui constituent la base de la conception moderne de l'acidose, l'auteur décrit les méthodes de Van Slyke et de Cullen qui donnent très rapidement le niveau de la réserve alcaline et le pH sanguin d'un malade. Il expose ensuite les indications fournies par la recherche de ces indices chez douze diabétiques graves et les compare à celles que lui aurait données le simple dosage des corps acétoniques urinaires.

Des faits rapportés il ressort que la recherche de la réserve alcaline et du pH sanguin chez les diabétiques graves, est une méthode d'investigation qui mérite d'être généralisée, car elle est susceptible d'apporter au clinicien des renseignements très utiles pour établir le pronostic et diriger le traitement surtout à l'approche du coma. La méthode paraît d'autant plus avantageuse qu'elle est à la fois précise et rapide.

L. G.

PRATIQUE MÉDICALE

Comment on peut arrêter médicalement les hémorragies du cancer de l'utérus (2).

Par le docteur J. THOMAS

L'hémorragie du cancer de l'utérus est l'un des symptômes les plus tenaces, les plus pénibles et le plus difficiles à traiter médicalement, Cette question de thérapeutique regarde donc tous les praticiens et le travail du docteur Thomas sera accueilli par eux avec un grand intérêt.

A la suite d'une étude clinique sur les effets du tartrate de l'ergotamine cristallisé dans l'hémorragie du néoplasme utérin, l'auteur constate que le traitement médical de ce grave symptôme existe à l'heure actuelle, grâce à l'introduc-

(1) *Th. de Paris*, 1926. — Paris, Le François.

(1) *Thèse de Paris* 1926. — Jouve édit.

(2) *Paris-Médical*, 13 mars 1926.

tion dans la thérapeutique de ce principe actif spécifique de l'ergot, obtenu par un procédé spécial de préparation.

Après avoir exposé les diverses formes que prend l'hémorragie du cancer de l'utérus, l'auteur passe en revue les médications utilisées jusqu'à ce jour pour la combattre et qui sont, on peut le dire, à peu près inefficaces.

Le tartrate de l'ergotamine cristallisé du gynergène a retenu l'attention de M. le docteur J. Thomas en raison de sa valeur hémostatique, parfois surprenante en obstétrique, comme il résulte des travaux publiés sur le traitement des hémorragies de la délivrance par atonie utérine.

Les professurs Rossier, Hamm, Ide, les docteurs L. David, Vazeille, ont en effet, exposé la valeur hémostatique supérieure et les effets constants de cet alcaloïde de l'ergot.

Le gynergène mérite donc d'être essayé contre les écoulements sanguins causée par le cancer de l'utérus et voici les constatations que M. le docteur J. Thomas a faites sur un grand nombre de malades.

Utilisé d'abord à la dose de XXX gouttes trois fois par jour, puis à doses plus faibles, le médicament arrête les hémorragies jusque-là rebelles à toute autre thérapeutique, et, au bout de quarante-huit heures environ, il persiste seulement un suintement rosé, caractéristique du néoplasme. Si le traitement est continué pendant environ dix à douze jours, il ne se produit plus d'hémorragie.

Dans les cas graves, l'auteur injecte une ampoule d'un centimètre cube d'ergotomine et avec des résultats constants; rarement l'injection a dû être renouvelée, mais l'auteur a l'habitude d'administrer ensuite le médicament sous forme de gouttes ou de comprimés.

Les conclusions de ce travail, si important du point de vue pratique, sont les suivantes :

« Dans tous les cas, les résultats obtenus ont été d'une constance absolue : diminution d'abord, suppression ensuite de l'écoulement sanguin.

Le tartrate de l'ergotamine critallisé employé, soit par la voie hypodermique dans les cas d'hémorragie grave, soit par ingestion dans les autres cas, amène rapidement l'arrêt de l'écoulement sanguin car il agit, tout à la fois, sur les muscles et les vaisseaux utérins. »

Ce sont là des faits intéressants, aussi bien pour le médecin spécialisé dans le traitement des néoplasmes que pour le médecin aux prises bien souvent avec cette redoutable maladie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1925-1926

DOCTORAT D'ETAT. — 1. SABRIA. — Un cas de tumeur mélanique à très lente évolution.

2. TRILHA. — A propos d'un cas de kyste du conduit thyréo-glosse. Un détail de technique opératoire.

3. NICOLAS. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite de la hanche.

4. LECLAIR. — De la cholécystectomie et de la cholécystostomie dans le traitement des cholécystites avec distension de la vésicule.

5. DASCALOPOULOS. — Contribution à l'étude du sarcome de la vessie chez l'enfant.

6. SARFATI. — De l'épididymite érotique ou colique épididymo-déférentielle.

7. CROUZAT. — Le sanatorium des étudiants. (Reconnu d'utilité publique. Décret du 23 mai 1925.) Son organisation. Son avenir.

8. GAUTHIER. — Contribution à l'étude de l'hygroma de la bourse séreuse du psoas.

9. FOLACCI. — A propos d'un cas de genou à ressort non traumatique.

10. BOUYALA. — Des indications opératoires dans l'appendicite aiguë.

11. VIDAL. — Contribution à l'étude des formes nerveuses de l'endocardite maligne lente.

12. DAUMAS. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la gangrène pulmonaire.

13. BIZAIS. — Contribution à l'étude des déchirures du dôme vaginal consécutives aux manœuvres manuelles intra-utérines pendant l'accouchement.

14. SILVAN. — Le mericysme vrai. A propos d'une observation.

15. ARTAUD. — Valeur thérapeutique de la gastro-entérostomie au cours de certaines affections non sténosantes.

16. VOLPATTI. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la gastroptose.

17. ICHÉ. — Contribution à l'étude des déformations rachidiennes dans la maladie de Recklinghausen.

18. MOUSSU. — Contribution à l'étude de la main bote congénitale.

19. PAYRI. — Contribution à l'étude de l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine dans l'exploration des fonctions rénales.

20. LEBARD. — Contribution à l'étude des hernies du gros intestin. La hernie inguinale gauche du cæcum chez l'enfant.

21. CARBUCCIA. — Contribution à l'étude de l'anesthésie générale au somnifène par la voie intraveineuse.

22. SACAZE. — Contribution à l'étude du mode d'action de l'insuline par la méthode des échanges gazeux.

23. BARDON. — Contribution à l'étude des phénomènes physiques de la phonation.

24. MARC. — A propos du pronostic des néphrites chroniques.

25. BOUCHET. — Les acquisitions récentes sur le phénomène de floculation et le titrage de l'antitoxine et de la toxine diphtériques. L'anatoxine de Ramon et ses applications. (Travail du laboratoire de microbiologie du professeur Lisbonne.)

26. MORIDIS. — Traitement des fractures de jambe par la méthode ambulatoire de Delbet.

27. PORRI. — Contribution à l'étude de la forcipressure et à la recherche de l'acidité cadavérique par le procédé du séton.

28. ASKANAS (Mlle). — Quelques considérations sur l'importance de la réaction de Vernes en sérologie sanguine.

29. CHATELLIER. — Appendicite et rougeole.

30. BOUJOL. — De la luxation congénitale de la tête du radius.

31. AMAT. — Contribution à l'étude de l'état de mal épileptique convulsif basé sur les indications. Médication par le » somnifène ».

32. LE FAHLER. — Contribution à l'étude des syndromes infundibulo-hypophysaires.

33. TESSON. — Contribution à l'étude des fractures de l'omoplate.

34. CATHALA. — La doctrine traditionnelle de l'école montpelliéraine d'après l'œuvre de Golfin et la science médicale contemporaine.

35. FILHOL. — Rétrécissement mitral épisodique chez les épileptiques.

36. BOIVIN. — Nouvelle méthode micro-analytique de dosage de l'urée en biologie.

37. DARCOURT. — Etude sur l'avenir des opérés du spina bifida (spina bifida occulta excepté).

38. MONTAGNOL. — Considérations sur l'épidémiologie et la prophylaxie de la variole.

39. BÉRAUD. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique.

40. ARTAUD. — Le rôle des mouvements pelviens dans l'agrandisssment du diamètre coccy-pubien pendant le dégagement.

41. GILODES. — Contribution à l'étude des localisations respiratoires de l'amibiase.

42. NUSSBAUM. — Contribution à l'étude des psychoses cardiaques.

43. THÉRON (Mlle). — Contribution à l'étude de la vaccination antityphique et des moyens de sa propagation.

44. VILLARET. — Les accidents nerveux graves et subits d'origine pleurale.

45. MOURET. — Contribution à l'étude de l'idiotie amaurotique familiale (maladie de Warren Tay Sachs).

46. BIANCHI. — La lèpre en Provence (historique, état actuel de la question, considérations prophylactiques).

47. TURRIÈS. — Créatininémie et métabolisme créatinique. Recherches cliniques.

48. BOUTBOUL. — A propos de la thérapeutique de la fièvre ondulante par le sang ou le sérum du malade (auto-hémothé-

rapie et auto-sérothérapie par une méthode personnelle).

49. DIAS-CAVARONI. — Contribution à l'étude de l'efficacité réelle du nitrite de soude, de la trinitrite, du gui et de l'hydrate de chloral comme médicaments hypotenseurs.

50. PERRIMOND. — Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque. Critique des conceptions pathogéniques et cliniques. Le syndrome mécanique de la symphyse cardiaque.

51. MÉNARD. — La croyance. Elément morbide et agent de guérison.

52. RICHAUD. — Sur l'agglutination d'un micrococcus melitensis et d'un abortus par le sérum des malades atteints de mélitococcie et d'infections diverses. Valeur des taux minima dans la séro-réaction de Wright.

53. SEMIDEI. — L'épithélioma inguino-vulvaire.

54. NAPOLEONI. — L'ulcère simple du cæcum.

55. SÉDAN (Mlle). — Projet d'une organisation méthodique de la protection de l'enfance à Marseille.

56. JEAN (Mlle). — Contribution à l'étude de l'influence de la fonction ammonio-productrice du rein sur le rapport de l'azote formol à l'azote hypobromique.

57. FOURNIER. — L'allonal dans les états mélancoliques.

58. FRANCHI. — Contribution à l'étude des psychoses menstruelles dans le cas d'utérus fibromateux. A propos d'une observation.

59. MEYNADIER. — Contribution à l'étude des parotidites postopératoires.

60. CHIAPPINI. — Traitement des cancers des lèvres et des commissures par l'électrocoagulation chirurgicale.

61. BLANC. — Contribution à la pathologie comparée des tumeurs. Les tumeurs épithéliales de la mamelle chez la chatte.

62. GALIAN. — La folie à deux.

63. RAINGEARD. — Epithéliome germinatif polymorphe de l'ovaire.

64. SIMON (Mlle). — Etude d'histo-pathologie expérimentale sur la dégénérescence muqueuse de la névroglie.

65. DUMONT. — Contribution à l'étude du traitement des pieds bots de paralysie infantile par l'opération de Ducroquet-Launay.

66. JACQUET. — Contribution à l'étude du rein en fer à cheval et de quelques malformations pédiculaires.

67. LATIL (Mlle). — Essai thérapeutique des pyodermites récidivantes du nourrisson par le filtrat Besredka.

68. TOINON. — Hypertension artérielle et syphilis. Contribution à l'étude de leurs rapports.

69. FRANÇAIS. — Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire chez l'enfant.

70. CHAVANETTE. — Contribution à l'étude des scolioses congénitales par hémivertèbre.

71. PHILIP. — Autosérothérapie périodique de la fièvre de Malte.

72. MARTEL. — A propos de l'anurie calculeuse et de son traitement par le cathétérisme urétéral.

73. AUDRY. — Contribution à l'étude du traitement des fractures fermées de cuisse chez l'enfant.

74. REYNAUD. — Contribution à l'étude des formes basses de la névraxite épidémique. Les formes à type de poliomyélite antérieure chronique.

75. PROST (Mlle). — Contribution à l'étude du traitement de l'asthme par la radiothérapie.

76. MARTIN. — Contribution à l'étude du zona otitique.

77. D'AUBARÈDE. — Contribution à l'étude des propriétés physiologiques et thérapeutiques et des indications de l'adonis vernalis.

78. CLÉMENT. — Contribution à l'étude du rôle de l'infection dans l'évolution de l'ulcus gastro-duodénal.

79. BONNAL. — Contribution à l'étude de la syphilis ganglionnaire.

80. TEMPLE. — Pathogénie des kystes dits synoviaux. Etat actuel de la question.

81. BASSÈRES. — Des lésions du nerf sous-occipital révélatrices de fractures des vertèbres cervicales supérieures.

82. LUBRANO. — Contribution à l'étude des spasmes oculaires au cours de l'encéphalite épidémique.

83. BRUNEL. — Contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux de l'urètre mâle chez l'enfant.

84. MORELLI. — Contribution à l'étude des kystes paravertébraux. Le pseudo-mal de Pott hydatique.

85. PETIT. — Les dents incluses et les accidents qu'elles provoquent.

86. BLANCHARD. — A propos d'un cas d'hémicraniose avec crises épileptiques (l'hémicraniose congénitale type Brissaud-Lereboullet).

87. MOULINIÉ. — L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis.

88. CONTURIE. — Du traitement de la péri-urétrite phlegmonneuse par la sérothérapie antigangréneuse.

89. DROUET (Mlle). — Les paradoxes de l'hérédité psychologique.

90. BARENTON. — Hygiène et préservation de la première enfance à Rennes.

91. MONTAGNE. — Spondylites infectieuses et spondylites de croissance. Contribution à l'étude des « faux maux de Pott ».

92. ROUBAUDY. — Contribution à l'étude du traitement des péritonites tuberculeuses par l'insolation directe.

93. LAPEYRIE. — Etudes sur la topographie du canal excréteur principal du pancréas chez l'homme.

94. JOURDAN. — Splénomégalie avec anémie (d'origine inconnue).

95. MOY. — Sur l'invasion néoplasique des ganglions carotidiens et sus-claviculaires dans les cancers de l'étage inférieur de la face. (Travail du Centre anticancéreux de Rennes.)

96. FONTAYNE. — Contribution à l'étude des kystes de l'épididyme.

97. CHABAUD. — Contribution à l'étude de la réduction en masse des hernies étranglées.

98. DASSONVILLE. — Sur les suites obstétricales dans les cas de rétention menstruelle totale avec dilatation de tout l'arbre génital (hématocolpos, hématométrie, hématosalpynx, d'après un cas personnel (traité après radiographie par injection d'huile opaque), suivi d'une grossesse et d'un accouchement normaux.

99. STAIN (Mme). — La méningite cérébro-spinale épidémique à liquide clair.

100. ROMAGNÉ. — Contribution à l'étude de la lithiase vésicale chez l'enfant.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. (*Mention « médecine »*). — 1. KASSABGHI. Etude anatomo-clinique des ruptures spontanées myopathiques de l'utérus.

2. BAGDASSARIAN. — A propos d'une endocardite rhumatismale à caractère malin.

3. STEVANOVITCH. — Les difficultés du diagnostic des hernies épigastriques. Le syndrome gastro-intestinal associé.

4. NAOUMOVITCH. — Les difficultés du diagnostic positif de la pleurésie purulente chez l'enfant.

5. HOURMOUZIADÈS. — Le traitement local dans l'infection puerpérale postpartum.

6. SOMARRIBA. — La pyélotomie dans la lithiase rénale.

7. HELMY. — Le problème de l'ankylostomiase en Egypte.

8. ILITCH. — La sciatique radiculaire, signe prodromique du tabes.

9. NIKOLITCH. — Le traitement de l'avortement par le curage digital et le curettage associés.

10. KHANY. — A propos d'une localisation rare des lipomes sous-péritonéaux. Les lipomes périvésicaux.

11. SCORDOMBEKIS. — Le pneumothorax artificiel dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses.

12. LOSANOFF. — Etude sur la symptomatologie de la tuberculose ulcéro-caséeuse des reins plus particulièrement envisagée au point de vue des phénomènes douloureux.

La Gastro-entérostomie. *Technique, Indications, Dangers,* par Victor PAUCHET, chirurgien de l'hôpital Saint-Michel, et Auguste TIERNY ancien interne (lauréat) des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean (Arras). Un vol. in-8 de 200 pages avec 189 fig. dans le texte. — Prix : 30 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

Le Cancer; contagiosité; hygiène dans la défense contre le cancer, par le docteur M. T. DE GÉRIN. Un vol. in-8. — Prix : 3 fr. — Paris 1925, Le François.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PÉRICARDITES AIGUES [1]

b. Vers la mort, par *asystolie aiguë* avec cyanose du visage, œdèmes sous-cutanés et congestions viscérales; par syncope, ou subitement au cours d'un accès d'angine de poitrine. Dans tous ces cas, la *compression cardiaque*, la *myocardite*, l'*endomyocardite concomitantes sont des facteurs de premier plan.*

II. Péricardites brightiques. — Elles surviennent au cours du mal de Bright et dépendent intimement de son évolution. Elles constituent un accident fréquent de la période terminale de la *néphrite urémigène.*

Début. — Le mal de Bright évolue depuis longtemps déjà quand la péricardite apparaît.

Elle put se manifester bruyamment par : des *douleurs précordiales*, de l'*angoisse rétro-sternale* de l'*oppression*, une *élévation thermique*, mais dans la règle, elle se développe insidieusement *sans douleur, sans fièvre*, à bas bruit. Comme la péricardite rhumatismale c'est une découverte d'auscultation.

Etat. — Elle affecte deux formes ; sèche ou avec épanchement.

La péricardite sèche est de beaucoup la plus fréquente. Elle se manifeste par un frottement qui présente, outre les caractères habituels des frottements péricardiques quelques particularités :

a. Timbre rude (bruit de cuir neuf).

b. Intensité souvent très grande; ils s'entendent souvent dans l'aisselle gauche, et en arrière dans le dos.

Lorsqu'un épanchement se constitue, il est le plus souvent séro-fibrineux ou légèrement hémorragique, exceptionnellement purulent.

L'évolution de la péricardite brighitique est en général apyrétique, mais elle s'accompagne de troubles digestifs, de troubles nerveux sous la dépendance de l'azotémie. Lorsque apparaît la péricardite brightique le chiffre d'urée sanguine oscille entre 1gr,75 et 4 grammes pouvant être beaucoup plus élevé.

Sa marche est *progressive* et relativement *rapide*. Sa durée varie de quelques jours à quelques semaines. Son *pronostic est d'une extrême gravité*; il est redoutable non en raison de l'inflammation de la séreuse, mais surtout à cause de l'azotémie grave dont la péricardite est le témoin.

Elle *aboutit fatalement à la mort* du moins dans l'immense majorité des cas.

III. Péricardites pneumococciques. — Elles surviennent comme complication d'une pneumonie ou d'une bronchopneumonie, parfois comme complication d'une localisation pneumococcique non pulmonaire.

Elles se voient aussi bien dans les pneumonies droites que dans les pneumonies gauches et se présentent sous deux types :

a. **Péricardites parapneumoniques.** — Se voient pendant l'évolution de la pneumonie du troisième et neuvième jour.

Elles sont l'apanage des formes graves, et de ce fait coexistent fréquemment avec l'hépatisation grise, une pleurésie purulente ou séro-fibrineuse, des localisations pnemoniques extra-thoraciques (arthrites, méningites). Cliniquement il s'agit donc d'un tableau des plus graves, et la péricardite pneumococcique, *purulente dans la règle* passe inaperçue; c'est une *trouvaille d'autopsie.*

b. **Méta-pneumonique.** — S'annonce rarement par une élévation thermique, est le plus souvent latente et apyrétique, entraînant la mort subite au cours de la défervescence.

Dans la règle le pronostic des péricardites pneumococciques, le plus souvent purulentes est très sombre; la terminaison fatale est l'éventualité la plus habituelle. Il est moins sévère dans les péricardites pneumococciques sèches où à épanchement séro-fibrineux, mais ces dernières sont très rares.

IV. Formes d'après la quantité, le siège ou la nature de l'épanchement. — Il faut noter :

a. **Les péricardites avec gros épanchement.** — Les signes fonctionnels sont impressionnants; le pouls paradoxal est fréquent, la ponction du péricarde nécessaire.

b. **Les péricardites avec petit épanchement.** — Elles sont d'un diagnostic difficile.

c. **Péricardites avec épanchement cloisonné.** — Rares.

d. **Péricardites postérieures.** — Leurs signes se confondent avec ceux d'une épanchement pleural.

e. **Péricardites hémorragiques.** — Les crises dyspnéiques paroxystiques relevant de l'accroissement subit de l'épanchement à la suite de quelques ruptures vasculaires sont fréquentes. La ponction exploratrice est un appoint utile au diagnostic.

f. **Péricardites purulentes.** — Le plus souvent pneumococciques elles sont des plus graves.

V. Formes étiologiques. — *a.* **Péricardites des maladies infectieuses.** — Elles sont rares au cours des fièvres éruptives, peuvent cependant compliquer la scarlatine, la variole et sont alors assez souvent purulentes, comme les péricardites survenant au cours des pyohémies ou de l'infection perpuérale.

b. **Péricardites tuberculeuses.** — L'épanchement est en général considérable, l'évolution subaiguë.

c. **Péricardites des maladies hemorragiques.** — Elles surviennent dans le scorbut, certains purpuras, à titre de complication et prennent le type de la péricardite hémorragique.

d. **Péricardites de causes locales.** — Le cancer, les infections de voisinage sont rarement à l'origine d'une péricardite.

e. **Péricardites traumatiques ou a frigore.** — Elles sont exceptionnelles.

VI. Formes suivant l'âge. (Blechmann.) — *a.* **Forme du nouveau-né.** — La péricardite est en général purulente et le plus souvent occasionnée par un processus septicémique dont le point de départ siège dans l'organisme maternel (pneumonie) ou à l'ombilic.

b. **Forme du nourrisson.** — Chez le *nourrisson* et chez l'*enfant au-dessous de cinq ans* la péricardite est toujours pneumococcique purulente et complique une pneumonie ou une broncho-pneumonie.

c. **Forme de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte jeune.** — De cinq à trente ans la péricardite aiguë est sèche ou sérofibrineuse due au *rhumatisme articulaire aigu.*

d. **Forme de l'adulte et du vieillard.** — Après quarante ans la *péricardite brightique* domine.

VII. Formes d'après les symptômes. — *a.* Forme hydrophobique de Gendrin;

b. Forme typhoïde de Blacke ;

c. Forme paralytique (avec myocardite aiguë concomitante);

d. Forme avec pancardite ;

e. Forme latente.

Dans toute une série de cas on sera amené à pratiquer la ponction du péricarde. Elle ne sera indiquée que :

a. Si l'on redoute un épanchement purulent; car elle peut fournir un renseignement qui peut conduire à la *péricardotomie.*

b. Si l'épanchement est abondant et son évacuation nécessaire, car, ce n'est pas une manœuvre aussi habituellement anodine que la ponction pleurale, on la fera par procédé *de la ponction épigastrique de Marfan* : c'est le procédé de choix.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, nº 66, p. 1068, et nº 68, p. 1102.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Hygiène. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Pigot (de Tours).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Chaumel du Planchat (de Chantilly), Cornu (d'Ervy-le-Châtel), Deglos (de Paris), Delaunay (de Saint-Laurent-du-Pont), Gauja (de Paris), Gaujon (de Carcassonne), Lefevre (de Paris), Marignan (de Marsillargues), Marciguey (de Paris), Roy (de Rochefort-Montagne).

Guerre. — Est inscrit à la suite du tableau de concours : *Pour officier.* — M. le médecin-major de 1re classe des troupes coloniales Theze.

UN INSTITUT MUNICIPAL D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE A PARIS. — La Ville de Paris a édifié un Institut de radio-électrologie 37, boulevard Saint-Marcel. La radiothérapie et la radioscopie y seront faites suivant les méthodes les plus modernes.

Les indigents de Paris et du département de la Seine y seront traités gratuitement, et les autres malades suivant le tarif paru dans le *Bulletin officiel* du Conseil municipal. Le directeur en est M. le docteur Zimmern, professeur agrégé à la Faculté.

OFFICE PUBLIC D'HYGIÈNE SOCIALE. — Le Conseil général de la Seine, sur un rapport de M. Henri Sellier, vient de prendre la délibération suivante :

Article premier. — Le fonctionnement du dispensaire d'hygiène sociale de la section de surveillance et de protection des indigènes nord-africains sera assuré, à partir du 1er juillet 1926, par l'Office public d'hygiène sociale.

Art. 2. — Les dépenses nécessaires au fonctionnement de ce dispensaire seront prélevées sur le montant de la subvention allouée à cet effet par la Ville de Paris et fixée à 23.000 fr. par an.

Art. 3. — Pour l'exercice 1926, la part de cette subvention, évaluée à 18.000 fr., sera inscrite au budget en recettes, chap. 5, article et numéro à créer. Par corrélation, un crédit de même somme sera ouvert au chapitre 15, article à créer, sous la rubrique : « Frais de fonctionnement du dispensaire de la section de protection des indigènes nord-africains. »

Art. 4. — Pour les exercices ultérieurs la recette et la dépense relatives au fonctionnement dudit dispensaire seront inscrites aux chapitre et article correspondants du budget.

L'ASSISTANCE MÉDICALE AUX ÉTRANGERS. — Les maires des environs de Grenoble ont émis le vœu suivant provoqué par l'extension formidable des budgets de l'assistance médicale gratuite :

« 1° Que les frais nécessités par l'admission des Français soient supportés, les dix premiers jours, par la commune où ils ont leur domicile de secours; les jours suivants, par les départements et l'Etat ;

2° Que les frais nécessités par l'admission des sujets étrangers soient entièrement à la charge de l'Etat qui pourra faire appel aux employeurs pour la création d'une caisse spéciale ;

3° Qu'en attendant la décision à intervenir, le gouvernement renforce le contrôle sanitaire aux frontières. »

VIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX DE FRANCE. — Lundi 4 et mardi 5 octobre prochain, dans une salle de la Faculté obligeamment prêtée par M. le doyen Roger, aura lieu le VIIe Congrès de l'Association pro-

fessionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France, fondée le 7 octobre 1919.

Les collègues qui auraient des sujets à proposer sont priés de s'adresser aux membres du bureau : MM. Reynès (Marseille), Guyot et J.-L. Rocher (Bordeaux), L. Le Nouene (Le Havre), Patel (Lyon) qui recevront aussi les nouvelles adhésions.

Conseiller juridique de l'Association : docteur Paul Boudin, docteur en médecine et en droit.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Emile Vidal (d'Hyères), membre correspondant de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 94 ans; Francis Seyroux (de Lyon), Victor Cuignier (de Warcoing, Belgique); Fernand Martin (de La Rochelle).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Professeur : M. JEANSELME.) — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Des séries de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie auront lieu au Laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 48, rue Bichat), sous la direction de Mlle Olga Eliascheff, chef de laboratoire.

Les séances auront lieu de 17 à 19 heures. Chaque série comprendra dix séances.

Premier cours. — Ultramicroscopie. Coloration du tréponème. Spirilles banaux. — Ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien. — Bacilles de Ducrey. Gonocoques. Microbes pyogènes. Autovaccins. — Bacille tuberculeux. Bacille de Hansen. — Mycoses. Teignes. Examen direct. Cultures. — Hématologie. — Technique de la biopsie. Coupes (inclusion et coloration).

Deuxième cours. — Réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht.

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures.

Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques.

Prix du cours : 250 francs.

Pour tous renseignements et dates des séances, s'adresser à Mlle Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, le matin, de 10 à 11 heures.

Les bulletins de versement, relatifs à ces cours, sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Georges THIBIERGE

(1856-1926)

Nous avons appris avec une profonde tristesse la mort soudaine de notre maître, M. Georges Thibierge, survenue à Dourdan le 23 août 1926. C'est une grande perte pour la dermatologie française, une plus grande encore pour ses élèves et ses amis, qui tenaient en grande estime la parfaite droiture de son caractère, la rectitude de son jugement, et savaient que sous des apparences un peu froides, et parfois combatives, il cachait un cœur chaud et sûr.

Interne des hôpitaux en 1879, le premier de sa promotion, M. Thibierge reçut de ses maîtres Gosselin, Ball, Archambault et Rendu, une solide formation médicale qui lui permit dans la suite d'envisager toujours l'étude des affections cutanées d'un point de vue général. L'influence de M. Besnier, du professeur Fournier, l'orienta définitivement vers la dermatologie. Médecin des hôpitaux en 1890, chef de service d'abord à la Pitié où il organisa une consultation de dermatologie fort active, puis à Broca, enfin à Saint-Louis; membre de l'Académie de médecine en 1918, officier de la Légion d'honneur, M. Thibierge avait pris une place sans cesse grandissante parmi les dermatologistes français. Membre de la Société de dermatologie dès sa fondation, rédacteur des *Annales de dermatologie*, organisateur infatigable et animateur des Congrès de dermatologie, M. Thibierge se dépensait sans compter, toujours prêt à assumer une charge nouvelle lorsqu'il le croyait utile à la diffusion de l'enseignement de cette École de Saint-Louis dont avec ses collègues et amis, M. Brocq et M. Darier, il s'appliquait avec bonheur à maintenir le prestige si grand en France et à l'étranger.

Ses ouvrages, ses communications aux Sociétés savantes, aux Congrès, comme les articles qu'il écrivit pour le *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard, pour la *Pratique dermatologique*, se sont toujours fait remarquer par leur clarté, la précision des descriptions, leur côté pratique, où se retrouve une des qualités maîtresses de leur auteur, un très ferme bon sens.

Malgré ces multiples travaux, M. Thibierge trouvait encore du temps à consacrer à nos associations de bienfaisance où sa bonté trouvait si naturellement à s'employer, à l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris surtout, dont il fut successivement trésorier, vice-président et enfin président de 1911 à 1914. Cette Association était vraiment sienne, qui comptait parmi ses membres fondateurs son père le docteur G.-E. Thibierge de la promotion de 1849, et dans laquelle il eut la joie d'accueillir en 1912 son fils aîné, notre collègue André Thibierge.

Lorsqu'il y a cinq ans, atteint par la limite d'âge, M. Thibierge quitta l'hôpital Saint-Louis, son activité ne s'interrompit pas pour cela; il continua de travailler, d'écrire, de fréquenter l'Académie, les Congrès où il était heureux de retrouver ses amis — et ils étaient nombreux chez nous et hors de France!

Il était revenu d'un voyage en Belgique depuis quelques jours à peine quand la mort est venue l'enlever brusquement à l'affection des siens.

Nous prions Mme Thibierge et ses enfants d'agréer l'expression de nos condoléances émues. L. LE SOURD.

LIVRES NOUVEAUX

Un aventurier intellectuel sous la Restauration et la Monarchie de juillet : le docteur Koreff (1783-1851) (1), par Marietta MARTIN.

De 1823 à 1837 le Tout-Paris a eu un véritable engouement pour le docteur Koreff.

Qu'était le docteur Koreff? Etait-il prussien, polonais, russe? Les avis étaient partagés sur son origine. L'unanimité ne se faisait que pour constater son esprit, ses succès mondains, et ses succès de clientèle.

Mme Marietta Martin publie sur cet être singulier un livre qui intéressera tous les chercheurs.

L'auteur nous montre ce médecin un peu mystérieux frayant avec toutes les célébrités du romantisme, non sans profit d'ailleurs car ce magnétiseur battit en 1837 le record des honoraires engageant 400.000 fr. dans son année. Pour l'époque c'était un chiffre impressionnant. L. G.

RENSEIGNEMENTS

A CÉDER p. c. d. empl. 6 CV Renault, cond. intérieure, 4 pl. mod. 1924, fr. 4 roues, carb. Zénith, ph. Marchal, amort. Derchon, entièrement revue, état neuf. — S'adr. Auto-agence Charton, 47, rue Lauriston (XVIIe).

(1) Un vol. gr. in-8 illustré. — Paris 1925, Librairie ancienne Edouard Champion.

C. R., 18.000, Seine.

REVUE GÉNERALE

LES ANGINES DE POITRINE

Par R. LIÈGE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Définition. — On désigne sous le nom d'angine de poitrine un *syndrome paroxystique* caractérisé dans son expression complète par une douleur précordiale ordinairement constrictive accompagnée d'irradiations brachiales ou cervico-brachiales et facilement suivie d'angoisse.

Historique. — C'est vers la fin du XVIIIe siècle que l'attention des cliniciens fut attirée sur un cas singulier concernant un capitaine de cavalerie mort subitement au cours d'une crise douloureuse siègeant dans la région rétro-sternale. Ce cas fit le sujet d'une lettre que Rougnon adressa en 1768 à Larry. A la même époque W. Heberden rapporta un cas analogue et ce fut lui qui dénomma l'affection *angine de poitrine* de (μαγχω, j'étrangle) à cause du sentiment de stangulation et d'anxiété qui l'accompagne.

Depuis, des flots d'une ont coulé au sujet de cette affection tant en France qu'à l'étranger. De nombreuses recherches sont faites sur l'étiologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie les formes cliniques de cette affection, et il faut à juste titre citer les noms de Josué Huchard, Merklen, Lian, Richaud Laubry, Clerc, Vaquez, Ch. Fiessinger, Gallavardin, Mackenzie. Danielopolu, Jonnesco en Roumanie font des essais de thérapeutique chirurgicale.

La question revient à l'ordre du jour du XVIIIe Congrès de médecine où les différents problèmes suscités par l'angor pectoris sont envisagés. Plus récemment encore l'école de Strasbourg avec Leriche et Fontane fait de l'angine de poitrine une affection intéressant à la fois médecins et chirurgiens.

Etiologie. — L'angine de poitrine est une affection que l'on rencontre beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme. L'*hérédité* est signalée par beaucoup d'auteurs, en particulier par M. Laubry qui rapporte une observation où le père, et les trois frères d'un malade atteint d'angine sont morts de cette même affection.

Dans la majorité des cas, les premiers accès surviennent entre quarante et cinquante ans. C'est l'âge de prédilection du développement de l'angine de poitrine ; l'angine de poitrine juvénile développée au-dessous de trente ans est d'une extrême rareté ; par ailleurs, c'est une maladie de la clientèle de ville frappant beaucoup plus les sujets de la classe aisée, les professions libérales que les ouvriers ou les cultivateurs.

Si vaste que soit à l'heure actuelle le cadre des angines de poitrine considérées comme un syndrome pouvant relever de causes très diverses; goutte, gravelle, diabète, obésité, tabagisme, affections, digestives, nerveuses, il n'en reste pas moins vrai que les affections du *cœur et de l'aorte* conservent une place de tout premier plan dans l'étiologie de ce syndrome. Aussi la *syphilis* en tant que facteur d'aortite, de coronarite est-elle incriminée par beaucoup d'auteurs qui estiment que l'angine de poitrine est une affection nettement syphilitique au même titre que le tabes, la paralysie générale, l'anévrisme aortique, l'insuffisance aortique d'origine artérielle.

Pour Josué, l'angine de poitrine est un *stigmate* presque certain de syphilis, et il estime qu'un traitement énergique par les injections de cyanure de mercure s'impose chez tout malade atteint d'angine de poitrine ; celui-ci se montrant efficace dans les 8/9 des cas même quand il n'existe aucun autre stigmate de syphilis acquise ou héréditaire, même quand le Wassermann est négatif.

Envisageant l'ensemble de ses observations Gallavardin conclut à l'existence d'une angine de poitrine syphilitique mais admet aussi l'existence d'angine de poitrine non syphilitique.

En réalité donc il ne faut pas considérer l'angine de poitrine comme un stigmate de syphilis, et il semble qu'il y ait à côté de l'angine d'origine syphilitique la plus fréquente, une angine de poitrine dont l'étiologie est aussi obscure que celles des artérites en général.

Etude clinique. — Le syndrome angineux des affections cardio-artérielles, est celui qui par sa fréquence, par son pronostic souvent grave doit tout d'abord retenir notre attention.

I. Les angors d'origine cardio-artérielle. — CAUSES DÉCHAINANTES. — La grande cause est représentée par l'*effort* dans toutes ses variétés ; efforts professionnels, efforts familiers, intellectuels, émotions ; mais la cause occasionnelle de beaucoup la plus fréquente est la *marche* ; en particulier, la marche *contre le vent* ou après les repas. C'est cet effort modéré et naturel qui dans la majorité des cas clouera un jour le malade sur place.

Cependant, à côté de cet accès diurne, il n'est pas rare de voir survenir un accès pendant la nuit.

Cette angine de décubitus bien individualisée par M. Vaquez n'est du reste de l'avis de M. Lian et M. Laubry qu'une modalité de l'angine d'effort. Le repos nocturne n'est qu'une apparence ; les rêves, les cauchemars, les troubles de la digestion, la gêne circulatoire entraînée par la position couchée constituent une source d'activité plus ou moins consciente et il en résulte un surcroît de travail pour le cœur.

Quoi qu'il en soit, l'accès d'angine de poitrine survient brusquement et est constitué par trois grands symptômes.

1° La *douleur précordiale.* — C'est par elle que débute la crise. Elle siège en général au manubrium à sa jonction avec la partie moyenne du sternum beaucoup moins souvent vers le milieu du sternum plus rarement vers la région de l'appendice xyphoïde. Elle atteint d'emblée son intensité, est atroce donnant au malade qui la subit l'impression du cœur serré dans un étau, de griffe de fer, l'oblige à s'arrêter. Ultérieurement lorsqu'il pourra prévoir la crise, le sujet deviendra un contemplateur intéressé d'une boutique ou d'un étalage qui n'offre pour lui aucun intérêt, cherchant à cacher sa douleur par une sorte de pudeur instinctive.

2° Les *irradiations douloureuses.* — La plus fréquente de ces irradiations se fait au membre supérieur gauche ; la douleur gagne l'épaule gauche, suit le membre supérieur dans sa partie interne et atteint ainsi les deux derniers doigts. Cependant à côté de cette irradiation classique il n'est pas rare de voir la douleur se faire sentir seulement au milieu du bras, au poignet aux deux derniers doigts de la main, au petit doigt.

Les deux membres supérieurs peuvent être symé-

triquement frappés; parfois uniquement le bras droit. Enfin la douleur peut gagner le plexus cervical, atteindre le cou, la nuque, la face, les oreilles. Exceptionnellement on notera une irradiation dans la région lombaire, le scrotum, les membres inférieurs. En général, ces douleurs irradiées sont moins violentes que les douleurs cardio-aortiques, il est rare qu'elles soient plus intenses que cette dernière. Outre ces irradiations sensitives on peut dans certains cas noter des irradiations *motrices*, (bras lourd fatigué, inerte, hémiparésie momentanée) et *sympathiques*.

3° L'*angoisse*. — C'est le troisième élément fondamental du syndrome. C'est une impression de mort imminente. Son intensité est des plus variables, en rapport étroit avec le psychisme du sujet; elle peut faire défaut.

Pendant cette crise douloureuse le malade accuse parfois une sensation subjective d'étouffement en raison de la violence de la douleur thoracique; mais il n'y a pas de *dyspnée* à proprement parler. Les constatations que l'on peut faire du côté du cœur ou des vaisseaux sont de minime importance.

Le *pouls*, un peu ralenti ou accéléré reste régulier ou irrégulier; il peut n'être troublé en aucune façon.

La *tension artérielle* demeure le plus souvent normale ou reste ce qu'elle était avant l'accès; parfois cependant on peut noter une augmentation.

L'examen du cœur lui-même restera souvent négatif.

Durée et évolution des accès. — La durée de la crise d'angor est variable. Quelquefois, l'accès est court, dure de deux à cinq minutes; d'autres fois il se prolonge, dure quelques heures avec des accalmies ou des exacerbations. Les crises diurnes sont en général plus courtes que les crises nocturnes. Certains accès peuvent affecter une prolongation anormal. La douleur sans s'étendre complètement persiste deux, trois ou plusieurs journées et l'état du *mal angineux*, se trouve ainsi réalisé.

A la suite de la crise, surtout lorsqu'elle a été violente on peut noter de l'endolorissement du bras gauche et un certain degré de sensibilité de la région précordiale. On peut également noter des manifestations vaso-motrices, des bâillements, du hoquet, des éructations gazeuses.

L'accès d'angine de poitrine peut être unique et ne se répéter qu'à des intervalles très éloignés. Certains malades ont un ou deux accès dans leur vie, chez d'autres le premier accès peut être mortel.

La mort peut être *rapide*, due à l'œdème pulmonaire aigu, l'infarctus myocardique, l'asystolie aiguë.

La mort subite (120 cas sur 284 dans la statistique de Mackenzie) peut survenir à des moments très variables, pendant les crises, à leur déclin, en dehors des crises, à la suite d'accès répétés. Elle serait due soit à l'influence inhibitrice du centre bulbaire du pneumogastrique anormalement excité amenant un arrêt prolongé du cœur; soit à la *fibrillation ventriculaire* accompagnant ou non l'action bulbaire.

Enfin dans bon nombre de cas la mort sera la conséquence de lésions cardio-vasculaires très diverses.

Quelle que soit la gravité de ce syndrome on admet en général aujourd'hui que l'angine de poitrine est susceptible de rémission, et même de guérison. (Gallavardin-Laubry).

Formes cliniques. — A côté de ces formes types complètes, il faut signaler :

1° *Les formes mono-symptomatiques*. — Les unes sont caractérisées par une douleur rétro-sternale arrêtant les sujets dans un effort; les autres par des sensations brachiales anormales sans angoisse, sans douleur ou constriction précordiale.

D'autres encore se résument en une violente constriction de l'épaule (Lian).

Les formes simplement angoissantes sont plus exceptionnelles.

Toutes ces formes présentent un réel intérêt, il faut savoir les dépister et les reconnaître car elles peuvent être le prélude parfois très éloigné d'accès francs susceptibles d'être mortels.

2° *Les syndromes angineux frustes*. — Il s'agit de manifestations angïnoïdes auxquelles conviendrait mieux l'ancien terme d'*angina minor*, consistant en de simples sensations de malaise thoracique, en léger engourdissement des doigts.

3° *Syndrome angineux hyperalgique* (Wessenbach). — Il est caractérisé par :

1. L'extension des douleurs irradiées;
2. L'intensité de la douleur angineuse et des douleurs irradiées;
3. Leur durée prolongée.

Ce syndrome peut éclater en pleine santé apparente ou être précédé de quelques accès angineux légers ou frustes. Il s'agit là d'une forme excessivement grave qui paraît être la traduction clinique de l'infarctus du myocarde et évolue le plus souvent vers la mort.

4° *Angine épigastralgique* (*angina abdominalis*). — C'est une forme des plus importantes à connaître en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu.

La douleur au lieu de siéger à la partie supérieure du sternum débute un peu plus bas au niveau de l'épigastre pour remonter ensuite dès que l'accès s'est constitué le long de la région sternale. Avec notre maître M. Courtois-Suffit nous en avons récemment observé un cas.

Un homme de cinquante ans, mécanicien, entre à la Maison Dubois pour de violentes douleurs épigastriques diurnes et nocturnes.

Les nombreux calmants gastriques qui lui ont été conseillés n'ont apporté aucun soulagement à ces douleurs. Il a dû abandonner tout travail et s'aliter.

L'auscultation montrait chez ce malade : un léger clangor aortique, un petit souffle systolique de la base; la tension à l'entrée était de 18/9 au Vaquez, l'urée sanguine : 0,67.

L'aorte n'était pas augmentée de volume, mais l'aorte descendante était opaque et visible à la radioscopie.

Bien que le Wassermann fût négatif on pratiqua une série d'injections de Quinby. Le malade fut de plus soumis à un régime lacto-végétarien; on lui administra la potion de Vaquez.

Au bout de peu de temps, la tension est de 13/7,5 au Vaquez, l'urée sanguine de 0g36, et dix-neuf jours après son entrée le malade sort se considérant comme guéri.

Les injections de Quinby furent continuées en ville, le malade est revu un mois après, il se plaint de douleurs légères survenant à l'effort et calmées par des dragées de trinitrine caféinée, sans aucune comparaison avec les violentes douleurs qui avaient motivé son entrée à Dubois.

M. Vaquez attire l'attention sur la difficulté du diagnostic dans cette forme d'angine de poitrine. Il estime qu'elle est la conséquence d'une localisation particulière des lésions organiques sur la région terminale de l'aorte thoracique.

II. **Les angines de poitrine d'origine digestive.** — Elles ne sont pas très fréquentes; néanmoins on peut en rencontrer trois types assez différents pour être individualisés :

1° Les angines de poitrine des aérophages. — Les accès peuvent être diurnes ou nocturnes, ils peuvent même survenir au cours de la marche; cependant, c'est surtout au moment des repas qu'ils se produisent; soit au début, lorsque le malade commence à manger, soit à la fin, ou même deux heures après. Ces accès sont en général frustes, par contre ils peuvent être très longs, et leur terminaison est souvent annoncée par de nombreux renvois gazeux.

La radioscopie donne, outre une volumineuse poche à air quelques signes particuliers (Lian).

a. Un hémidiaphragme gauche surélevé dont le niveau est le même et parfois plus élevé que le niveau de l'hémidiaphragme droit.

b. Une déformation cardiaque assez spéciale par suite d'un mouvement de bascule du cœur.

c. L'arc inférieur gauche et même l'arc inférieur droit présentent une convexité anormale.

d. Le pédicule vasculaire est redressé verticalement.

e. La largeur et l'opacité aortique restent normales, de même que les dimensions en profondeur du ventricule gauche.

2° Les angors d'origine colique (Loeper, Mathieu et Marie). — Les crises surviennent chez des malades présentant soit de la constipation simple, soit des selles dysentériformes, muqueuses avec des mucomembranes.

Elles se produisent en général au milieu de la nuit et se manifestent soit sous forme de crises purement angoissantes, soit sous forme de violentes douleurs épigastriques accompagnées d'une sensation très pénible de constriction rétro-sternale avec ou sans irradiations brachiales.

Ces crises s'accompagnent de selles abondantes constituant de véritables débâcles qui attestent leur origine colique.

3° Crises angineuses des viscéralgies abdominales. — Elles peuvent se rencontrer au cours des coliques néphrétiques, mais le type le plus courant bien qu'assez rare en est la *forme angineuse* de la *colique hépatique* (Lian, Wessenbach et Parturier).

Le syndrome angineux tient la première place dans le tableau clinique.

Les manifestations vésiculaires sont estompées; seuls, l'interrogatoire, l'examen minutieux du malade peuvent les faire découvrir.

Tandis que l'examen cardio-vasculaire reste négatif, le signe de Murphy est positif et s'accompagne d'une défense musculaire dans la région vésiculaire. Le point phrénique cervical droit est douloureux. On peut constater des pigments dans les urines et voir apparaître un subictère dans les jours qui suivent la crise.

Dans tous ces cas d'angor d'origine digestive il faudra toujours se montrer très circonspect et penser à la coexistence possible d'angor d'origine cardio-artérielle.

III. **Les angines de poitrine d'origine nerveuse.** — Dans ce cadre rentrent :

1° L'angor des tabétiques. — Bien que dans la majorité des cas il s'agisse d'une angine d'origine cardio-artérielle; il est possible que dans certains cas l'angor soit une crise viscérale analogue aux crises gastriques;

2° L'angor des basedowiens. — Elle accompagne les crises de tachycardie et semble en rapport avec l'hyperexcitabilité névropathique de ces malades.

3° L'angor des névralgies ou névrites du plexus brachial gauche, des nerfs du membre supérieur gauche. — Dans ces cas, les douleurs surviennent à l'occasion d'un mouvement du membre, partent en général du bras et gagnent secondairement l'épaule et la région cardiaque.

Du reste, une névralgie intercostale gauche peut également se compliquer d'accès angineux.

4° Les angines des états névropathiques et des états anxieux. — Ici, pas de lésions coronariennes, myocardiques ou autres, mais un système nerveux particulièrement irritable; une « faiblesse irritable du système nerveux ».

Ces angors surviennent chez des malades ayant des soucis moraux ou affectifs, du surmenage, des insomnies prolongées. Du point de vue clinique, elles ont une allure spéciale.

Les crises douloureuses surviennent indifféremment la nuit ou le jour au repos complet. Elles sont plus fréquentes, plus prolongées, ont des limites moins nettes que l'angor organique.

La douleur siégerait assez souvent dans la partie gauche de la poitrine.

Les irradiations dans le bras gauche sont communes; les crises douloureuses sont influencées par le changement de position. Dans l'intervalle des crises la sensibilité des plans superficiels peut durer des journées entières et semble plus fréquente que dans l'angor organique.

Mais ce qui caractérise surtout l'angine névrosique, c'est la pluralité des symptômes, le luxe des détails que donnent les malades contrastant avec les récits sobres et précis des vrais angineux.

Avant la crise il n'est pas rare de noter des manifestations vaso-motrices, telles qu'une sensation de refroidissement général, la sensation de pieds et mains glacées, une impression de doigt mort, parfois de la pâleur et de la congestion de la face.

Au *moment* de la crise douloureuse ces phénomènes s'amplifient encore, bientôt remplacés par des frissons, un tremblement généralisé avec ou sans claquement des dents, puis apparaissent des sueurs, des envies d'uriner. Ces paroxysmes douloureux se compliquent parfois d'étouffement avec ou sans polypnée de palpitations violentes. Souvent aussi on notera une agitation insolite en particulier chez la femme.

Les troubles *phréno-cardiaques* sont fréquents et les malades se plaignent d'une respiration barrée « qui ne va pas jusqu'à fond »; ces troubles correspondent à une limitation des mouvements du diaphragme par parésie ou par spasme.

A *la suite* de ces accès on note souvent un abattement, une lassitude extrême, une sensation d'anéantissement, d'épuisement qui peut durer plusieurs jours. Par contre chez ces malades la marche n'a aucune influence sur l'apparition des crises.

Les paroxysmes ne subissent nullement l'influence de l'effort; la marche peut faire apparaître une certaine sensibilité cardiaque, exagérer quelques phénomènes névralgiques à forme lancinante, c'est tout.

Chez ces malades l'examen clinique et radioscopique reste négatif.

Ces angines nerveuses ne sont pas admises par tous les auteurs.

MM. Vaquez et Laubry ne les reconnaissent pas; par contre M. Gallavardin les décrit, les considérant comme des angines de signification bénigne les opposant aux angines graves cardio-artérielles; intercalant entre ces deux grands types les angines de signification douteuse.

IV. **Angors d'origine toxique.** — La plus fréquente de ces angines est l'angine tabagique par imprégnation toxique. Elle se manifesterait soit sous forme d'un syndrome angineux fruste, soit sous forme de crises angineuses types survenant de préférence la nuit et caractérisée par l'existence des troubles vasomoteurs et de quelques signes dus à l'intoxication tabagique tels que vertiges, bourdonnements d'oreille, dysphagie, céphalalgie, suffocation, dyspnée, sensation de faiblesse générale.

Mais en réalité, le tabac ne semble pas avoir une influence déterminante sur le développement de l'angine de poitrine.

La plupart des auteurs tendent à accorder au tabac une influence purement provocatrice. 40 p. 100 d'angineux d'efforts non syphilitiques de Gallavardin n'avaient jamais fumé.

Ch. Fiessinger qui a particulièrement étudié la question écrit: « Le tabac ne fait du mal qu'à condition que des lésions athéromateuses ou syphilitiques des vaisseaux ou des lésions myocardiques existent préalablement; ces lésions il ne les crée pas, mais il profite de leur présence pour exercer ses méfaits grâce aux propriétés hypertensives dont il jouit. » L'action hypertensive spasmodique du tabac explique les accidents; la tolérance de la lésion existante cède devant le coup de fouet toxique.

D'une série d'articles et d'observations rapportées à ce sujet il conclut : « Méfions-nous donc du tabac à partir de soixante ans, nous ne savons jamais au juste l'état de nos artères coronaires.

Et M. Lian de conclure également : « Il reste indiqué de défendre le tabac aux angineux. »

Quoi qu'il en soit de l'angine tabagique, les angines du thé et du café sont encore plus exceptionnelles.

Quant à la goutte M. Laubry rapporte une observation d'angine goutteuse ayant merveilleusement guéri par le traitement spécifique, mais il reconnaît que l'on ne doit admettre son existence qu'avec beaucoup de circonspection.

Diagnostic. — 1° **Différentiel.** — L'angine de poitrine n'étant plus à l'heure actuelle qu'un syndrome, il va de soi que le diagnostic différentiel en est relativement facile lorsque existent les trois éléments fondamentaux du syndrome, douleur rétro-sternale, irradiation, angoisee.

Par contre, il est plus difficile dans les manifestations angineïdes; dans les syndromes angineux frustes où l'un des trois éléments parfois même deux peuvent manquer.

a. La douleur rétro-sternale existe seule. — Dans ce cas quelques affections thoraciques douloureuses peuvent prêter à confusion, en particulier : les névralgies intercostales phréniques, les douleurs précordiales des cardiopathies organiques, le syndrome du cœur irritable, mais surtout le rhumatisme des muscles intercostaux. Dans ce dernier cas, la douleur quoique pouvant donner la sensation de griffe est en général plus superficielle; d'autres manifestations rhumatismales permettant de rattacher les symptômes observés à leur véritable cause.

b. Les irradiations et l'angoisse existent seules. — Dans ces cas les névralgies brachiales peuvent prêter à confusion. Bien qu'en général l'accès d'angine de poitrine ne s'accompagne pas de manifestations pulmonaires, il y a parfois dans les accès nocturnes des sensations d'étouffements, des crises de pseudo-asthme qui peuvent en imposer pour de l'asthme vrai.

2° **Etiologique.** — C'est le plus important, mais aussi le plus difficile; l'angine de poitrine n'est qu'un syndrome et il faut en rechercher systématiquement la cause.

En pratique on pensera toujours à la possibilité d'une angine d'origine cardio-artérielle, et on essaiera de déceler l'*aortite*, l'*artério-sclérose*, l'hypertension artérielle, la cardio-sclérose tant par l'examen clinique du malade que par les examens de laboratoire, la radioscopie, et l'orthoradioscopie.

L'aorte, qu'il s'agisse d'aortite, d'athérome, de panaortite, d'anévrisme, d'insuffisance d'origine artérielle, doit être le point de mire dans la recherche de l'étiologie d'un syndrome angineux. Nous ne reviendrons pas sur le rôle de la syphilis comme facteur d'aortite. Il faut savoir que les aortites aiguës de nature infectieuse (grippe, typhoïde, paludisme) peuvent se révéler par un syndrome angineux.

La radiographie permettra souvent de déceler des lésions qui échappent à la percussion et à l'auscultation; telle que l'augmentation du diamètre aortique, l'accroissement de l'arc aortique gauche ou de la corde qui soutend cet arc. L'aorte au lieu d'être transparente comme à l'état normal est sombre ou parsemée de taches obscures.

On peut noter une immobilité plus ou moins complète des contours vasculaires et un défaut d'expansion indiquant que les tuniques ont perdu leur élasticité.

Il est plus rare que l'affection se réduise aux phénomènes subjectifs et que l'examen objectif, clinique et radiologique reste absolument négatif. Après l'aorte c'est le cœur qui doit fixer l'attention et il faut songer aux angines par *myocardie*. C'est le terme sous lequel M. Laubry désigne les insuffisances fonctionnelles du cœur en particulier l'insuffisance ventriculaire gauche. Ce terme ne préjuge ni du siège, ni de la nature ni même de l'existence d'une lésion. Ces angines par myocardie s'accompagnent de dyspnée de tachycardie, de bruit de galop, d'assourdissement des bruits, d'extrasystoles, de pouls alternant.

Rarement on trouve à la base d'une angine de poitrine une affection valvulaire mitrale ; quelquefois ce syndrome sera la première manifestation d'une *péricardite* qui se dévoilera secondairement, d'une tumeur médiastinale, d'une affection de la plèvre médiastine. Ce n'est qu'en l'absence complète de signes cliniques ou radiologiques de ces affections que, guidé par les caractères des accès on aura le droit de penser aux angines d'autres causes; digestives, névropathqiues, toxiques. Nous nous sommes suffisamment étendu sur leur symptomatologie pour ne pas y revenir ici.

Pronostic. — Variable selon la cause.

Le pronostic de l'angor d'origine cardio-artérielle semble trop poussé au noir et Ch. Fiessinger écrit : « Un angineux grave qui se soigne a toutes chances de guérir. »

Récemment on a donné comme élément du pronostic l'inversion de l'onde T à l'électrocardiogramme. Elle correspondait à un trouble grave de circulation coronarienne ; du reste la question du pronostic de l'angor est étroitement liée à la connaissance de la capacité fonctionnelle du myocarde, et il faudra toujours chercher à apprécier le degré d'insuffisance cardiaque des angineux.

Dans les autres formes d'angine le pronostic semble plus bénin. Néanmoins il ne faudra jamais se hâter d'affirmer la bénignité d'un syndrome d'angine de poitrine, les apparences peuvent être trompeuses, et des dénouements tragiques et rapides sont susceptibles dans les cas qui du premier abord semblaient bénins de vous rappeler à la réalité.

(A suivre.)

LES PROSTATIQUES QU'IL NE FAUT PAS SONDER

LE CATHÉTÉRISME PEUT SAUVER L'EXISTENCE DU PROSTATIQUE OU AU CONTRAIRE CAUSER SA MORT

Par R. DE BUTLER D'ORMOND (d'Amiens),
Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

A. Il faut sonder les prostatiques sans résidu ou à petit résidu vésical.

B. Il ne faut pas sonder les grands distendus.

A. L'URINAIRE N'EST PAS UN DISTENDU CHRONIQUE. — Le type habituel du sondage est la rétention complète aiguë. Un prostatique vidait plus ou moins facilement sa vessie. Il urinait souvent et lentement. surtout la nuit, mais ne s'en inquiétait pas, car l'état général restait bon. Un jour, à la suite d'un dîner copieux, il est pris d'envie d'uriner qu'il ne peut satisfaire, quelque effort qu'il fasse ; la rétention est complète. Il appelle un médecin; celui-ci, sans perdre de temps à l'emploi de moyens médicaux, pratique le sondage, avec une sonde Nélaton, et en cas d'échec, avec une sonde béquille. Le confrère pratique ce cathétérisme avec asepsie et douceur, même si les urines sont claires. L'opérateur termine par un lavage antiseptique et fait passer, dans la vessie, un litre de nitrate d'argent au millième. Voici l'indication bien remplie.

Si le malade habite la ville, s'il a sous sa main un médecin habitué au cathétérisme, il attendra le lendemain et probablement le sondage sera de nouveau nécessaire. Mais si le dit malade habite la campagne et ne peut être sondé trois fois par jour par le confrère, il faut que celui-ci laisse une sonde à demeure et prie le malade de faire trois lavages au nitrate d'argent par jour. Dans aucun cas, il n'autorisera le malade à se sonder lui-même.

Au bout de quelques jours, il est possible que par suite de la décongestion prostatique, les mictions puissent se refaire spontanément. Le malade, triomphant, dira au confrère : « J'urine seul maintenant, je n'ai plus besoin de vous ». Le confrère devra répondre : « Pardon, commencez par uriner et je vous sonderai ensuite ». Le cathétérisme est donc pratiqué après miction, mais pour peu qu'il reste un résidu de 100, 150 grammes ou davantage, le confrère insiste pour pratiquer le cathétérisme jusqu'à ce que la *vessie soit à sec*.

Que va-t-il alors se passer ? Ou bien, le malade conserve une légère rétention, un léger résidu (100 à 200 grammes par exemple) ; ou bien il urine spontanément et vide complètement sa vessie. Dans le premier cas, il faudra pratiquer la prostatectomie ; dans le second cas, l'opération pourra être différée. Si le sujet est sain et vigoureux, la prostatectomie est à conseiller, car un jour ou l'autre la rétention recommencera et les conditions de guérison spontanée ne seront point aussi certaines.

Si le malade vide sa vessie, mais si d'autre part il est taré (hépatisme, myocardite, insuffisance rénale, etc.), la prostatectomie ne sera point indiquée, sauf cas spéciaux.

B. LE MALADE EST ATTEINT DE DISTENSION VÉSICALE. — C'est un prostatique qui n'a jamais eu de rétention, n'a jamais souffert et n'a jamais consulté. La vessie se vide incomplètement, lentement, insidieusement; le patient urine souvent, mais sans difficulté et sans douleur. Un jour, il présente de l'incontinence d'urine ; il perd les urines dans son lit; ses digestions se font mal, la soif est vive, il maigrit, le teint jaunit. C'est un distendu avec insuffisance rénale et distension des uretères. Le palper révèle un gros globe vésical, remontant vers l'ombilic; la vessie peut contenir 1 litre, et même 1 litre et demi d'urine. Sonder un malade dans ces conditions, c'est risquer de le tuer rapidement. Pour peu que le médecin vide la vessie trop complètement, il la fait saigner et même s'il n'y a pas saignement, la pyélite est fréquente. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, les urines deviennent troubles, la fièvre monte, la langue devient sèche; à l'intoxication s'ajoute l'infection qui gagne l'arbre urinaire. Que faire dans ces conditions?

Si le médecin est un urologue de profession, s'il a une installation urologique, s'il peut tenir le malade sous la main pendant plusieurs semaines, il pourra, le malade étant hospitalisé, placer une sonde à demeure et surveiller le vidage.

L'urologue n'est pas toujours le praticien choisi par le prostatique. Si le consultant est un chirurgien général, il devra se garder d'avoir recours au sondage. Il pratiquera, séance tenante, une taille hypogastrique, sous anesthésie locale (syncaïne à 1 p. 100). Dans la boutonnière vésicale, il introduira un tube de Marion et si la vessie saigne (ce qui est fréquent), il instillera le goutte à goutte avec de l'eau oxygénée ou boriquée. S'il y a une hématurie le jour même de la taille, elle peut se prolonger deux ou trois jours. Le goutte à goutte l'arrête. La plupart de ces malades ont un taux d'urée sanguine élevé (1 gramme à 1g50). Pendant cette période, il sera soumis au régime fruito-végétarien. Au fur et à mesure qu'il boit abondamment, qu'il se nourrit de fruits juteux, la tension intra-rénale baisse, et l'épreuve de la P. S. N. qui montrait une mauvaise élimination au début, s'améliore chaque jour; la plupart de ces malades sont prostatectomisables au bout de quelques mois. Il est toujours bon d'associer au régime alimentaire, le massage général, la gymnastique respiratoire, la marche en plein air, etc. Après cette cure d'eau, de régime et de massage, la santé générale sera récupérée. Alors, on pourra pratiquer la prostatectomie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 AOUT 1926) [*suite*]

De l'immunité antitétanique chez le nouveau-né. — MM. L. NATTAN-LARRIER, G. RAMON et E. GRASSET ont constaté que l'anatoxine tétanique injectée à des lapines en gestation procurait aux petits lapins une *immunité passive*, confirmant ainsi les recherches d'Ehrlich et de Vaillard; mais, de plus, que l'on peut procurer à ces petits lapins une *immunité active* en leur injectant ou en leur faisant ingérer de l'anatoxine tétanique. Il semble que, dans l'espèce humaine, on puisse de même donner au nouveau-né une immunité passive en vaccinant la mère pendant sa grossesse et une immunité active en le vaccinant lui-même par des injections sous-cutanées d'anatoxine tétanique.

Ces recherches, en dehors de leur intérêt théorique, présentent un intérêt pratique au point de vue de la prophylaxie du tétanos d'origine ombilicale, qui est une des causes de la mortalité infantile dans certaines régions de l'Afrique.

La même protection pourrait être conférée aux rejetons de nos animaux domestiques, de ceux au moins qui ont une grosse valeur économique.

REVUE DES THÈSES

Les Fièvres menstruelles dans la tuberculose pulmonaire (1), par le docteur Jean CAUSSIMON, interne des hôpitaux, préparateur du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté, lauréat de la Faculté et des hôpitaux.

L'examen des malades montre l'importance des fièvres menstruelles dans l'évolution et le pronostic de la tuberculose pulmonaire. Il n'était pas inutile de consacrer à ce phénomène une étude d'ensemble qui a conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

I. Chez la femme normale, la menstruation peut s'accompagner d'une modification de la température centrale schématisée de la façon suivante :

1° Hyperthermie prémenstruelle progressive ou en clocher;

2° Hypothermie pendant l'écoulement.

II. Chez les tuberculeuses pulmonaires, on peut observer :

1° Soit l'exagération du type de réaction précédente (réaction thermique du type normal amplifié);

2° Soit la fièvre pendant l'écoulement (réaction anormale).

III. La réaction anormale se présente sous les formes suivantes :

1° Augmentation de l'amplitude des oscillations thermiques pendant les règles (type fréquent);

2° Hyperthermie en clocher vers le milieu de l'écoulement;

3° Élévation du niveau moyen de la température pendant l'écoulement.

IV. Chez les tuberculeuses, l'aménorrhée peut être « active » ou « silencieuse ». La température se comporte différemment dans les deux cas :

1° Aménorrhée active : molimen subjectif très net accompagné de fièvre;

2° Aménorrhée silencieuse : à la date présumée des règles, aucun molimen; aucune variation de température.

V. Quand la maladie s'aggrave, les dernières règles précédant une période d'aménorrhée se font avec réaction thermique de type anormal.

Quand le pronostic s'améliore, les règles de « retour » qui clôturent une période d'aménorrhée se font avec une courbe thermique de type normal amplifié.

(1) *Th. de Bordeaux*, 1925.

VI. L'irrégularité des périodes, leur durée, leur rareté, leur fréquence, n'ont qu'une influence secondaire sur la forme de la courbe thermique menstruelle.

VII. La forme des réactions thermiques menstruelles paraît étroitement liée à la nature évolutive des lésions :

1° Lésion stabilisée, non évolutive, soit spontanément, soit après pneumothorax; réaction menstruelle du type normal;

2° Lésion évolutive, hyperthermie pendant l'écoulement.

VIII. La fièvre menstruelle peut être complétée par une réaction thermique dite « consécutive » (postmenstruelle).

Il s'agit d'une véritable poussée évolutive, à déterminations soit pulmonaires, soit extrapulmonaires, et de pronostic toujours réservé.

IX. Ces réactions thermiques semblent bien spéciales à la tuberculose pulmonaire.

Elles se produisent en dehors de toute lésion génitale apparente.

Les lésions ovariennes minimes dont on peut soupçonner l'existence ne paraissent jouer qu'un rôle effacé dans l'apparition et la forme de ces réactions thermiques.

Il est de même des circonstances de la vie génitale (multiparité) et des influences extérieures (lunaison).

X. L'expérience semble montrer que pendant la période menstruelle le sérum sanguin peut contenir, suivant les cas, un principe capable, soit d'abaisser la température, soit de l'élever.

XI. Ces réactions thermiques peuvent s'expliquer à la fois par des actions toxiques, vaso-motrices, nerveuses et endocriniennes.

L'auteur croit pouvoir proposer les schémas suivants :

1° *Chez la femme saine.* — *a.* Période prémenstruelle. Maturation progressive du corps jaune; vaso-dilatation générale splanchnique; hyperthyroïdie de plus en plus accusée; augmentation légère de la température.

b. Au moment de l'écoulement. Maturité du corps jaune qui sécrète à plein. Hémorragie menstruelle; vaso-constriction pulmonaire réflexe; hypertension artérielle brusque, suivie d'hypotension; hypothyroïdie; abaissement de la température.

c. Pendant l'écoulement, les phénomènes précédents atteignent leur maximum; vaso-constriction générale progressive; dégénérescence du corps jaune; ascension progressive de la tension artérielle : retour de la température à la normale.

2° *Tuberculose pulmonaire à bon pronostic.* — Mêmes phénomènes que précédemment, mais beaucoup plus accusés.

3° *Tuberculose pulmonaire à pronostic réservé* (réaction thermique cataméniale de type anormal). — La fièvre prémenstruelle prend une intensité inaccoutumée. Que l'hémorragie apparaisse ou soit absente (aménorrhée active), les réactions vaso-motrices sont les mêmes que précédemment. On peut admettre, soit une sécrétion exagérée et persistante du corps jaune dont la dégénérescence se fait mal ou tardivement, soit une élimination incomplète des produits glandulaires. Excitation anormale de la thyroïde : élévation progressive de la température.

XII. On peut supposer l'existence d'une bacillémie d'intensité variable à l'occasion de la menstruation fébrile.

Cette hypothèse paraît s'appuyer sur des arguments cliniques, anatomo-pathologiques, physiologiques.

XIII. On peut mettre cette bacillémie en évidence par l'examen direct et par l'inoculation au cobaye du sang circulant :

1° Rarement à la fin de la fièvre prémenstruelle;

2° Quelquefois pendant la menstruation fébrile, et surtout au deuxième et au troisième jours des règles;

3° Jamais pendant et après l'hypothermie menstruelle.

XIV. La menstruation est donc, pour les tuberculeuses pulmonaires, une épreuve dont elles sortent indemnes si le pronostic de leurs lésions est bon, dont elles sortent affaiblies si leurs lésions sont mal enkystées ou évolutives.

Il peut exister dans ce cas une bacillémie fugace plus ou moins discrète qui peut être responsable de nouveaux ensemencements, soit pulmonaires, soit à distance. L. G.

Etude sur les multiples indications du scuroforme (para-aminobenzoate de butyle normal) (1), par le docteur MAX LE CLERC.

Ayant eu, dans sa pratique stomatologique, l'occasion très fréquente d'employer le scuroforme et d'apprécier ses propriétés anesthésiques, l'auteur s'est attaché à en développer les indications.

Dans un premier chapitre consacré à la pharmacologie du scuroforme, l'auteur rappelle les caractéristiques de ce produit synthétique :

1° Son pouvoir anesthésique en application superficielle sur les muqueuses ou sur la peau dépouillée de son épiderme ; il est d'une intensité nettement comparable à celui de la cocaïne.

2° Sa non diffusibilité qui assure la persistance de son action locale.

3° Sa non toxicité qui permet de faire des applications aussi souvent répétées qu'il est nécessaire.

4° Sa parfaite tolérance par les tissus, sans aucune réaction d'irritation.

De nombreuses observations cliniques très typiques montrent tout le parti que le médecin peut tirer de l'emploi du scuroforme dans une multitude de cas de pratique courante : pansements d'ulcérations, de sutures douloureuses, d'affections cutanées diverses, petites interventions.

L'auteur passe en revue les applications du scuroforme dans les diverses spécialités de l'art médical : chirurgie et gynécologie, oto-rhino-laryngologie, gastro-entérologie, dermatologie, radio et radiumthérapie, stomatologie. De cette revue, retenons particulièrement l'emploi du scuroforme dans les laryngites dysphagiques, sous forme de poudre lactosée à 1/10 et dans les rétrécissements et spasmes de l'œsophage sous forme d'huile scuroformée.

Médicament chimique, de prescription magistrale, le scuroforme peut être ordonné sous forme de poudres composées, pâtes, pommades, ovules, suppositoires, etc.

L'auteur donne, pour chaque spécialité, une série de formules dans lesquelles le scuroforme est associé à divers antiseptiques, kératoplastiques ou astringents.

Certaines de ces formules semblent particulièrement heureuses et méritent certainement de prendre place parmi les prescriptions journalières.

L'auteur conclut en montrant l'intérêt qu'a tout praticien à mieux connaître le scuroforme auquel il peut d'ailleurs trouver de nouvelles indications. L. G.

Étude analytique et synthétique de la sympathectomie périartérielle appliquée au traitement des ulcères chroniques des membres inférieurs. Physiopathologie et résultats immédiats et éloignés de la dénudation artérielle (2), par le docteur Guillermo GARCIA-DIAZ de la Faculté de médecine de Paris et de Buenos-Aires, ancien interne de l'hôpital Rawson, ancien chirurgien de l'hôpital Santa-Francisca de Bartholome Mitré.

I. L'étude des faits cliniques et expérimentaux relatifs aux dénudations artérielles, et l'étude des faits anatomiques et physiologiques qui se rapportent à l'innervation des vaisseaux, montrent que cette opération de dénudation des troncs artériels ne peut, en aucun cas, agir par suite d'une interruption des voies sympathiques vaso-motrices, et que les effets de la dénudation artérielle ne sont pas liés à une vasodilatation paralytique résultant de l'interruption des fibres sympathiques vaso-motrices.

Aussi, l'idée directrice qui a présidé à la genèse de ces opérations, et la théorie admise pour en expliquer les effets, sont, l'une comme l'autre, à réformer : la dénudation artérielle n'agit pas en sectionnant les voies sympathiques périartérielles, mais bien en déterminant (abstraction faite de la contraction annulaire locale de l'artère) l'apparition de phénomènes vaso-moteurs réflexes qui sont liés à une action portant sur la voie sensitive et non sur les fibres sympathiques vaso-motrices.

On ne peut, dans ces conditions, continuer de dénommer ces opérations du nom de sympathectomies, et il faudrait, pour éviter l'emploi d'un terme impropre, comme le propose Guillaume, remplacer ce terme par celui de névrectomie périartérielle.

II. Cette névrectomie périartérielle a pour effet immédiat de déterminer, ainsi que l'a montré Leriche, une contraction annulaire locale du tronc artériel au point où est effectuée la dénudation du vaisseau, et pour effet secondaire de provoquer, dans le membre opéré, une vaso-dilatation qui persiste un certain nombre de jours, et, en outre, dans la moitié des cas environ, des effets cicatrisants certains.

III. On a voulu utiliser ces effets de la névrectomie périartérielle comme moyen de traiter et de guérir les ulcères chroniques du membre inférieur; l'étude des faits cliniques montre que, si dans la moitié des cas environ, on est en droit de penser que la dénudation artérielle a pour effet d'amener une cicatrisation rapide, partielle ou totale, des ulcères traités, il n'existe pas de preuve que cette dénudation artérielle puisse être considérée comme une opération curative de ces ulcères chroniques du membre inférieur.

IV. Devant les risques réels que font courir au malade, soit au point de vue vital, soit au point de vue local, ces opérations de névrectomie périartérielle, on est en droit de se demander s'il est vraiment prudent de pratiquer ces opérations alors que la possibilité d'une guérison est plus qu'exceptionnelle, et que la probabilité d'une cicatrisation attribuable à la dénudation artérielle semble devoir ne pas excéder la moitié des cas chez les malades opérés.

V. Puisque la dénudation artérielle agit sur la cicatrisation par une action réflexe dont le point de départ est une excitation relevant de la section des fibres sensitives, il apparaît rationnel de chercher dans des interventions dirigées contre les nerfs sensitifs du membre ce moyen de produire, sans risques opératoires importants, ces phénomènes réflexes cicatrisants.

VI. Il apparaît même, à la lumière de recherches récentes, que l'on est en droit de chercher à obtenir ces effets de vasodilatation et cicatrisants, sans pratiquer aucune intervention chirurgicale et par le seul emploi de certaines formes de l'électrothérapie et de l'actinothérapie. L. G.

Contribution à l'étude des formes larvées de la dilatation des bronches chez l'adulte. Valeur séméiologique de l'examen radiographique après injection intratrachéale de lipiodol (1), par le docteur G. GAUTHIER, ex-interne de l'hôpital Saint-Joseph (de Lyon).

A côté de la forme classique de la dilatation des bronches caractérisée par l'existence de signes cavitaires à une base, d'une expectoration purulente et fétide abondante, et par sa longue évolution, on peut décrire des formes larvées dans lesquelles la symptomatologie classique fait défaut et où le diagnostic peut présenter de sérieuses difficultés.

Ces formes larvées peuvent prendre le masque soit de la bronchite chronique avec emphysème aboutissant au bout d'un temps plus ou moins long à la dilatation du cœur droit, soit de la tuberculose pulmonaire chronique ou subaiguë.

Le diagnostic des formes larvées de la bronchectasie est souvent impossible avec les seules ressources de la clinique et l'examen radioscopique donne rarement des renseignements précis.

La radiographie après injection intratrachéale de lipiodol permet au contraire en pareil cas un diagnostic précoce, en mettant en évidence des lésions souvent considérables de l'appareil bronchique (dilatations cylindriques, localisées à une base, ectasies sacciformes plus ou moins nombreuses donnant l'aspect « en grappe de raisins », etc.).

Dans les cas où, grâce à cet examen lipiodoradiologique, on aura pu faire le diagnostic de bronchectasies, il sera nécessaire, en l'absence d'une donnée étiologique précise (par exemple séquelles d'intoxication par les gaz), de recourir au traitement spécifique qui, entrepris à temps, donne parfois des résultats incontestables. L. G.

(1) *Thèse de Paris*, novembre 1925.
(2) *Thèse de Paris.* — Le François, éditeur.

(1) *Thèse de Lyon*, 1925. — Imprimerie Bosc frères et Riou.

A TRAVERS LES CONGRÈS

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES PAR LES FERMENTS ET LES LEVURES SYMBIOTIQUES (1), par le docteur P. BARBIER.

Certaines cultures symbiotiques de ferments et de levures sont capables d'exercer à l'égard de l'organisme une action salutaire de défense, telles sont particulièrement les cultures de ferments mannitiques, de ferments phosphogènes, quand on les associe à leurs levures symbiotiques.

Ces micro-organismes agissent à la fois par leurs propriétés bactéricides et leur pouvoir diastasique remarquable.

A côté de ces propriétés générales qui leur sont communes, chaque ferment ou levure possède des propriétés spéciales (production d'acide lactique naissant par les ferments lactiques, d'acide lactique et de mannite par le ferment mannitique, de composés phospho-organiques par le ferment phosphogène, etc.).

L'association symbiotique de ces ferments avec des levures vient renforcer au maximum leurs propriétés diastasiques et bactéricides, en même temps elle assure à la culture une longévité indéfinie. Les procédés de culture R. Goupil ont mis au point ces associations symbiotiques pour les ferments les plus importants.

Ces cultures mixtes constituent des agents prophylactiques et thérapeutiques de tout premier ordre : soit, s'il s'agit du ferment mannitique, à l'égard des multiples infections à point de départ gastro-intestinal ; soit pour le ferment phosphogène à l'égard de toutes les affections qui peuvent être la conséquence d'un trouble du métabolisme phosphorique de l'organisme.

HYGIÈNE MENTALE DU SYPHILITIQUE (2), par le docteur Pierre BARBIER.

Les troubles nerveux s'observent avec une extrême fréquence chez les syphilitiques; entre la simple neurasthénie et les psychoses les plus accentuées, on peut constater les formes intermédiaires.

La simple révélation de la maladie peut provoquer un syndrome neurasthénique aigu pouvant même conduire le malade au suicide.

Les symptômes nerveux et les troubles mentaux s'observent également d'une façon aussi constante chez les enfants hérédo-syphilitiques.

Pour prévenir le choc moral initial dû à la révélation de la maladie, le clinicien devra user de la plus grande prudence et de tous les ménagements possibles, en un mot agir en psychologue.

Pour traiter les troubles nerveux consécutifs, la médication par les divers spécifiques (et principalement par les arsenicaux, l'hectine en particulier) devra être associée à un traitement psycho-thérapique destiné à faire la rééducation morale du sujet, ainsi qu'à une hygiène mentale des plus sévères.

HOPITAUX DE PARIS

Les articles 237 et 238 du règlement sur le service de Santé des hôpitaux et hospices civils de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit :

Article 237.

RÈGLEMENT DU CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTES DES HÔPITAUX.

Les épreuves de ce concours se divisent en épreuves d'admissibilité et épreuves définitives.

Le jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours d'électro-radiologiste des hôpitaux se compose de sept membres, savoir : un médecin et un chirurgien tirés au sort parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux chefs de service et honoraires et parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux exerçant leurs fonctions depuis huit années au moins à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination ; un médecin ou chirurgien des hôpitaux chef de service de curiethérapie en fonctions, désigné par le sort ; quatre électro-radiologistes des hôpitaux tirés au sort parmi les électro-radiologistes des hôpitaux en exercice ou honoraires ; l'un d'eux devra être tiré au sort parmi ceux qui se trouvent inscrits sur une liste d'électro-radiologistes des hôpitaux spécialisés en électrologie.

I. ÉPREUVES D'ADMISSIBILITÉ.

Les épreuves d'admissibilité comprennent :

1° Une épreuve sur titres.

Le jury examine les titres et travaux scientifiques, militaires et hospitaliers des candidats, après un exposé oral de quinze minutes de ces titres par chaque candidat.

Il est accordé pour cette épreuve :

Pour le titre d'interne ou d'ancien interne des hôpitaux de Paris	4 points
Pour le titre d'ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris	2 —
Pour le titre d'ancien externe des hôpitaux de Paris	1 —
(ces points n'étant pas cumulatifs et le point le plus élevé étant seul accordé).	
Pour le diplôme de radiologiste de l'Université de Paris	2 —
Pour le certificat de physique générale	2 —
Pour le certificat de physiologie	2 —
Pour l'ensemble des titres et travaux scientifiques, militaires et hospitaliers	10 —
Total :	20 —

2° Trois épreuves écrites anonymes pour chacune desquelles il est accordé une heure. Les trois compositions écrites sont rédigées dans la même séance.

Avant l'ouverture de la séance, le choix des questions à proposer est arrêté par le jury réuni au complet. Il n'est procédé au tirage au sort entre les trois questions choisies par le jury pour chacune des épreuves, qu'avant la partie de la séance consacrée à cette épreuve et en présence d'un au moins des membres du jury.

Les trois épreuves écrites portent : la première, sur une question d'électrologie et comporte nécessairement une partie d'électro-diagnostic ou d'électro-physiologie; la deuxième, sur une question de radio-diagnostic;

La troisième, sur une question de radiothérapie (rayons X, radium).

Le nombre maximum des points attribués pour chacune de ces questions est de 15, soit 45 au total.

L'anonymat est établi suivant le procédé employé par l'administration pour le concours de médecin des hôpitaux. Les compositions devront être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. *Il ne peut être employé comme brouillon que le papier fourni par l'Administration.*

A la fin de chaque épreuve, après avoir inscrit dans l'angle de la copie leur nom, sur lequel ils rabattent la partie opaque, les candidats viennent apporter leur composition au membre du jury surveillant qui pointe le nom du déposant sur une liste dressée par ordre alphabétique. Les copies sont immédiatement placées dans des enveloppes cachetées et paraphées par un membre du jury.

La lecture des copies est faite en séance publique devant le jury à tour de rôle par deux électro-radiologistes adjoints désignés par le sort. Ils ne participeront pas aux délibérations. Les copies sont numérotées dans chaque série dans l'ordre des lectures. En aucun cas, les membres du jury ne prennent en main les copies des candidats. A cet effet, les lecteurs se tiendront à leur disposition jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration. Une fois les lectures termi-

(1 et 2) Communications au Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Lyon, juillet 1926.

nées, le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles. Ces points sont inscrits en toutes lettres.

3° Une épreuve pratique comportant deux questions :

La première, sur le matériel utilisé en radiologie;

La deuxième, sur le matériel utilisé en électrologie.

L'épreuve pratique de radiologie devra permettre aux candidats de montrer qu'ils connaissent le montage, les connexions, la mise en marche des appareils et qu'ils savent éviter les dangers d'une installation défectueuse. Ils doivent expliquer ce qu'ils font et indiquer les difficultés qu'ils rencontrent soit au cours de la manipulation, soit après l'avoir terminée.

L'épreuve pratique d'électrologie devra réaliser le montage ou le démontage d'un appareil d'électrodiagnostic ou d'électrothérapie suivant le schéma donné par le jury et démontrer la manière de s'en servir en faisant passer les courants non par un sujet mais par une résistance figurative. Les candidats devront exposer ce qu'ils ont fait, pourquoi ils l'ont fait, les difficultés rencontrées et la manière de les éviter, ainsi que les précautions à prendre contre les accidents ou les incidents.

Chaque candidat disposera pour chacune des deux questions que comporte cette épreuve de trente minutes pour la manipulation et l'exposé oral qu'il pourra faire à son gré soit au cours de la manipulation, soit à la fin.

Le nombre maximum des points attribués pour chacune des deux questions est de quinze, soit trente points pour l'ensemble de l'épreuve.

A la suite de ces épreuves, sont déclarés admissibles trois candidats par place mise au concours. Toutefois, lorsque le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour l'admissibilité comporte un excédent par rapport à cette proportion, ces candidats sont tous compris sur la liste d'admissibilité.

Les candidats déclarés admissibles à la suite des épreuves d'un concours pour l'emploi d'électroradiologiste des hôpitaux, sont et demeurent définitivement qualifiés pour prendre part aux concours de chef de travaux de curiethérapie et de radiothérapie des services de curiethérapie.

Les candidats deux fois admissibles au concours d'électroradiologiste des hôpitaux, sont déclarés définitivement admissibles aux épreuves définitives de ce concours et rentreront de plein droit dans les concours ultérieurs pour les épreuves définitives.

La cote est ramenée à zéro après les épreuves d'admissibilité.

II. ÉPREUVES DÉFINITIVES

Le jugement des épreuves définitives est confié à un jury spécial constitué par un nouveau tirage au sort — dans les mêmes formes que le jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité.

Les noms des juges ayant fait partie du jury d'admissibilité seront remis dans l'urne pour le tirage au sort du jury des épreuves définitives.

Les épreuves définitives du concours d'électroradiologistes des hôpitaux comprennent :

1° Une épreuve d'interprétation de clichés radiologiques, pour laquelle il sera accordé quinze minutes à chaque candidat.

Les questions, au nombre de trois, sont rédigées et arrêtées par le jury chaque jour d'épreuve, immédiatement avant la séance; la question à traiter est désignée par le sort.

Le nombre maximum des points attribués pour cette épreuve est de quinze.

Des renseignements d'ordre clinique pourront, selon les cas, être fournis aux candidats par le jury. Ces renseignements seront arrêtés et rédigés par le jury avant l'ouverture de la séance et remis au candidat intéressé au moment du tirage au sort du bulletin portant l'indication du numéro du cliché qu'il aura interpréter.

2° Une épreuve de clinique et de pratique électroradiologique avec malades qui comportera les trois séries d'épreuves suivantes :

a. Une consultation écrite sur un malade relevant de l'électrologie en vue de laquelle chaque candidat disposera de quarante-cinq minutes pour l'examen du malade;

b. Une consultation écrite sur un malade de radiodiagnostic; il sera accordé trente minutes à chaque candidat pour l'examen du malade;

c. Une consultation écrite sur un malade de radiothérapie (rayons X et corps radioactifs); il sera accordé à chaque candidat quinze minutes pour l'examen du malade.

Pour chacune des trois séries d'épreuves, les candidats disposeront, aussitôt après l'examen du malade, de quarante-cinq minutes pour la rédaction de leur consultation.

Cette dernière sera lue immédiatement par le candidat.

Des renseignements d'ordre clinique pourront selon les cas être fournis aux candidats par le jury. Ces renseignements seront arrêtés et rédigés par le jury avant l'ouverture de la séance et remis au candidat intéressé au moment du tirage au sort du bulletin portant l'indication du numéro du malade qu'il aura à examiner.

Le nombre maximum des points attribués est de 15 par malade examiné, soit 45 pour l'ensemble de l'épreuve.

Dans le cas où, par application de l'article 215, il y a lieu de procéder à une épreuve supplémentaire, la nature de cette épreuve est déterminée par le jury.

A la suite de cette épreuve, un classement définitif est établi par le jury.

Si des candidats se trouvaient de nouveau ex æquo, les dispositions de l'article 213 seraient applicables pour leur classement.

Article 238.

CONCOURS DE CHEF DE TRAVAUX DANS LES LABORATOIRES ANNEXÉS AUX SERVICES DE CURIETHÉRAPIE

Peuvent être seuls admis à prendre part à ces concours les candidats satisfaisant aux conditions requises pour chacun de ces concours et définies par l'article 48, titre IV, du règlement sur le Service de santé.

I. CONCOURS DE CHEF DE TRAVAUX DE CURIETHÉRAPIE

A. *Epreuves d'admissibilité.* — 1° Le jury examine les titres et travaux scientifiques, militaires et hospitaliers des candidats, après un exposé oral de quinze minutes fait par chaque candidat.

Il est accordé pour cette épreuve :

Pour le titre d'interne ou d'ancien interne des hôpitaux de Paris	4 points
Pour le titre d'ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris	2
Pour le titre d'ancien externe des hôpitaux de Paris	1
(Ces points n'étant pas cumulatifs et le point le plus élevé étant seul accordé.)	
Pour le diplôme de radiologiste de l'Université de Paris	2
Pour le certificat de physique générale	2
Pour le certificat de physiologie	2
Pour l'ensemble des titres et travaux scientifiques, militaires et hospitaliers	10
Total	20 points

2° Une épreuve théorique écrite sur le radium, pour laquelle il est accordé trente minutes.

Le nombre maximum des points attribués pour cette épreuve est de 40.

Technique des prélèvements et des biopsies dans la pratique clinique, par Robert DUPONT, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-chef de clinique à la Faculté; Roger LEROUX, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de Paris; Jean DALSACE, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine. Préface du prof. G. Roussy. Un vol. de 142 pages avec 50 fig. — Prix : 12 fr., plus 20 p. 100. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2* : 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de pharmacien des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le mardi 12 octobre 1926, à 14 h., dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 h. à 17 h., depuis le lundi 13 septembre jusqu'au samedi 25 septembre 1926 inclusivement.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promu ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des travaux publics. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur V.-E.-C.-L.-G. Bourgeois, médecin consultant des chemins de fer de l'Etat.

Au grade de chevalier. — M. le docteur André-Marie Heller, médecin de la Protection mutuelle des agents de chemins de fer.

TROUPES COLONIALES. — Un concours s'ouvrira le 6 décembre 1926, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major et cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à ce concours seront nommés aides-majors de 1re classe pour compter du 31 décembre 1926 avec pour les médecins une majoration d'ancienneté d'un an dans ce grade, sans rappel de solde. Les candidats ayant accompli leurs obligations militaires, telles qu'elles sont définies par l'article 37 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée, bénéficieront, pour la détermination de leur prise de rang dans le grade d'aide-major de 2e classe, sans rappel de solde, d'un temps égal à la durée des services effectifs qu'ils auront accompli comme médecin ou pharmacien auxiliaire ou comme médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe (art. 39 de la loi du 1er avril 1923).

Les renseignements relatifs à l'admission aux emplois susvisés ont été insérés au *Journal officiel* sous forme d'arrêté (*Journal officiel* des 26 et 27 avril 1926) et d'instruction (*Journal officiel* du 25 juillet 1924).

Une notice relative à l'organisation et au fonctionnement du Corps de santé des troupes coloniales sera adressée aux candidats qui en feront la demande au ministre de la Guerre (8e direction, 3e bureau).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale propédeutique (hôpital de la Charité). — Cours de révision d'une semaine (25 au 30 octobre 1926) sur les *acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Pruvost, Tinel, Weissenbach, agrégés, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1926 du 25 au 30 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Programme du cours. — I. Chaque matin dans un hôpital différent, de 9 h. 1/2 à 11 h. : Exercices pratiques au lit des malades ; de 11 h. à 12 h. : Démonstration pratique.

Lundi 25 : C. Lian, hôpital Tenon. Mardi 26 : Aubertin, hôpital Saint-Louis. Mercredi 27 : professeur Sergent, hôpital de la Charité. Jeudi 28 : Fernet, hôpital Saint-Louis, service du docteur Lortat-Jacob. Vendredi 29 : Gaston Durand, hôpital de la Pitié, service du docteur Enriquez. Samedi 30 : Debré, hôpital des Enfants-Malades.

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité, de 3 h. à 4 h. : Démonstration pratique : Service du laboratoire du professeur Sergent : de 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et de 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques, amphithéâtre de la clinique.

Le professeur Sergent fera la leçon de clôture.

Lundi 25. — 3 h. à 4 h. : H. Durand (tuberculose) ; —

4 h. 1/4 à 5 h. 1/4. : Lian (cœur, vaisseaux); — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Pruvost (appareil respiratoire).

Mardi 26. — 3 h. à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : Tinel (neurologie); — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Chabrol (foie, nutrition).

Mercredi 27. — 3 h. à 4 h. : Lian; — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : Faroy : (estomac); — 5 h. 1/2 à 6 h. : Abrami (pathologie générale); — 6 h. à 6 h. 1/2 : Harvier (endocrinologie); —

Jeudi 28. — 3 h. à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 : Fernet (dermatologie, syphiligraphie); — 5 h. 1/2 à 6 h. : Gaston Durand (intestin); — 6 h. à 6 h. 1/2 : Aubertin (sang).

Vendredi 29. — 3 h. à 4 h. : Weissenbach (médecine générale); — 4 h. 1/4 à 5 1/4 : Debré (hygiène); — 5 h. 1/2 à 6 h. : Duvoir (médecine légale); — 6 h. à 6. 1/2 : Lian (reins),

Samedi 30. — 3 h. à 4 h. et 4 h. 1/3 à 5 h. 1/4 , Blechmann (pédiatrie); — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : professeur Sergent.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin, de 9 h. 1/2 à midi ; l'après-midi de 3 h. à 4 h.), les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 200 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 h. à 17 h.

Les Conférences cliniques (4 h. 1/3 à 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2), sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Henri-P. Chatellier, P. Winter, N. Carréga, chefs de clinique, commencera le lundi 27 septembre 1926, à 2 heures, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 250 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

MATERNITÉ DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Les docteurs Devraigne, chef de service, et Paul Guéniot, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, feront, à l'hôpital Lariboisière, du 15 au 30 septembre 1926, un cours sur la pratique et les actualités obstétricales.

Droit d'inscription : 150 francs.

S'inscrire dans le service le matin de 10 h. à midi.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude des radionécroses tardives (1), par le docteur Albert LACHAPELE.

L'auteur a étudié les « radionécroses tardives pures, c'est-à-dire évoluant sans association avec un processus néoplasique ».

Après un historique de la question concernant les téguments et les parties molles, l'intestin, les os et le larynx, l'auteur rapporte 26 observations concernant les accidents des parties molles, peau exceptée (11 cas), les os et cartilages (15 cas).

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur étudie la clinique de cette affection, à savoir : les états préradionécrotiques en insistant surtout sur la valeur de l'œdème induré chronique; sur les caractères cliniques de ces lésions tardives à début brusque, plus ou moins tardif (trois à vingt-sept mois après l'irradiation), spontané ou provoqué, sur leurs caractères propres, tant au niveau des parties molles que des os et des cartilages; sur l'évolution toujours longue et qui, presque toujours fatale au niveau du larynx, ne va jamais sans mutilations plus ou moins étendues.

Au point de vue étiologique, l'auteur appelle l'attention sur le rôle des conditions de technique en insistant sur le « rôle néfaste des rayons secondaires » et étudie les causes prédisposantes, tant locales que générales (par exemple l'hypertension) et déterminantes (notamment le rôle des interventions chirurgicales et de l'infection).

Pour l'auteur, le mécanisme de ces accidents pourrait être dû à une accumulation des doses au niveau de tissus à renouvellement lent ou nul créant ainsi une prédisposition à l'affection susceptible de se déclancher plus ou moins tardivement à la faveur d'une cause occasionnelle.

Le diagnostic de ces lésions peut nécessiter la biopsie.

Leur traitement long, souvent peu efficace, essentiellement de désinfection, justifiera parfois des mesures de prophylaxie sévères (résections osseuses ou cartilagineuses préradiothérapiques).

MOREL-KAHN.

(1) *Th. de Paris*, 1926; N. Maloine.

Le diéthyl-isopropyl-allylbarbiturate de diéthylamine dans les états psychopathiques et névropathiques (1), par M. DODARD DES LOGES.

L'auteur a étudié l'action de ce barbiturique à la clinique de M. le professeur Cestan et il apporte une contribution importante à l'étude de cet hypnotique. Déjà en 1924, MM. Cestan et Riser avaient indiqué l'action neurotope du somnifène. Depuis M. Laborde, élève de ces mêmes cliniciens, avait noté (*thèse de Toulouse*, 1925) les excellentes anesthésies que, joint à la morphine, le somnifène permet d'obtenir chez le chien d'expérience. Plus récemment M. Riser a donné (*Prat. méd. franç.*, 1925, p. 505) le résultat de l'application quotidienne (plus de 3 000 cas) de ce médicament en neuro-psychiatrie par voies buccale, intramusculaire et endo-veineuse. De même M. le professeur Rimbaud, à Montpellier, MM. les professeurs Cestan et Sorel, à Toulouse, ont publié les excellents effets du somnifène dans l'état de mal épileptique et M. Ramond en a obtenu, à l'hôpital Laënnec, des résultats très nets dans le traitement du delirium tremens (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1926, 14 mai). M. Dodard des Loges rappelle les travaux si intéressants de MM. Anglade, Crouzon, Laignel-Lavastine, Claude, Levet, Marie, Quercy, Robin, les thèses Pavlovitch (de Paris), Rone (Lyon), Boisnière (Bordeaux), Trampol (Nancy), etc., sur les multiples utilisations, en pratique neuro-psychiatrique, de ce barbiturate de diéthylamine, si facile à administrer, si maniable, et si utile également au médecin praticien, sous forme de gouttes. L'auteur rapporte de nombreuses observations personnelles très intéressantes et il conclut que, par voie buccale, le somnifène est employé avec succès d'une façon courante dans toutes les formes d'insomnie; par voie intramusculaire, il donne en médecine mentale des résultats très importants dans la thérapeutique systématique des accès d'agitation prolongée; par voie endo-veineuse, il est, par excellence le sédatif héroïque de l'agitation et il est un adjuvant précieux dans la vie journalière des asiles et dans les transports d'aliénés. Enfin les cliniciens qui ont une très grande habitude de ce produit n'hésitent pas à le considérer, avec les physiologistes et les pharmacologues, comme pratiquement dépourvu de toxicité (Redonnet, Cestan, Ramond, Riser, Petit, etc.), à condition de ne pas exagérer les doses, à condition aussi de surveiller le bon fonctionnement des principaux appareils de l'organisme et de s'abstenir de cette médication, surtout à doses massives élevées, chez les vieillards et les artério-scléreux.

(1) *Thèse de Toulouse*, 1925-6, grand in-8, 148 pages.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE LÉGALE = HYGIÈNE = THÉRAPEUTIQUE

Par MM. les docteurs COURTOIS-SUFFIT et Fr. BOURGEOIS

MÉDECINE LÉGALE

Intoxications.

Un cas de mort consécutif à l'absorption de stéarate de zinc. (Karl SCHLAEFER. *Amer. Journ. of dis. of child.*, avril 1926.) — Une boîte de stéarate de zinc s'étant ouverte accidentellement auprès d'un jeune enfant de sept mois, une certaine quantité de cette poudre a été projetée sur son visage. Très rapidement est apparue de la cyanose, puis de la dyspnée avec prostration. Mort trente-quatre heures après l'accident malgré tous les traitements employés. A l'autopsie, lésions de broncho-pneumonie et d'œdème pulmonaire.

L'auteur a pu relever une cinquantaine d'accidents de ce genre, mais heureusement ils se sont presque toujours terminés par la guérison, puisque ce cas est seulement le quatrième cas mortel. Chez les malades qui ont guéri, on a, en général, observé des signes de broncho-pneumonie.

Les empoisonnements par la lessive. (J. PAULINY-TOTH. *Brat. Lekarske Listy*, janv. 1926.) — L'auteur attire l'attention sur la fréquence de ces empoisonnements dans son pays (Tchéco-Slovaquie) chez les femmes. Ils sont toujours graves (13 p. 100 de cas mortels) et surviennent dans des intentions de suicide. Lorsque les individus ne meurent pas, il se produit des lésions de l'œsophage avec sténoses qui entraînent par la suite des troubles graves de l'état général et de la nutrition.

En raison de la fréquence de ce mode de suicide en Tchéco-Slovaquie, l'auteur propose la réglementation de la vente de la lessive et son remplacement par des produits aussi actifs, mais non toxiques.

Toxicologie de l'hydrogène sulfuré. (Howard W. HAGGARD. *Journ. of indust. hygiene*, 1925, n° 3.) — L'hydrogène sulfuré est un gaz toxique très irritant qui manifeste son action nocive sur les yeux et les poumons. Dans les cas d'absorption massive, la mort est fatale par paralysie du centre respiratoire. Dans bien des cas moins violents, on observe de l'œdème aigu du poumon et souvent encore une issue fatale dans bien des cas.

Dans les usines à hydrogène sulfuré, il faut protéger les ouvriers avec des masques et des lunettes et installer une aération et une ventilation énergiques. La respiration est gênée, en effet, dès que la concentration en gaz toxique atteint 0,2 p. 100.

Nouveaux cas d'intoxication par le plomb d'origine hydrique. (BOURDINIÈRE et BAUJARD. *Soc. scient. de Bretagne*, 1926, t. III, f. 2.) — Ces auteurs ont observé de nouveaux cas dans les régions de Vitré et de Saint-Malo à la suite d'ingestion d'eau ayant séjourné dans des conduites en plomb. Il s'agit vraisemblablement de conduites neuves contenant de l'eau pauvre en calcaires car on sait qu'à Paris où les conduites de plomb sont presque uniquement employées on n'observe jamais d'accidents en raison de la couche calcaire isolante qui se forme sur les parois internes du tuyau. Quoi qu'il en soit, les auteurs renouvellent les conseils suivants utiles à rappeler aux habitants.

Plus fréquente qu'on le croit, l'intoxication saturnine d'origine hydrique passe très souvent inaperçue parce que son début est insidieux et son évolution lente. Elle apparaît surtout après la consommation d'eau ayant séjourné dans des canalisations de plomb neuves. Il faut, chaque fois que cela est possible, utiliser des canalisations en fonte.

Dans tous les cas, la vidange des canalisations en plomb récemment mises en service doit être une règle absolue.

Les intoxications par la teinture des chaussures. (LAMALLE. *Liége méd.*, 1925, n° 27.) — Les teintures pour chaussures sont toutes à base d'aniline et on observe des intoxications aiguës par ingestion involontaire de ces teintures, et surtout des accidents chroniques chez les personnes qui portent ces chaussures et aussi chez les ouvriers occupés à les teindre. L'auteur rappelle les symptômes bien connus de l'intoxication par l'aniline.

Plus intéressantes sont les indications qu'il donne pour le traitement de ces accidents : Les ouvriers devraient, dit-il, porter devant la bouche un masque contenant un linge imbibé d'une solution alcaline faible. Dans les cas d'intoxications aiguës, faire vomir aussitôt que possible le malade, combattre le refroidissement par des frictions, faire respirer des vapeurs ammoniacales et de l'oxygène et surtout donner de l'acétate d'ammoniaque, du café, de l'alcool à petites doses répétées.

On peut avoir à lutter contre l'intoxication sanguine en pratiquant une saignée. Il faut également lutter contre la torpeur du malade par les toniques, les frictions, cet état de sommeil aggravant ensuite les symptômes.

Gardénalisme subaigu. (A. LEROY. *Liége méd.*, 1926, n° 14.) — Il est fréquent d'observer chez les épileptiques soumis au traitement par le gardénal des troubles dus à l'intoxication subaiguë de l'organisme par le médicament.

Au début du traitement on note souvent des maux de tête qui disparaissent en général par accoutumance au médicament après quelques jours.

A un degré de plus on note quelquefois de la torpeur, de l'engourdissement psychique, puis des vertiges, un état d'ébriété qui empêche le malade de se tenir debout.

Certains malades particulièrement sensibles peuvent être pris, dès l'ingestion des premières doses, de nausées et de vomissements. D'autres ont des troubles de la miction, en particulier de la pollakiurie.

Tous ces signes dénotent en somme une intoxication peu profonde de l'organisme et cèdent très rapidement dès qu'on a supprimé le gardénal.

Plus graves sont les lésions cutanées; elles dénotent une intoxication plus profonde et de ce fait n'apparaissent guère que quelques semaines après le début du traitement. Elles sont polymorphes, prurigineuses et souvent fébriles. Ces éruptions commencent en général par la face et sont suivies d'une desquamation. Ils ne cessent pas toujours très rapidement après la suppression du médicament.

Si l'on ne modifie pas la thérapeutique en temps utile, on peut même observer des cas mortels.

Naturellement, dans toutes ces éventualités, il faut faire la part de ce qui revient à l'épilepsie et au médicament, en particulier dans les cas graves avec raideurs et troubles nerveux et encéphaliques.

L'empoisonnement industriel par l'hydrogène arsénié. (I. GUELMAN. *Journ. of indust. hyg.*, 1925, n° 1.) — Il existe deux variétés d'hydrogène arsénié : l'un gazeux, qui est inco-

lore, qui brûle avec une odeur qui rappelle l'ail et qui est très toxique; l'autre, qui est solide et qui se forme quand le premier se décompose dans une cloche sur une cuve à eau.

L'auteur a pu observer 12 cas d'intoxication par ce produit. Un seul avait présenté une intoxication aiguë immédiate. Chez les 11 autres, les signes pathologiques ne sont apparus que quelques heures après le travail.

L'hydrogène arsénié agit, au point de vue toxicologique, comme un poison hémolytique. Il est fréquent d'observer, une dizaine de jours après le début des accidents, des signes de polynévrite; cette affection guérissant, du reste, elle-même en une dizaine de jours.

Un cas de gangrène pulmonaire consécutive à la manipulation des gadoues. (Rival (de Saint-Servan). *Soc. scient. de Bretagne*, 1926, t. II.) — L'auteur, à l'occasion d'une observation de gangrène pulmonaire consécutive à la manipulation de gadoues, conclut de la façon suivante :

Les cultivateurs doivent se méfier un peu plus des gadoues qu'ils manipulent, car elles sont farcies de microbes meurtriers. Les médecins font souvent des besognes aussi sales, mais en général ils savent mieux se protéger en prenant des mesures d'hygiène.

Un masque léger imbibé de solution antiseptique ne pourrait-il pas les mettre à l'abri du danger?

Par ailleurs, il faut rigoureusement interdire les longs déplacements de ces gadoues.

Accidents du travail.

Statistique des accidents du travail en Belgique. (*Progrès méd.*, 1926, n° 27.) — Il a été déclaré, en Belgique, pendant l'année 1921, 135.262 accidents du travail.

Sur ce nombre, 66.264 ont occasionné une incapacité de moins de huit jours, soit 48,99 p. 100 du total des accidents.

Le total des frais médicaux et pharmaceutiques a été de 43.274.343 fr. 38, et, dans ce chiffre, les accidents légers signalés ci-dessus y sont représentés par 1.406.104 fr. 69, soit seulement 3,25 p. 100 de la charge totale.

Les accidents plus graves se répartissent ainsi qu'il suit :

Incapacité temporaire seulement	65.589, soit	95,06 p. 100
Incapacité permanente	3.005, soit	4,56 p. 100
Mort	404, soit	0,58 p. 100

Brûlures de l'œil par boue de baryte. (M. Gérard. *Soc. de méd. du Nord*, avril 1926.) — Cet accident devient de plus en plus fréquent, dit l'auteur, chez les ouvriers qui manient la baryte dans les sucreries du Nord en particulier.

Les lésions de la cornée et de la conjonctive sont toujours graves en raison de l'action double de la chaleur et de la causticité du produit. Il y aurait lieu, d'une part de protéger les yeux des ouvriers avec des lunettes et de rechercher également le traitement à opposer à l'action chimique de la baryte sur la muqueuse oculaire.

Cancer de l'estomac et accidents du travail. (M. Brohee. *Revue de méd. et de chir. des accidents du travail et des mal. prof.*, Bruxelles, janv. 1926.) — La loi belge des accidents du travail diffère un peu de la loi française en ce sens qu'elle n'exige pas que le traumatisme soit la cause unique de la cancérisation. Et la Jurisprudence admet l'application de la loi lorsque le cancer apparaît dans un délai qui va d'un mois à trois ans après un accident. Elle l'admet également dans le cas où un traumatisme a aggravé un cancer et a provoqué ainsi la mort dans un délai plus court que normalement. Elle engage partiellement la responsabilité de l'assureur lorsque le traumatisme a seulement un peu aggravé le cancer. Au contraire, cette responsabilité sera nulle si l'accident n'a fait que révéler un cancer préexistant.

L'auteur rapporte des observations de cancer de l'estomac qui, d'après lui, sont la conséquence de traumatismes fermés ressentis précédemment. Il insiste sur la nécessité de toujours fournir des certificats extrêmement complets et précis lors des accidents afin de faciliter ensuite l'enquête et le rattachement ou non au traumatisme des lésions ultérieurement constatées.

Maladies professionnelles.

L'application en France, en 1924, de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles. (*Bull. du ministère du Travail et de l'Hygiène*, 1925, t. XXXII.) — Le nombre des cas de saturnisme déclarés en 1923 a été de 1.025 contre 797 en 1922. Cette augmentation des cas n'est pas due à l'augmentation des risques professionnels, mais à la propagande faite autour de la loi qui est mieux connue des ayants droit.

Ce sont les émailleurs de métaux qui semblent le plus atteints, 278 cas, puis les fabricants d'accumulateurs (249), les fabriques de céruse et de minium (150), les fonderies de métaux (58), et enfin les entreprises de fonderie et laminage de plomb (54).

Dans l'ensemble, il n'y a eu que 9 décès. Dans 744 cas, il s'agissait de coliques saturnines simples, dans 33 de coliques avec anémie. Dans 941 déclarations ce sont des hommes qui sont atteints. Dans 84 seulement des femmes.

Par contre, l'hydrargyrisme est relativement rare. En 1923 il n'a été déclaré que 5 cas dont 3 dans le sécrétage des peaux, 1 dans une couperie de poils et 1 dans une fabrique de thermomètres à mercure.

Aucun décès. Au point de vue de la répartition par sexes, il y avait 3 hommes et 2 femmes.

Un nouvel accident professionnel des manipulateurs de corps radio-actifs : la nécrose des maxillaires. (A. Lacassagne. *Paris méd.*, 1926, n° 6.) — Les corps radio-actifs en question sont utilisés dans l'industrie pour rendre visibles la nuit, par « phosphorescence » divers objets tels que les aiguilles de montre, de pendules, de certains compteurs d'autos, etc. Ce sont en général des femmes qui les emploient au pinceau pour les étendre sur ces objets. Le mélange consiste en général en du sulfure de zinc auquel on incorpore un peu de radium ou de mésothorium et de vernis.

L'affection rappelle dans ses signes cliniques et dans sa gravité la nécrose phosphorée. Il semble bien que la cause en est l'habitude fâcheuse des ouvrières d'affiner la pointe du pinceau entre leurs lèvres. Si l'on tient compte en effet qu'une ouvrière peint dans sa journée 250 à 300 cadrans de montre et qu'elle porte en moyenne une quinzaine de fois le pinceau à sa bouche ce qui paraît être un minimum, elle absorbe 40 microgrammes environ de substances radio-actives chaque jour dont une partie est retenue sur les gencives et entre les dents. Au bout d'un certain temps elle produit fatalement une nécrose à laquelle vient s'ajouter une infection associée toujours grave.

Sur 12 cas relevés par l'auteur, il y a eu 4 décès. Une telle gravité de l'affection impose des mesures de protection efficaces.

Les dermatoses professionnelles. (M. Winkler. *Schweiz. méd. Woch.*, 1925, n°s 14 et 15.) — Ce long travail dont l'analyse est quasi impossible en raison de la quantité de documents qu'il contient est pourtant d'un intérêt capital au point de vue hygiénique et médico-légal.

L'auteur expose en effet, avec importante bibliographie à l'appui l'état actuel des questions suivantes : maladies infectieuses professionnelles (syphilis, morve, charbon, mycoses, trychophyties équines, tuberculoses cutanées, etc.); les callosités professionnelles (callosités interdigitales des trayeurs de vaches, des éleveurs de porcs, leucoplasie jugale des souffleurs de verres, etc.) ; les toxicodermies d'origine interne (arsenic, benzine et benzol, plomb, acide phénique, chlore, oxyde de carbone, mercure) ; les dermatoses des travailleurs de l'alimentation : eczémas des boulangers, urticaires des batteurs de grains, mal des confiseurs, ulcères chroniques des ouvriers de salaisons; les éruptions provoquées par la sensibilisation aux fleurs et aux bois les plus variés et enfin les toxidermies provoquées par des applications externes de toxiques : teintures de cheveux, fourrures teintes, cuirs artificiels, allumettes, vernis, leucoplaste, etc.

Une autre partie de ce travail est consacrée aux accidents spéciaux à certaines professions : médecins et dentistes manipulant du sublimé, de l'acide phénique, du lysol, du lusoforme, etc., relieurs, colleurs imprimeurs, cimentiers, tanneurs, maçons, doreurs, chapeliers, etc.

A signaler une étude spéciale du cancer du goudron et du

cancer des ramoneurs, des brûlures provoquées par des produits chimiques en fusion, par le radium, les accidents de décompression dans les caissons, etc.

Pour chacune de ces catégories l'auteur indique la thérapeutique la mieux appropriée.

Les maladies professionnelles de l'oreille, de la gorge et du nez. (E. N. MALIOUTINE. *Journal Russe des mal. de l'oreille, du nez et de la gorge*, 1925, nos 5 et 6.) — Dans ce travail, l'auteur passe en revue les maladies des organes des sens qu'on observe le plus souvent dans l'industrie, en particulier dans les industries textiles, dans le travail de la porcelaine, de la céramique, chez les mineurs, les employés de chemins de fer, les téléphonistes. Il montre la nécessité d'examiner tout particulièrement les employés avant leur admission et la nécessité d'éliminer ou de traiter ceux qui sont atteints d'affections capables de s'aggraver au contact des agents nuisibles extérieurs. Par ailleurs, il insiste sur les mesures d'hygiène à prendre au point de vue de l'absorption des poussières et des vapeurs toujours à l'origine de ces accidents, sur l'amortissement des bruits, au besoin en plaçant du coton dans les oreilles.

Il conclut à la nécessité d'enseigner, en oto-laryngologie, les maladies professionnelles et d'étudier scientifiquement l'action nocive des diverses industries.

Intoxication saturnine dans l'industrie de la fabrication des accumulateurs. (HÉRIN DE BALZAC, AGANE-LAFONT et FEIL. *Bulletin méd.*, 12 sept., 1925.) — Les ouvriers qui effectuent ce travail présentent un pourcentage très élevé de stigmates et d'accidents saturnins. Les ouvriers algériens et marocains sont particulièrement touchés, probablement parce qu'ils ne se rendent pas un compte suffisant de la nécessité d'appliquer les règles de prophylaxie. Les tartineurs-empateurs et les malaxeurs sont les plus gravement atteints.

A signaler au point de vue hématologique, l'existence de globules rouges nucléés (normoblastes) dans le sang de ces malades.

Les risques d'intoxications professionnelles dans l'industrie de la plomberie. (HEIM, AGASSE-LAFONT et FEIL. *Progrès médical*, 2 mai 1925.) — Le travail de la plomberie expose les ouvriers à deux intoxications.

D'une part, intoxication par le gaz d'éclairage avec ses manifestations chroniques ou aiguës atteignant en particulier les ouvriers travaillant aux canalisations et conduites de gaz.

D'autre part, l'intoxication saturnine avec ses caractères habituels. Elle est du reste moins fréquente et moins grave que l'intoxication par le gaz.

HYGIÈNE

La tuberculose pulmonaire et l'industristrialisation et leurs rapports avec les autres maladies infectieuses. (EDGARD, L. COLLIS. *Journ. of State med.*, 1925 n° 4.) — D'après les statistiques réunies par l'auteur, en Angleterre, il n'est pas douteux que l'industrialisation a une influence sur le développement de la tuberculose. Les poussières, en particulier, jouent un rôle tout à fait nocif et diminuent la résistance de l'organisme. A ce titre, il convient de faire une place à part aux *silicates*, qui ainsi qu'on le savait déjà sont particulièrement pernicieux pour le tissu pulmonaire, mais qui, en outre semblent avoir une action toxique générale qui se manifeste par une insuffisance rénale avec, à l'autopsie, un petit rein contracté.

La mauvaise alimentation dans ces centres industriels, les logis surpeuplés, le travail dans les locaux insuffisamment salubres, l'alcoolisme surtout, ne font pas seulement le lit de la tuberculose; les maladies infectieuses trouvent en effet un terrain tout préparé pour leur développement et les mêmes statistiques montrent ici aussi l'influence de l'industrialisation sur leur apparition et leur diffusion dans les milieux ouvriers.

Poussières et tuberculose. (LANGE. *Zeit. f. hyg. und inf.*, Bd. CVI, Heft I.) — Cet auteur reprenant toutes les expériences maintes fois entreprises sur cette question a montré que tout crachat provenant d'un tuberculeux ouvert, même si ce crachat est de quantité infime, se dépose sous forme de gouttelettes sur le sol, sur les linges, les vêtements, qu'il sèche rapidement et est dispersé sous forme de poussières avec la plus extrême facilité. Tel est le fait bien connu, contrôlé par l'auteur.

Par contre, Lange ajoute cette notion plus nouvelle: On a longtemps cru que le bacille tuberculeux ainsi répandu et desséché perdait de sa vitalité et de sa virulence. Or il n'en est rien et les bacilles qui sont diffusés à l'état de poussières ne sont pas du tout en état de moindre virulence, même après dix-huit jours de dessiccation ainsi que l'auteur a pu le vérifier expérimentalement. De même, en utilisant les poussières par brossage de vêtements contaminés ou encore provenant de parquets, il a pu infecter un quart des cobayes qui ont respiré ces poussières. L'auteur a pu ainsi provoquer l'apparition de lésions tuberculeuses locales : buccales, conjonctivales, nasales et il pense que dans bien des cas de tuberculose infantile c'est un mécanisme analogue qui intervient. Quoi qu'il en soit, pour que cette contagion soit possible il ne faut pas que la quantité de bacilles soit assez considérable mais qu'il existe surtout des lésions des muqueuses exposées à l'infection.

Le développement du bacille typhoïdique dans les huîtres. (JORDAN. *Journ. of. Amer. assoc.*, 1925, n° 19 et TANNEY et G. WHITE, même journal, même numéro.) — Jordan a repris la question du développement typhique dans les huîtres, mais contrairement à la technique précédemment employée, qui consistait à déposer des bacilles typhiques dans les huîtres, il a placé des huîtres saines pendant une heure dans de l'eau de mer infectée. Ses expériences n'ont fait que confirmer les notions précédemment acquises.

Tanney et White se sont posé une autre question sur ce même sujet : Les huîtres infectées se stérilisent-elles lorsqu'on les place dans des parcs de réserve, c'est-à-dire quand on les stabule. Pour résoudre cette importante question, les auteurs ont mis des huîtres dans de l'eau stérilisée salée additionnée de cultures de bacille typhique. Ils les ont placées ensuite à l'étuve à 37 ou à la glacière. Après dix-sept à vingt-deux jours, ils ont prélevé aseptiquement le liquide intérieur et ont vu que, jusqu'au trente-deuxième jour, le bacille existait dans l'huître et qu'il existait encore sur la coquille au soixantième jour. La conclusion pratique de ce travail est que la stabulation ne permet pas à l'huître de se désinfecter si le milieu n'est pas renouvelé. Or les auteurs ne se sont placés que dans des conditions artificielles de laboratoire et non dans les conditions mêmes qui sont réalisées dans les établissements qui traitent les huîtres par la stabulation avant de les livrer à la consommation. Ceci réduit donc considérablement la valeur pratique de leurs expériences.

THÉRAPEUTIQUE

I. MÉDICAMENTS ET MÉDICATIONS.

Ail.

La teinture d'ail dans les hypertensions artérielles. (Ch. MATTEI et DIAS-CAVARONI. *Revue méd. de France et des Colonies*, mai 1920.) — Encore une déception thérapeutique. La teinture d'ail, qui était à un moment l'espoir de la thérapeutique de l'hypertension, n'aurait en fait qu'une action très relative.

Les auteurs donnent les résultats de leur expérimentation qui sont les suivants : en solution au 1/10e, à la dose de xv gouttes matin et soir, la teinture d'ail n'a paru agir que très faiblement et très irrégulièrement sur la pression des hypertendus. Elle n'a jamais influencé la minima, mais seulement légèrement la maxima. Jamais cette diminution de la maxima, même dans les cas les plus favorables, n'a dépassé 2 centimètres en étendue et quelques heures en durée. Bien plus, l'augmentation des doses et leur emploi prolongé ont a pu provoquer la réascension de la pression artérielle.

Voici donc encore un hypotenseur voué à l'oubli?

Cf. — Action comparative de l'ail et du soufre. (VINCENT. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 sept. 1925.)

Cibalgine.

La cibalgine, médicament remplaçant la morphine. (AUEN. *Münch. med. Woch.*, 1 janv. 1926.) — Il s'agit d'une

combinaison de dial et de pyramidon, livrée au commerce sous forme de comprimés ou de gouttes. Chaque comprimé contient 20 centigrammes du mélange; chaque dose de xx gouttes renferme 20 centigrammes également.

Ce médicament est indiqué en comprimés dans les insomnies. Il peut être employé en injection hypodermique, associé à 5 milligrammes de morphine pour calmer les douleurs très intenses. Sa toxicité étant moindre, on obtient des résultats satisfaisants avec une quantité infime de morphine. Pour Auen, il n'y aurait pas d'accoutumance.

Iode.

Teinture d'iode chloroformique. (GIMBERT, MALUNG et PORROT. *Journ. de pharm. et de chimie*, 1924, n° 1, p. 7.) — Les auteurs proposent la formule suivante :

Iode......................	1 gramme
Chloroforme............ .	75 grammes

Cette teinture est stable à partir de o degré et au-dessus. Cette solution n'a pas, sur les tissus l'action nécrosante de la teinture d'iode ordinaire. Déjà en 1906 Chassevant en avait vanté les mérites.

Lobéline.

Les dangers de la lobéline. (M. GUNS, *Revue méd. de Louvain*, juin 1926.) — Depuis quelques mois la lobéline est à l'ordre du jour et on l'a prônée comme médicament d'urgence dans les crises agoniques. On exploite l'action excitante de ce produit sur le centre respiratoire. Or ainsi que l'a montré Guns, cette action varie sensiblement suivant la cause qui a entraîné l'accident asphyxique.

Dans les intoxications par la morphine et l'héroïne, l'injection de lobéline donne des résultats admirables. La même injection au cours d'une narcose chloroformique donne des désastres. Mêmes résultats avec la narcose par l'éther. Dans les deux cas l'injection de lobéline, si la narcose est profonde et c'est dans cette éventualité qu'on a proposé de l'utiliser, supprime brusquement le dernier souffle de vie.

Mercurochrome.

Les thérapeutes anglais emploient fréquemment comme antiseptique le mercurochrome. Ce produit est en effet actif et peu toxique. Il pénètre dans les tissus sans provoquer d'irritation notable et il se conserve facilement et longtemps, à la condition d'être protégé contre la lumière.

TOD (*Lancet*, 14 nov. 1925) a exposé le résultat de ses recherches cliniques et expérimentales sur le mercurochrome.

En général, le mercurochrome s'est montré au moins aussi actif que le sublimé. Il est moins toxique et ne précipite pas les albuminoïdes.

On l'emploie surtout dans les infections des voies urinaires, en lavages vésicaux. On peut également l'employer dans certaines colites ulcéreuses et dans les infections généralisées.

DUDGEON, dans la *Lancet* du 23 janvier 1926 étudie plus particulièrement cette action du mercurochrome dans les infections aiguës.

Cet auteur a employé le mercurochrome et le sublimé en injection intraveineuses dans les infections staphylococciques, streptococciques et colibacillaires. Les résultats ont été favorables lorsque le traitement a été précoce.

Il a injecté le mercurochrome dans les septicémies, à la dose de 10 centimètres cubes d'une solution à 1/200 diluée dans du sérum. On peut répéter cette dose pendant deux ou trois jours, mais il ne faut pas la dépasser. En général, on n'observe pas de signes d'intoxication mercurielle alors qu'ils sont la règle avec les injections de sublimé.

Les réactions qui peuvent résulter de l'injection intraveineuse sont facilement combattues avec l'aspirine et les boissons chaudes.

Mais le mercurochrome s'est montré moins actif que le sublimé dans les formes graves et ne donne de résultats que dans 80 p. 100 des cas environ.

Novasurol.

Le novasurol et quelques autres diurétiques dans le traitement de l'œdème cardiaque. (G. G. LAMBIE. *British med. Journ.*, 16 janv. 1926.)

Sur l'emploi du novasurol. (A. DAVID. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 27 juin 1926.)

Le mercure a été utilisé depuis longtemps comme diurétique, surtout associé à la digitale. Le novasurol est, pratiquement une combinaison de véronal avec un sel complexe de mercure, qui contient 34 p. 100 de mercure. Ce sel avait été créé comme antisyphilitique. Dans cette thérapeutique, il n'a pas donné de résultats supérieurs aux autres traitements, mais incidemment on s'est aperçu de ses propriétés diurétiques.

En pratique, le novasurol se présente sous forme d'une solution à 10 p. 100 en ampoules de 1 centimètre cube ou 2 centimètres cubes. On l'emploie en injections intramusculaires à la dose de 1 à 2 centimètres cubes. Les injections sont peu douloureuses.

La diurèse débute en général trois à quatre heures après l'injection et elle atteint son maximum entre la huitième et la douzième heure pour disparaître après un jour. L'examen des urines montre que l'eau et les chlorures sont éliminés en grande quantité, ce qui n'est pas le cas de l'urée. Le novasurol paraît, en somme, abaisser le seuil rénal pour les chlorures.

De son expérimentation clinique avec ce médicament, A. David conclut de la manière suivante :

1° Chez les cardiaques infiltrés, le novasurol se montre particulièrement actif et donne des résultats là ou d'autres diurétiques ont échoué;

2° Il produit une diurèse rapide, abondante, mais passagère, ses effets cessant de se faire sentir peu de temps après la suspension de son emploi;

3° L'effondrement des œdèmes que le novasurol provoque, suffit cependant dans bien des cas pour faciliter l'action consécutive des diurétiques ordinaires et pour réactiver en quelque sorte les toni-cardiaques (la digitale en particulier) par le soulagement préalable du cœur;

4° Le novasurol ne se montre pas nocif pour le rein aux doses indiquées. Il y aurait évidemment des réserves à faire en cas de néphrite confirmée. Il paraît d'ailleurs prudent de tâter la susceptibilité individuelle au mercure, en commençant par une injection de 1 centimètre cube.

La pyrole et son action diurétique. (H. BUSQUET. *Presse méd.*, 6 janv. 1926.) — On extrait de cette plante un extrait qui est couramment prescrit en Angleterre. C'est un liquide brunâtre, inodore et de saveur non désagréable, caustique en injections sous-cutanées. Peu toxique, du reste, qui, expérimenté chez l'animal, paraît avoir une action diurétique remarquable par action directe sur l'épithélium rénal car la circulation, tant locale que générale, n'est pas modifiée.

On peut l'utiliser chez l'homme et obtenir les mêmes résultats en utilisant un extrait dilué dans de l'eau. Sous cette forme et par ingestion, ce produit n'est pas irritant. L'action diurétique se manifeste un quart d'heure après l'ingestion et dure environ quarante-huit heures. Cette action est bien plus marquée chez le malade que chez l'individu bien portant. L'auteur, ayant donné xv à xx gouttes de cet extrait de pyrole dans un peu d'eau deux fois par jour avant les repas chez des malades atteints de néphrite, de cardiopathie, de cirrhose, a remarqué que la quantité d'urines éliminée avait rapidement doublé et même triplé.

La pyrole peut donc avec juste raison être ajoutée au groupe des médicaments diurétiques dont nous disposons. Par ailleurs, elle n'est pas toxique aux doses indiquées et n'a pas d'effets secondaires nuisibles.

II. LES TRAITEMENTS

Chorée.

H. L. DWIER (*Southern med. Journ.*, fév. 1926) a passé en revue 62 de ses observations de chorée et a groupé les résultats obtenus par les divers traitements.

L'emploi d'une solution de sulfate de magnésium à 25/100 injectée dans les muscles a donné dans de nombreux cas des résultats très favorables.

Dans certaines formes légères mais prolongées, il a utilisé avec succès un vaccin antityphoïdique.

L'autohémothérapie ne lui a donné que très peu de résultats

intéressants. Il en a été de même de l'emploi du sérum de cheval et même d'un sérum spécial.

Quant au salicylate de soude, il n'est indiqué que dans les formes rhumatismales.

Le chloral et les bromures sont indiqués dans les formes graves.

Dysenterie.

Sur un vaccin préventif de la dysenterie et des infections intestinales estivales simultanément. (ZLATOGOROFF. *Revue franco-russe de méd. et biol.*, mai 1925.) — L'auteur a employé le procédé de Besredka et a procédé à des essais de vaccination en utilisant ses stocks vaccins per os. Il s'est servi d'un vaccin polyvalent contenant des bacilles de Shiga, Flexner, Hiss, du colibacille et du protéus. La dose journalière est de 100 milliards de germes, trois jours de suite, en liquide ou en tablettes.

Sur 112 individus ainsi vaccinés, aucun n'est tombé malade tandis que sur 32 non vaccinés, 6 ont présenté des signes de dysenterie.

Hémoptysies.

L'héroïne dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses. (A. NARIO. *Ann. de la Facul. de med. Montevideo*, juillet 1925.) — En cas d'hémoptysie, l'auteur injecte immédiatement 1 centimètre cube d'héroïne à 1/2 p. 100. Il conseille au malade de s'abstenir autant que possible de tout effort de toux et cherche à le persuader qu'au bout de quelques minutes, l'hémoptysie sera vaincue. Le malade reste en position inclinée toute la journée. Alimentation discrète à base d'œufs, de lait froid de potages tièdes. Aération de la chambre.

Ce traitement diffère bien peu du traitement classique français qui consiste à faire une injection de morphine et à laisser le malade au repos.

Hoquet.

Le hoquet incoercible et son traitement. (BUSSINELLO. *Il Morgagni*, 20 juin 1926.) — L'auteur après avoir essayé la plupart des traitements classiques du hoquet a eu recours à l'iodure de potassium déjà préconisé par Gause.

Il a utilisé une solution à 5 p. 100 dont il donne x gouttes, trois fois par jour dans une cuillère à soupe de liquide. Très rapidement « presque par enchantement, dit l'auteur » le hoquet a disparu et le malade a pu reprendre ses occupations deux jours après.

Chez quatre autres malades atteints de hoquet, Bussinello a également obtenu des résultats excellents.

Lithiase biliaire.

Traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive. (A. JOBIN. *Bull. méd. de Québec*, mars 1926.) — L'auteur a fait prendre chaque jour à une malade âgée de soixante-treize ans et atteinte de calculs des doses élevées d'huile d'olive : le premier jour 500 grammes, puis, pendant six jours, chaque matin, plus de 100 grammes. Dès le troisième jour, la malade expulsa de nombreux calculs biliaires et les douleurs disparurent. L'huile d'olive est donc un puissant cholagogue, dit l'auteur, qui agit par la glycérine qui est un de ses produits de dédoublement. En ce faisant, Jobin signale qu'il a employé avec plein succès la « méthode américaine ». Nous croyons devoir rappeler ici que cette « méthode américaine » est couramment employée en France depuis de longues années et qu'elle était déjà préconisée, il y a plus de trente ans par Chauffard en particulier.

Prurit sénile.

Traitement du prurit sénile par le silicate de soude. (SCHEFFER, A. SARTORY et P. PELISSIER, *Progrès méd.*, 1926, n° 8.) — Rien n'est plus rebelle bien souvent à toutes les thérapeutiques que le prurit sénile. Ceci explique la nécessité à laquelle on se trouve quelquefois réduit d'employer contre cette affection des moyens thérapeutiques exceptionnels.

A ce titre les auteurs reprenant les travaux de Luithen, de Vienne, injectent dans cette éventualité, tous les deux ou trois jours, par voie intraveineuse, 0,01 à 0,02 centigrammes de silicate de soude. Leurs résultats ont confirmé ceux de Luithen. Chez neuf malades ainsi traités, qui n'étaient ni diabétiques ni azotémiques, les démangeaisons se sont arrêtées dès la deuxième injection et ont complètement disparu à la huitième chez quatre malades ; dans deux cas, il a été nécessaire de pratiquer dix à douze injections. Dans les autres cas, le prurit a été atténué, mais il a persisté après la douzième injection.

Les auteurs complètent le traitement par des applications locales d'une solution de silicate de soude et d'hydrate de chloral au centième et même donnent le sel par la bouche.

Tuberculose.

Poudre sternutatoire contre la toux émétisante des tuberculeux. (GARIN, ROUSSET et IMBERT. *Soc. des sciences méd. de Lyon*, 27 janv. 1926.) — Les auteurs ont obtenu de bons effets avec l'emploi de la formule suivante :

Poudre de racines d'azarum.........	20 grammes
— de fleur de muguet..........	5 grammes
— de racines d'ellébore vert....	2 grammes
— de racines de violette......	50 grammes
Essence de bergamotte.............	xv gouttes

Les malades prisent cette poudre au moment des quintes qui surviennent après les repas. L'efficacité de cette méthode serait supérieure à toutes les autres et n'aurait aucun inconvénient.

Fièvre typhoïde.

Cinq années de sérothérapie de la fièvre typhoïde. Influence du sérum sur l'évolution de la maladie. Statistique. (RODET. *Journ. de méd. de Lyon*, 5 nov. 1925.) — L'étude de plus de 1.500 observations de typhiques traités par le sérum de Rodet montre l'influence non douteuse de cette thérapeutique sur l'évolution générale de la maladie. La température baisse rapidement. L'état général est amélioré encore plus vite, en quelques jours. Il semble bien que, dans les cas qui résistent au sérum, il existe une infection associée qui entrave son action. La mortalité semble également diminuée très notablement dans les formes pures.

La sérothérapie de la fièvre typhoïde est donc un moyen thérapeutique efficace et inoffensif. L'auteur le trouve même supérieur à la balnéation en raison de la facilité de son emploi.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique chirurgicale. Tome III. *Abdomen et organes génito-urinaires* (1), par P. LECÈNE, professeur à la Faculté de médecine de Paris et R. LERICHE, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

La conception, de cet ouvrage est entièrement nouvelle.

« Nous pensons, disent les auteurs, qu'il existe des « principes » de thérapeutique, c'est-à-dire des règles de conduite pratique, basées sur l'expérience, d'une application générale dans un groupe de cas particuliers dont il importe de mettre en évidence la signification et la valeur. C'est ce que nous avons surtout tenté en écrivant ces pages. »

La thérapeutique chirurgicale comprend trois parties essentielles :

1° Les indications du traitement chirurgical ;
2° La réalisation de ces indications ;
3° Les résultats que donne l'acte chirurgical exécuté.

Les auteurs passent rapidement sur la technique chirurgicale proprement dite qui, faite de détails multiples, n'intéresse guère que le chirurgien de carrière et ne saurait s'apprendre entièrement dans les livres, et se contentent d'exposer les idées générales qui guident le chirurgien dans l'exécution

(1) Un vol. in-8 de 646 pages. — Prix : broché, 50 fr. ; relié toile, fers spéciaux, 60 fr. — Paris, Masson et Cie.
— Sous presse, pour paraître en avril 1926 :
Tome I. *Généralités. Membres.*
Tome II *Tête. Bouche. Cou. Thorax. Glande mammaire. Rachis. Bassin. Nez. Oreilles. Larynx.* Avec la collaboration de F. LEMAITRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

d'une opération, le but précis qu'il se propose et les procédés variés qu'il peut employer pour le réaliser.

Au contraire les discussions et les indications, actes essentiels et « d'ordre purement intellectuel » ainsi que les résultats sont étudiés avec développement.

Les opinions indiquées dans ce traité sont celles des auteurs; on y retrouvera et l'expérience collective, qui se dégage de la lecture des livres et des mémoires spéciaux et surtout leur vaste expérience personnelle.

Le chirurgien de carrière voudra s'appuyer sur l'autorité des deux éminents chirurgiens pour les grandes directives de traitement.

Le médecin trouvera enfin un ouvrage non surchargé de détails de technique et dont les indications précises lui permettront de savoir dans quelle mesure et à quel moment il doit faire appel à la chirurgie, et ce qu'il peut en attendre.

L. G.

La diurèse. *Une nouvelle méthode d'exploration* (1), par R. Porak, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Pendant son long séjour en Orient, M. Porak a pu étudier dans des condition particulièrement favorables une méthode d'étude de la diurèse dont il nous fait part aujourn'hui. Après l'exposé de sa méthode il étudie la diurèse dans deux conditions simples : la diurèse provoquée par boisson de thé et la diurèse sous l'influence du bain au cours de l'après-midi.

Dans les chapitres suivants l'auteur suit les modifications du débit urinaire sous l'influence des repas et de la marche.

Il montre ensuite que les conditions de la diurèse varient aux différentes heures de la journée, cette étude conduit à une nouvelle physiologie du sommeil.

L. G.

(1) Un volume in-16 de 248 pages, avec 76 graphiques dans le texte. Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Notions d'oto-rhino-laryngologie à l'usage des praticiens (1), par le docteur Georges Liébault.

Ces quinze conférences sont destinées à être beaucoup lues. Elles passent en effet en revue un certain nombre de syndromes ou d'affections sur lesquels il est indispensable que les praticiens aient le conseil d'un spécialiste autorisé, et lui permettant de diriger dès le début une thérapeutique efficace.

Dans chacune de ces leçons le médecin trouvera à glaner avec profit.

Si la condamnation prononcée contre l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle pour le curettage des adénoïdes est peut-être susceptible d'un appel ; la critique judicieuse du badigeonnage systématique à l'aveugle des amygdales était nécessaire. L'auteur rend service à tous en la formulant.

Les leçons sur les troubles paresthésiques de la gorge et sur le malmenage vocal, sont pleines d'un esprit d'observation et de notation qui leur donne le charme des récits vécus.

La pathologie nasale, les principaux diagnostics courants de l'atologie sont successivement envisagés.

Ce livre d'une lecture agréable laisse bien l'impression de clarté et de simplicité que l'auteur a voulue. Ce sont donc bien des notions pratiques.

Les notions d'oto-rhino-laryngologie seront souvent feuilletées par les praticiens qui savent y trouver rapidement avec le conseil utile, une thérapeutique inspirée par un spécialiste éclairé.

L. G.

(1) In-8 240 pages. — Paris, G. Doin et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

ÉPANCHEMENTS SANGUINS TRAUMATIQUES INTRA-CRANIENS

Parmi les complications mécaniques précoces des traumatismes craniens, les épanchements sanguins occupent la première place, tant par l'intérêt de leur diagnostic précoce que par l'importance d'un traitement chirurgical d'urgence qui, dans certains cas, peut seul sauver le malade.

ÉTIOLOGIE

Ils peuvent compliquer *tous les traumatismes craniens* et s'observent :

Chez l'adulte. — Surtout à la suite de :

1° *Fractures ouvertes de la voûte*;
2° *Fractures fermées* souvent irradiées à la base;
3° Voire même *simple contusion* sans fracture.

Chez le nouveau-né. — A la suite de *traumatismes obstétricaux.*

CLASSIFICATION

Suivant le *siège* anatomique de l'épanchement l'on en distingue **deux variétés.**

L'hématome extradural. — Se manifestant cliniquement par des symptômes de *compression.*
Nécessitant une *trépanation d'urgence.*
C'est la forme chirurgicale.

L'hémorragie sous-durale. — Se traduisant surtout par des signes d'*irritation méningée.*
Diagnostiquable et guérissable par la *ponction lombaire.*

Les formes mixtes, à la fois extra et sous-durale, ne sont pas rares en pratique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. ÉPANCHEMENT EXTRADURAL. — 1° **Le vaisseau lésé** est :

a. Exceptionnement un *vaisseau de la paroi*, veines du diploe, carotide interne, jugulaire interne.
b. Rarement les *sinus veineux*, longitudinal ou latéral.
c. Généralement (80 p. 100) l'*artère méningée moyenne.*

Elle peut être :
a. Piquée ou perforée par esquille;
b. Déchirée par fracture fissuraire irradiée de la voûte à la base;
c. Exceptionnellement, lésée sans fracture.

La lésion porte :
a. Rarement sur le *tronc*, la dure-mère adhérente à l'os se déchire mais ne se décolle pas;
b. En règle *sur les branches*, et plus particulièrement sur la *branche antérieure.*

2° **L'épanchement.** — **Siège.** — DANS LA ZONE DÉCOLLABLE DE GÉRARD MARCHAND. — Limitée :

En avant : petites ailes du sphénoïde;
En arrière : à 2 ou 3 centimètres du pressoir d'Hérophile;
En haut : à 2 centimètres de la ligne médiane;
En bas : au bord supérieur du sinus latéral.

Le décollement dure-mérien :
a. N'est possible que *chez l'adulte.* Chez l'enfant, le vieillard, la dure-mère adhère fortement à l'os, le décollement est exceptionnel.
b. Il est *amorcé par le traumatisme* et se continue secondairement *sous l'influence de la pression artérielle.*
c. Il occupe rarement *toute la zone*, généralement il est *partiel.*

Krönlein décrit trois types :

Fronto-pariétal,
Pariéto-temporal,
Pariéto-occipital.

Caractère. — A l'intervention l'on trouve sous la voûte un caillot sanguin

En galette, en « calotte »,
Cohérent,
Très adhérent à la dure-mère,

dont il faudra souvent le détacher à la curette mousse.

Evolution. — *Aucune tendance à la résorption*,
Pourrait s'infecter dans les fractures ouvertes de la voûte.

II. ÉPANCHEMENT SOUS-DURAL. — 1° **Le vaisseau lésé :**

a. Exceptionnellement, artère méningée moyenne ou les sinus;
b. Rarement, les vaisseaux cérébraux;
c. Généralement, *les veines de la pie-mère* :
Soit par choc direct du côté du traumatisme;
Soit du côté opposé par contre-coup.

2° **L'épanchement.** — **Siège.** — Dans l'*espace sous-arachnoïdien.* Parfois dans la cavité arachnoïdienne lorsque l'arachnoïde est déchirée. Il est :
a. Généralement *diffus* et *abondant.*
b. Parfois *circonscrit.*
Hématomes sous-duraux qui peuvent être :
Péribulbaire, donc grave;
Interhémisphérique dans les blessures du sinus longitudinal;
De la convexité, surtout dans la région rolandique.

Caractère. — A l'intervention, la dure-mère apparaît *tendue, immobile, noirâtre, ne battant plus.*

Evolution. — La diffusion par *reprise de l'hémorragie* n'est pas rare.
La résorption spontanée est possible, mais il persiste souvent des *séquelles* :

Pachyméningite,
Adhérences cérébro-méningées.

Gros facteur d'*épilepsie traumatique.*

III. ÉPANCHEMENTS MIXTES. — Sont :
a. Tantôt *en bissac, en bouton de chemise* par déchirure de la dure-mère.
b. Tantôt *double*, par lésion simultanée de l'artère méningée moyenne, des vaisseaux pie-mériens, avec intégrité de la dure-mère.

Il faut encore insister sur **les lésions cérébrales associées.**

Commotion.
Contusion cérébrale s'accompagnant souvent d'*œdème cérébral traumatique.*
Foyers hémorragiques intracérébraux.

CLINIQUE

I. ÉPANCHEMENT EXTRADURAL. — Essentiellement caractérisé par :
Un intervalle lucide. — Soit évident.
Soit plus ou moins masqué par les symptômes concomitants de contusion auxquels succèdent :
Des signes de compression cérébrale progressivement croissants.

Dans les cas typiques. — 1° **Début.** — Un sujet à la suite d'un trauma céphalique :

PERD CONNAISSANCE. — Cette perte de connaissance peut être :
a. Courte. — Quelques instants, et le sujet vient à pied se faire panser à l'hôpital.
b. Plus prolongée. — Le malade est amené d'urgence dans le *coma.*
Un examen complet s'impose pour rechercher :
Une plaie de la voûte;
Une otorragie, un épistaxis, témoin d'une fracture irradiée à la base.
Les cavités naturelles désinfectées, les plaies superficielles traitées, il faut encore *surveiller d'heure en heure le malade.*

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Le VIN GIRARD



IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

est le véritable

SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME

chez les Enfants et les Adultes

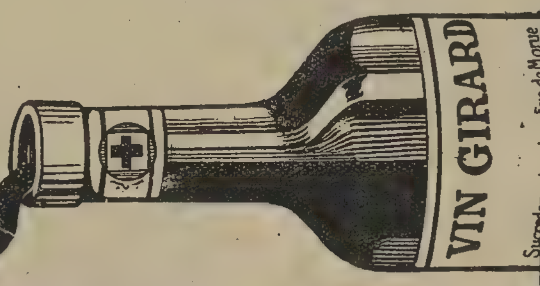
Le **VIN GIRARD**, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le **VIN GIRARD** est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.

Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.

LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE

UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS





SIROP GIRARD

Même Composition

S'ordonne plus spécialement
en Médecine infantile

VIN GIRARD

48, Rue d'Alésia, PARIS

R. C., 32.028, Seine.

N° 73. — SAMEDI 11 SEPT. 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 11 SEPT. 1926. — N° 73.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Un concours public s'ouvrira le jeudi 25 novembre 1926 pour la nomination d'internes en pharmacie.

La date de la clôture du registre d'inscription a été irrévocablement fixée au samedi 13 novembre 1926, à 11 h. du matin.

Pour toutes autres conditions d'admission au concours, s'adresser à l'Administration centrale des Hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, bureau du personnel.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Le 3 novembre 1926 s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison Départementale de Nanterre et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, du 1er décembre 1926 au 30 novembre 1927 à des places d'interne provisoire.

Le nombre des places d'interne titulaire mises au concours est actuellement fixé à cinq. Il s'augmentera du nombre des vacances qui pourront se produire dans cet emploi à partir du jour du présent arrêté jusqu'au jour du concours.

Il en sera donné connaissance aux candidats par le président du jury avant les épreuves.

Les candidats ayant à accomplir le service militaire devront en faire la déclaration au moment de leur inscription. S'ils sont admis aux places d'interne titulaire, la date de leur entrée en fonctions sera reportée au 1er décembre qui suivra leur libération.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (Service du personnel). Il sera clos le 15 octobre 1926, à 16 h.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Emerit (de Saint-Jean-d'Angély), Laborie (de Peyrillac), Aules (de Saillans), Poueydebat (d'Aramits), Dewevre (de Petite-Synthe), Lacroix (de Sainte-Aulaye).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — Centre régional de lutte anticancéreuse Paul Strauss. — *Cours de perfectionnement sur le cancer* (1), sous le haut patronage de M. Paul Strauss, sénateur, ancien ministre de l'hygiène, organisé par le docteur Gunsett, chargé de cours à la Faculté de Médecine, directeur du centre anticancéreux de Strasbourg, avec la collaboration de : MM. Borrel et Canuyt, professeurs à la Faculté de médecine de Strasbourg, De Coulon, chef de laboratoire du centre anticancéreux romand à Lausanne; Mme S. Laborde, chef du service de radio et curiethérapie du centre anticancéreux pour la banlieue de Paris (dir. professeur Roussy) à Villejuif; Leriche, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Mallet, chef du service de radiothérapie du centre anticancéreux de l'hôpital Tenon (dir. professeur Proust, à Paris; Masson, professeur à la Faculté de

(1) Le programme de la *séance publique de clôture* du cours de perfectionnement sur le cancer organisé par la Faculté de Médecine et le centre anticancéreux de Strasbourg a été modifié.

Vu leur grand nombre les communications seront réparties sur deux jours en quatre séances qui auront lieu le vendredi 5 novembre et le samedi 6 novembre 1926. On trouvera le programme plus loin.

Quant au cours de perfectionnement sur le cancer lui-même il comportera, outre les conférences théoriques faites par MM. les professeurs de la Faculté de Médecine de Strasbourg, les travaux pratiques suivants :

1° Consultation et examen des malades. Discussion du plan de leur traitement.

2° Exercices pratiques de manipulation des appareils à rayons X et de rœntgenthérapie sur le malade.

3° Exercices pratiques d'ionométrie.

4° Exercices pratiques de spectrographie des rayons X.

5° Fabrication des appareils moulés par application de radium.

6° Exercices pratiques de calcul des doses en curiethérapie.

7° Microionométrie.

médecine de Strasbourg; De Nabias, chef de service au centre anticancéreux de l'hôpital Tenon à Paris; Neumann et Coryn, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Bruxelles; Pautrier, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Roussy, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Schickelé et Stolz, professeurs à la Faculté de médecine de Strasbourg; Weil, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg; Vlès, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Cet enseignement aura lieu du lundi 18 octobre au samedi 6 novembre 1926 et comportera :

1° Des exercices pratiques au centre anticancéreux, tous les jours de 9 h. à midi et de 3 à 5 h. sous la direction du docteur Gunsett; — *a.* Rœntgenthérapie profonde avec manipulation des appareillages; — *b.* Curiethérapie (appareils moulés, radiumponcture, etc.). — Les élèves auront également libre accès aux services de radiodiagnostic et de physiothérapie (diathermie, ultraviolet, infrarouge, etc.) qui se trouvent dans un bâtiment contigu.

2° Des cours théoriques au centre anticancéreux à partir du 18 octobre. Les bases biologiques de la radiothérapie des cancers; — Les bases physiques de la rœntgenthérapie des cancers; — Les bases physiques de la curiethérapie des cancers; — Les accidents causés par les rayons X et le radium ; — Indication et technique d'application de rœntgenthérapie et de curiethérapie dans les différents cancers.

3° Des cours théoriques dans les cliniques et instituts de la Faculté de médecine.

Samedi 23 octobre. — M. Borrel : Le problème du cancer.

Du lundi 25 au jeudi 28 octobre. — M. Canuyt : *a.* Tumeurs des fosses nasales et des sinus ; — *b.* Tumeurs du pharynx ; — *c.* Tumeurs du larynx ; — *d.* Tumeurs de l'œsophage.

Vendredi 29 octobre. — M. Leriche : Traitement des ostéosarcomes.

Samedi 30 octobre. — M. Masson : Histodiagnostic du cancer. Biopsie.

Lundi 1er novembre. — M. Pautrier : Les tumeurs de la peau.

Mardi 2 novembre. — M. Schickelé : Les cancers de l'utérus, les cancers des autres organes génitaux.

Mercredi 3 novembre. — M. Stolz : Tumeurs de l'estomac, des intestins et du rectum.

Jeudi 4 novembre. — M. Weil : Tumeurs de l'œil.

Vendredi 5 novembre. — M. Mallet : Les applications de l'ionomicrométrie à la pratique de la curiethérapie des cancers.

M. De Nabias : L'index karyokinésique et son application à la technique de la curiethérapie des cancers.

Séances publiques de clôture (à la clinique médicale A de la Faculté) sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène.

Vendredi 5 novembre. — 9 h., M. Bremer (de Bruxelles) : Le traitement des tumeurs cérébrales par la radiothérapie; — M. Proust (de Paris) : Les unités ionomicrométriques; — M. Belot (de Paris) : L'ionomètre de Dauvilliers; — M. Sluys (de Bruxelles) : Chambre ionométrique exploratrice à pression variable; — M. Gunsett (de Strasbourg) : La curiethérapie des cancers cutanés; — MM. Canuyt et Gunsett (de Strasbourg) : Un cas de sarcome de la narine; — MM. Canuyt et Gunsett : Les cancers de l'amygdale.

17 h., M. Mallet (de Paris) : Les applications de l'ionomicrométrie à la pratique de la curiethérapie des cancers; — M. de Nabias (de Paris) : L'index karyokinésique et son application à la technique de la curiethérapie des cancers.

Samedi 6 novembre. — 9 h., MM. Neumann et Coryn (de Bruxelles) : Le traitement des cancers du rectum; — M. Proust : Le traitement des cancers du rectum; — MM. Ferroux et Bruzau (de Paris) : Principes et dispositifs de la curiethérapie extérieure à distance; — M. Sluys : Un appareil de gammathérapie à foyers multiples orientables; — Mme S. Laborde (de Paris) : Technique et résultats du traitement des cancers du col de l'utérus; — M. Bérard (de Lyon) : Quel doit être actuellement le traitement du cancer du sein?

15 h., M. Dustin (de Bruxelles) : Etude comparative entre l'action des radiations et l'action des poisons caryoclasiques (avec démonstrations); — M. Roussy (de Paris) : Le mécanisme de l'action des radiations sur le cancer; — MM. Vlès et de Coulon (de Strasbourg et Lausanne) : Les caractéristiques physico-chimiques de l'organisme normal et de l'organisme cancéreux.

S'inscrire auprès du docteur Gunsett, directeur du Centre anticancéreux, hôpital civil à Strasbourg. Un droit d'inscription de 250 fr. sera versé au secrétariat de la Faculté de médecine.

Un certificat sera donné aux auditeurs à la fin du cours.

Le nombre des auditeurs est limité.

LIVRES NOUVEAUX

Les applications thérapeutiques de l'acide acétyl-ortho-crésotinique (crésopirine) (1), par MM. G. Carrière et E. Gérard.

Dans ce travail, MM. G. Carrière et E. Gérard complètent leur communication à la Société de thérapeutique sur l'action thérapeutique de l'acide acétyl-ortho-crésotinique, dénommé usuellement crésopirine, mot qui rappelle sa constitution.

Il s'agit d'un médicament scientifiquement étudié, tant au point de vue chimique que clinique et qui offre les moyens de faire de réels progrès dans le traitement du rhumatisme articulaire et dans le traitement de la douleur sous ses diverses formes. En effet, la crésopirine est très peu toxique : elle s'élimine très rapidement par les urines et ne s'accumule jamais dans l'économie; elle ne donne pas lieu à des phénomènes d'accoutumance. Dans le rhumatisme articulaire aigu, elle abaisse la température plus vite et mieux que le salicylate et l'aspirine. Elle ne provoque aucun phénomène d'intolérance, ce qui est un grand avantage sur le salicylate de soude, qu'elle doit remplacer complètement. Elle ne fatigue ni le cœur, ni les reins.

Contre les douleurs du rhumatisme articulaire chronique vis-à-vis desquelles on est si souvent désarmé, elle exerce une action en quelque sorte élective, car elle les calme très vite et cela avec une faible dose de médicament.

La sciatique, les douleurs dues à des compressions vertébrales, sont justiciables d'elle ainsi que les névralgies d'ordres divers. Même les douleurs fulgurantes et les douleurs gastriques dues au tabes sont amendées par son emploi.

Les douleurs thoraciques éprouvées par certains tuberculeux et se manifestant sous forme de placards douloureux ou sous celle de névralgies intercostales sont de suite atténuées avec 0,50 à 1 gramme de crésopirine pris le soir en se couchant. Dans la grippe, elle présente les mêmes effets que l'aspirine, mais elle a sur elle le grand avantage de ne pas fatiguer le rein et de ne pas fatiguer l'estomac.

Enfin, par le groupe « méthyl » de sa formule, la crésopirine possède une action hypnotique qui, si elle n'est pas fortement accusée, suffit pour donner de bonnes nuits à celui dont elle fait disparaître les douleurs.

L. G.

RENSEIGNEMENTS

Docteur cherche confrère à la campagne, pouvant prendre en pension neurasthénique et la soigner. — Ecrire au Journal.

(1) Une brochure in-8. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.



REVUE GÉNÉRALE

LES ANGINES DE POITRINE [1]

Par R. LIÈGE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Anatomie pathologique. — Il ne faut pas penser trouver à la base de l'angine de poitrine une lésion fixe unique toujours identique à elle-même.

Nombreuses sont les lésions cardiaques qui ont été signalées. A côté des lésions de surcharge ou de dégénérescence graisseuse du cœur, de la symphyse péricardique, de la névrite du plexus cardiaque signalée par Lancereaux, il y a place pour des lésions plus fréquemment rencontrées. L'aortite sus-sigmoïdienne, les altérations plus ou moins oblitérantes des coronaires à leurs orifices ou sur leur trajet, l'infarctus du myocarde, les dilatations cardiaques avec néphrite chronique sont les lésions le plus couramment trouvées à l'autopsie.

Dans les vingt observations du syndrome angineux avec autopsie rapportés par M. Gallavardin, on note huit cas dans lesquels la syphilis avait été reconnue cliniquement, et où les lésions trouvées de nature nettement syphilitique siégeaient au niveau de l'aorte et des coronaires. Dans les autres cas on trouve des lésions athéromateuses de l'aorte ou des coronaires, des lésions de néphrite chronique avec gros cœur, des infarctus du myocarde.

Pathogénie. — On ne compte pas moins de quatre-vingts théories pour expliquer les conditions de production des crises d'angor et cependant on reste dans le domaine de l'hypothèse, dans le « marécage de l'interprétation »!

Nous nous arrêterons seulement aux plus intéressantes.

1° Théorie de la coronarite. — C'est la plus ancienne en date. Elle fut soutenue par Jenner en 1783, défendue à nouveau par Potain qui considère l'angor d'effort comme une *claudication intermittente* du cœur, par Huchard pour qui il n'existe qu'une angine de poitrine vraie, l'angine coronarienne. Cette théorie attribue à l'obstruction des artères coronaires la cause de l'angine de poitrine.

2° Théorie de l'aortalgie et de la distension cardiaque. — Normalement une distension brusque par un effort de la première portion de l'aorte aboutit à une excitation des filets nerveux dépresseurs, de sorte que; par la vasodilatation splanchnique qui en résulte l'équilibre se rétablit, et le travail du cœur se trouve diminué.

Mais, si l'aorte a perdu de son élasticité elle ne peut se distendre; les plexus nerveux qui l'environnent seront excités et répondront en provoquant une douleur qui cesse avec l'effort cause de la distension.

Pour Merklen l'angine de poitrine est l'expression d'un trouble fonctionnel du cœur, trouble qui peut être dû à l'une ou l'autre des multiples causes qui provoquent l'affaiblissement du muscle cardiaque, que ce soit la coronarite ou la myocardite.

Pour Vaquez l'angine de poitrine d'effort relève de la dilatation aortique; l'angine du décubitus de la dilatation ventriculaire gauche.

3° Théories myocardiques. — Pour Mackenzie, l'angor traduit l'épuisement du myocarde. C'est un symptôme de défaillance cardiaque survenant soit à la suite d'une mauvaise irrigation coronarienne ou pour toute autre raison. C'est la perte de la possibilité d'une réponse à l'effort.

Pour Danielopolu, l'angine de poitrine est l'expression du déséquilibre qui se produit entre le travail musculaire et l'irrigation sanguine de l'organe. Une coronarite, une aortite sussigmoïdienne ou quelqu'autre cause déterminent une irrigation insuffisante du myocarde au moment de l'effort; il s'intoxique, se fatigue et cette intoxication se manifeste sous la forme d'une crise angineuse. C'est qu'en effet durant la contraction musculaire, il se forme certains produits de désintégration dont normalement le muscle se débarrasse pendant la période de relâchement; si cette dernière phase est trop courte pour permettre l'élimination complète des produits toxiques, le muscle s'intoxique et cette intoxication se traduit par la sensation subjective de la fatigue.

4° Théorie de Gallavardin. — Sans nier la possibilité de la distension cardio-aortique dans la pathogénie de certains syndromes angineux, admettant la réalité d'angines de poitrines sans lésions des coronaires il conserve néanmoins une large place à la théorie coronarienne. A l'influence des lésions sténosantes réglant le débit coronaire s'ajoutent des facteurs spasmogènes. Ceux-ci sont nombreux, varient selon les malades, et on en trouve une preuve dans la merveilleuse efficacité des médicaments vaso-dilatateurs au moment des crises.

Aucune de ces théories n'est pleinement satisfaisante.

La théorie myocardique n'explique que la mode d'action de l'ischémie coronarienne.

D'autre part, si la dilatation cardiaque ou aortique doit être rendue responsable du syndrome angineux, comment se fait-il que nombre de malades dont le cœur est dilaté, dont le muscle cardiaque est épuisé meurent sans jamais avoir présenté de crises d'angor?

Par ailleurs la proportion de malades porteurs d'aortite avec dilatation cylindroïde ou anévrismale présentant des crises angineuses est infime. On objectera que la distension n'est pas la dilatation.

La dilatation est banale et ne produit pas l'angor. La distension est plus rare et capable de déchaîner les crises douloureuses.

La distension serait une sorte de lutte entre une tonicité encore conservée et l'effort brusque qui tend à la vaincre.

Mais, la dilatation ne s'installe pas d'emblée, ne passe-t-elle pas par une phase de distension?

Quant à la théorie de l'origine coronarienne elle n'explique pas les cas d'angor où aucune lésion des artères coronaires n'a été constatée à l'autopsie.

Par ailleurs A. Clerc et N. Deschamps étudiant la pathologie de l'oblitération coronarienne et ses bases anatomo-physiologiques concluent de leurs expériences que l'origine coronarienne ne peut être supposée que dans les cas où l'arythmie, le collapsus, la fibrillation ventriculaire semblent bien traduire crampe douloureuse y comprise la claudication intermittente de l'organe, mais non dans ceux où les battements conservent une immuable régularité, où les contractions restent relativement efficaces et les complexus électriques inaltérés.

En réalité il ne faut pas être trop exclusif et vou-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 71, p. 1145.

loir trouver dans l'une de ces théories l'explication d'un syndrome qui peut relever de causes très différentes. C'est pourquoi M. Laubry considère que les conditions pathogéniques de l'angor pectoris sont les suivantes :

a. Hyperexcitabilité des centres nerveux; *constitutionnelle*, tenant au tempérament même du sujet, à son émotivité, au degré souvent excessif de sa vagotonie ou de sa symphaticotonie; *acquise* due à des émotions successives, à des intoxications, à des atteintes infectieuses graves.

b. Hyperexcitation du plexus cardiaque relevant de causes très variables.

De même, M. Lian considère que l'angine de poitrine est l'expression de la *souffrance* du *plexus cardiaque* : cette souffrance du plexus cardiaque relève de trois mécanismes principaux.

a. Perturbation cardiaque ou aortique (distension), ce mécanisme s'appliquant aux angors d'origine cardiaque ou cardio-artérielle.

b. Hyperexcitabilité algique du plexus cardiaque. — La souffrance du plexus cardiaque n'est plus sous la dépendance d'une distension pathologique cardio-aortique, mais exprime l'hyperexcitabilité du plexus cardiaque. C'est ainsi que s'expliqueraient les angors d'origine nerveuse, lorsque l'hyperexcitabilité serait un des symptômes des états névropathiques pouvant se compliquer d'accès angineux. Elle aurait une origine réflexe dans les angors d'origine digestive, et serait due à l'imprégnation toxique du plexus dans les angors toxiques à moins que l'intoxication ne soit intervenue comme cause d'insuffisance cardiaque. Dans tous les cas l'hyperexcitabilité du plexus cardiaque pourrait être déclenchée par une distension cardio-aortique physiologique accompagnant l'effort, l'émotion la digestion, le décubitus.

c. *Association de la distension cardio-aortique et de l'hyperexcitabilité algique du plexus cardiaque.* — Cette théorie rend assez bien compte de la parenté des faits cliniques; les uns graves (anciennes angines vraies) des autres bénins (anciennes fausses angines) et cadre bien avec la conception de l'angine comme un vaste syndrome.

Mécanisme de la crise d'angine de poitrine. — **1° Théorie du réflexe viscéro-sensitif.** — Elle est soutenue par Mackenzie. Les différents troubles observés dans l'angine de poitrine proviennent d'une excitation des fibres sensitives du cœur ou de l'aorte. Cette excitation se manifeste d'une part par des réflexes sympathiques, d'autre part, par des réflexes transmis par les fibres centripètes à travers les rameaux communicants vers le système cérébro-spinal et qui constituent les douleurs transmises.

2° Théorie sympathique. — Elle est soutenue par Leriche et Fontane qui estiment que le rôle accordé au réflexe viscéro-sensitif de Mackenzie est excessif et que la crise d'angor reconnaît un *mécanisme purement sympathique*.

La crise d'angor est déclenchée par l'irritation des terminaisons sensitives intra-cardiaques ou intra-aortiques; la sensibilité cardio-aortique emprunte trois voies ainsi que l'a montré François Franck.

a. Groupe du cordon sympathique avec fibres à effets presseurs ou dépresseurs.

b. Nerf vertébral avec filets presseurs, nerfs cardio-accélérateurs, et fibres sensitives.

c. Groupe dorsal supérieur qui chemine par les rameaux communicants C^8 à D^4.

Ainsi s'expliquent les différents symptômes observés au cours de l'angine de poitrine; les fibres sensitives disséminées dans tout le plexus cardiaque et dans le sympathique cervical se mettent en contact avec des fibres centrifuges de signification physiologique différente, dont les unes conduisent les sensations douloureuses, tandis que les autres sont cardio-accélératrices ou modératrices, d'autres encore ayant des effets presseurs ou dépresseurs. Ces fibres centrifuges sont situées dans le sympathique cervical à des hauteurs différentes.

Nous verrons quelles conclusions ces auteurs en ont tiré au point de vue chirurgical.

Traitement médical. — 1° De la crise; c'est un traitement purement symptomatique qui répond à l'indication la plus pressante; soulager les douleurs et l'angoisse souvent terrible du malade. Les calmants habituels peuvent ici trouver leur emploi, mais certains médicaments seront plus particulièrement employés :

a. Le nitrite d'amyle. — Son effet est en général très rapide. Il active la circulation du myocarde diminue le spasme des artères coronaires plus ou moins oblitérées, augmente l'énergie cardiaque, et détermine par abaissement de la pression artérielle, une dimiuution des résistances périphériques que le cœur doit vaincre.

b. La trinitrine. — C'est également un médicament de premier ordre. On peut donner trois ou quatre gouttes de la solution à 1 p. 100, trois fois par jour. Le professeur Vaquez recommande la formule suivante :

Solution alcoolique de trinitrine à 1 p. 100	LX gouttes.
Chlorhydrate d'héroïne	5 cent.
Benzoate de soude	2 gr.
Caféine	1 gr.
Sirop d'éther	60 gr.
Eau q. s. p.	100 cm3.

Cette potion renferme par cuillerée à café III gouttes de la solution de trinitrine, 1/4 de centigramme d'héroïne, 5 centigrammes de caféine.

c. La morphine. — Dans les accès prolongés l'action des médicaments précédents est éphémère, aussi Huchard conseillait-il la morphine. On pourra donc faire dans ces cas une injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine. Récemment Danielopolu a préconisé la formule suivante :

Morphine	1 ctgr.
Sulfate d'atropine	1/2 mmg.
Solution de trinitrine au 1 p. 100	11 gouttes.
Eau distillée	1 cm3

Enfin selon les symptômes présentés par le malade au cours de la crise on pourra être amené à pratiquer une saignée ou à user de la médication cardiotonique (ouabaïne en injection intraveineuse). Les compresses chaudes sur la région précordiale, les enveloppements chauds du thorax pourront être accessoirement utilisés.

Le *gardénal*, préconisé par M. Sézary semble être une médication peu toxique susceptible de prévenir

le retour des crises. La diathermie donnerait des résultats encourageants (M. Lian).

2° **Traitement de fond.** — Variable suivant la cause :

a. ANGOR D'ORIGINE CARDIO-ARTÉRIELLE. — Chaque fois que la syphilis sera en cause on emploiera les sels de bismuth, le mercure.

Un régime sévère hypoazoté ou hypochloruré, auquel on associera la théobromine et la médication cardiodynamique sera réglé d'après le degré d'insuffisance rénale et cardiaque.

b. ANGOR D'ORIGINE DIGESTIVE. — Il faut dans ces cas traiter l'aérophagie, employer la méthode des petits repas de Ch. Fiessinger et employer les médications usuelles des dypepsies, des colites, de la lithiase biliaire.

c. ANGOR D'ORIGINE NERVEUSE. — On diminuera l'hyperexcitabilité nerveuse par l'hygiène, l'hydrothérapie, les préparations valérianiques, bromurées.

d. ANGOR D'ORIGINE TOXIQUE. — La principale indication thérapeutique consiste en la suppression dn toxique.

Telles sont les grandes lignes du traitement médical de l'angine de poitrine tel qu'il est conçu par la majorité des auteurs modernes.

Traitement chirurgical. — Depuis 1916, date de la première opération de Jonnesco, nombre de tentatives plus ou moins heureuses se sont accumulées.

Les indications du traitement chirurgical de l'angine de poitrine sont encore mal déterminées. Vaquez en 1921 indiquait dans une communication à l'Académie de médecine les formes avec aorte non dilatée opaque sans participation du cœur comme pouvant bénéficier d'un traitement chirurgical.

La douleur reste à l'heure actuelle l'indication principale; telle est du moins la conclusion de Richon dans son rapport au Congrès de Nancy. L'asystolie est une contre-indication, l'intégrité ou tout au moins la faible atteinte du myocarde, est une condition essentielle de l'opportunité de l'opération.

Nous ne citerons que pour mémoire les opérations dirigées sur le pneumogastrique que rien ne semble légitimer physiologiquement.

Par contre les opérations sur le sympathique cervical méritent de retenir toute notre attention.

Nombre d'opérations ont été pratiquées. Sympathectomie cervicale totale de Jonnesco sacrifiant tout le tronc sympathique cervical avec les ganglions cervicaux supérieur et moyen et le ganglion étoilé en totalité; sympathectomie cervicale subtotale où l'extirpation du ganglion stellaire reste limitée à sa partie toute supérieure, à celle qui correspond au ganglion cervical inférieur.

Plus diverses encore sont les sympathectomies partielles :

a. Sympathectomie cervicale supérieure;
b. Sympathectomie cervico-horacique inférieure;
c. Ablations du seul ganglion supérieur ou du moyen, ou encore de l'étoilé;
d. *Sympathicotomies*, ou section simple du tronc à des hauteurs variables.

De toutes ces interventions quelle est la meilleure?

Les sympathectomies cervicales totales ou subtotales ont une mortalité élevée (13,5 p. 100); ce sont des interventions inutiles qui ne donnent pas de meilleurs résultats que les opérations partielles.

Il faut proscrire toute opération totale ou partielle portant sur le ganglion étoilé.

C'est un carrefour ganglionnaire des plus importants par lequel passent non seulement des fibres cardio-aortiques centripètes, mais une foule de filets nerveux centrifuges indispensables au bon fonctionnement des organes intrathoraciques.

L'ablation du ganglion étoilé, supprime l'action des nerfs cardio-accélérateurs des vaso-constricteurs pulmonaires et des fibres vaso-dilatatrices des coronaires.

L'ablation du ganglion cervical supérieur, la sympathicotomie, la section du dépresseur donnent de bons résultats.

La sympathectomie cervicale supérieure telle qu'elle fut conçue par Danielopolu est indiscutablement la meilleure intervention, mais comme toute opération portant sur le ganglion cervical supérieur, elle expose à des troubles post-opératoires sérieux, douleurs, troubles sensitifs atrophies musculaires, troubles laryngés et pharyngés.

C'est pour toutes ces raisons que M. Leriche, se basant sur les données anatomo-physiologiques que nous avons exposées a proposé une opération comportant :

La section des rameaux communicants du ganglion cervical inférieur et du ganglion intermédiaire s'il existe combinée à la sympathicotomie au-dessus du ganglion cervical inférieur et à la section du nerf vertébral.

A cette intervention on pourra ajouter la section des rameaux communicants supérieurs, si l'irradiation douloureuse se fait également vers la tête ou la nuque; ainsi une connaissance exacte des symptômes présentés par le malade permettrait d'agir électivement sur la voie sensitive incriminée.

Alors que la mortalité des sympathectomies totales s'élève à 13,5 p. 100, celles des partielles à 5,3 p. 100, cette opération pratiqué quatorze fois par M. Leriche a donné quatorze succès.

Jusqu'ici cent cas d'angine de poitrine ont été opérés.

Dans 62 p. 100 des cas les crises ont disparu, progressivement l'angoisse, la sensation de constriction et de barre rétro-sternale cessent ainsi que les irradiations douloureuses.

La tension artérielle baisse dans la majorité des cas, et l'électrocardiogramme montre la disparition de l'inversion de l'onde T.

Bien que les résultats ne soient pas toujours aussi brillants que ceux relatés par MM. Leriche et Fontaine qui concluent : « Grâce à ces nouvelles méthodes nombre de malades souffrant d'une affection très douloureuse, condamnés à l'immobilité, ont pu reprendre après l'intervention une vie des plus normales », il n'en reste pas moins vrai que la base physiologique de ce genre d'intervention est solide. C'est assez dire tout l'intérêt qui s'attache aujourd'hui à l'angine de poitrine devenue grâce aux travaux des anatomistes et des physiologistes une véritable question médico-chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

ARCÉ (José). Sympathectomia cervico-thoracica bei der angina pectoris, *Arch. de Cardiol. y Hematol.*, 1924, t. V, n° 11, p. 373; résumé en *Centr. org. f. die ges. Chir. und ihre Grenz.*, 1925, t. XXXI, n° 3, p. 156.

BROWN-SÉQUARD. Expériences résumées par Henocque, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1879, p. 581.

CLERC. *Les Arythmies en clinique.*

CLERC et DESCHAMPS. La pathologie de l'oblitération coronarienne et ses bases anatomophysiologiques. Notes critiques sur les données actuelles, *Presse méd.*, 27 sept. 1924, t. LXXVIII, p. 777.

CLIFFORD-ALBUTT. Certains points and diagnosis and treatment of angina pectoris, *Lancet*, 1923, t. CIV, n° 5201, p. 883.

DANIELOPOLU et ARISTIDE. Recherches sur la sensibilité cardiaque, *Réunion biol. roumaine*, 1922; — *C. R. de la Soc. de biol.*, 1923; — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 janv. 1923.

DANIÉLOPOLU. Chirurgie du système nerveux végétatif, *Bull. méd.*, Paris 1923, n° 35; — *L'Angine de poitrine. Traitement médical et chirurgical*, Bucarest, imprimerie Cultura, 1924, 26 fig. et 55 pl.; — Considération sur la pathogénie de l'angine de poitrine. Bases physiologiques de son traitement chirurgical, conférence tenue à Vienne le 6 mars 1924, in *Wiener med. Woch.*, 1924, nos 17, 19 et 22; — The pathology and surgical treatment of angina pectoris, *Brit. med. Journ.*, 27 sept. 1924; — Sur le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, *Soc. méd. des hôpit. de Bucarest*, 22 oct. 1924, in *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Bucarest*, t. VI, n° 8, p. 193-201, 1 fig.; — Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine à la lumière des dernières recherches cliniques et expérimentales, *Soc. roumaine de biol.*, séances des 4 et 19 fév., in comptes rendus des séances de la *Soc. de biol.*, 1925, t. XCII, p. 1157-1159, 1 fig.

DANIÉLOPOLU et GOLICIU. Quelques faits anatomiques en relation avec le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, *Id.*, p. 1150-1152, 1 fig.

DANIÉLOPOLU et MARCU (J.). Topographie des accélérateurs gauches chez le chien. Les rami-communicantes que l'on doit respecter dans le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, *Loc. cit.*, p. 1153-1155, 1 fig.

DANIÉLOPOLU. Les voies probables dans l'irradiation douloureuse de l'angine de poitrine, *Id.*, p. 1155-1156; — Deux conférences sur l'angine de poitrine faites à la *Soc. méd. des hôpit. de Bucarest*, les 5 et 13 mai 1925 : 1° Pathogénie de l'angine de poitrine; 2° Traitement médical et chirurgical de l'angine de poitrine. Méthodes personnelles; Bucarest, imprimerie Cultura.

DANIÉLOPOLU et MARCU. Sur l'anatomie du nerf vertébral chez le chien, *Soc. roumaine de biol.*, in *C. R. de la Soc. de biol.*, 1925, t. XCIII, p. 731; — Recherches sur l'excitabilité centrifuge et centripète du nerf vertébral chez le chien et chez le chat. Considération sur le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, *Soc. roumaine de biol.*, 12 juin 1925, in *C. R. de la Soc. de biol.*, 1925, t. XCIII, p. 731.

DONZELOT. *Th. de Paris*, 1916-1917.

FONTAINE. Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine. Résultats actuels, *Strasbourg méd.*, 1926, t. I, f. 3, n° 5.

FRANK (François). Recherches sur la sensibilité directe de l'appareil sympathique cervico-thoracique, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1899, t. I, p. 724, 753, 1176, 1202.

GALLAVARDIN. Rapport sur les angines de poitrine, *XVIIIe Congrès franç. de méd.*, Nancy, 16-19 juillet 1925; — *La Tension artérielle en clinique. Sa mesure, sa valeur séméiologique*, 2e édition, Paris 1920, Masson.

GERNEZ. Résection du sympathique cervical gauche pour angine de poitrine. Résultat éloigné de dix mois, *Arch. franco-belges de chir.*, 1924, t. XXVII, n° 10, p. 505.

HUCHARD. *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*, t. II.

JOSUÉ. Angine de poitrine et syphilis, *Paris méd.*, 8 juillet 1919.

JENNINGS (C. S.) et JENNINGS (A. F.). Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, *Med. Journ. and Record*, 1er oct. 1924, t. CXX, n° 10, p. 311-314, 3 fig.

JONNESCO (Th.) [de Bucarest]. Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine par la résection du sympathique cervico-thoracique, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 5 oct. 1920, t. LXXXI, p. 93-102; — Traitement chirurgical de l'angine de poitrine, *XXIXe Congrès franç. de chir.*, Paris, oct. 1920, p. 492-500; — Traitement chirurgical de l'angine de poitrine par la résection du sympathique cervico-thoracique, *Presse méd.*, 9 mars 1921, t. XXIX, n° 20, p. 193-194; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 19 juillet 1921, p. 67, et 25 oct. 1921, p. 208; — *Le Sympathique cervico-thoracique*, 1923, Masson; — Traitement chirurgical de l'angine de poitrine, *Presse méd.*, 13 fév. 1924, n° 13, p. 138.

LAUBRY. *Séméiologie cardio-vasculaire*, Doin. 1924.

LAUBRY et WALSER. L'angine de poitrine et les affections du médiastin, *Journ. méd. franç.*, 1924, t. XIII, p. 303.

LERICHE. L'orientation de la chirurgie du sympathique, *Presse méd.*, 1924, n° 79, p. 785; — *Congrès franç. de méd.*, Nancy, juillet 1925; discussion du rapport de MM. Gallavardin et Richon, résumé *Presse méd.*, 1925, n° 62, p. 1048; — Recherches expérimentales sur l'angine de poitrine, *Presse méd.*, 1925, n° 82, p. 1361.

LERICHE et R. FONTAINE. Sur la sensibilité de la chaîne sympathique cervicale et les rameaux communicants cervicaux chez l'homme, *Gaz. des hôpit.*, 5 et 7 mai 1925.

LIAN. Remarques cliniques sur l'angine de poitrine, *Journ. méd. et chir.*, 25 mai 1919; — Article du *Traité* de Sergent, t. IV.

MACKENSIE. *L'Angine de poitrine*, Trad. par le docteur Guillaume (de Spa), Paris 1925, Maloine; — La critique du traitement chirurgical de l'angine de poitrine, *Lancet*, oct. 1924, t. CIV, n° 5.275.

MERKLEN. Diagnostic de l'angine coronarienne, *Presse méd.*, 19 août 1900; — *Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur*, Masson, 1908.

PRUSICK. Pronostic de l'angine de poitrine basé sur l'électrocardiogramme, *XVIIIe Congrès franç. de méd.*, Nancy, juillet 1925, résumé *Presse méd.*, 1925, n° 68, p. 1048.

RICHON. Rapport sur l'angine de poitrine, *XVIIIe Congrès franç. de méd.*, Nancy, juillet 1925.

SÉNÈQUE. Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, Mouvement chirurgical, *Presse méd.*, 1924, t. XXXII, p. 113.

VAQUEZ. *Traité des maladies du cœur*; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1921, t. LXXXVI, p. 70.

WEISSENBACH et M. KAPLAN. L'état de mal angineux hyperalgique, *Presse méd.*, 14 juillet 1926.

FIÈVRE TYPHOIDE

ASTHÉNIE CHRONIQUE & INCURABLE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

La fièvre typhoïde, parmi les affections microbiennes, est un type de maladie asthénisante. Si on compare son action asthénisante à l'action également asthénisante de la grippe, on remarque que l'asthénie musculaire et psychique, avec la céphalée et l'insomnie qui l'accompagnent, est un signe de début de la maladie (1), alors que l'asthénie grippale est beaucoup plus manifeste dans la période de décroissance et dans la période de convalescence de l'infection. Ce sont là sans doute des particularités, dues non pas au terrain sur lequel évolue l'affection microbienne, mais aux toxines que sécrètent les bacilles. L'asthénie nerveuse générale, prolongée ou chronique, nous paraît plus commune après la grippe qu'après la dothiénentérie.

C'est un exemple d'asthénie chronique et incurable post-typhoïdique que nous voulons rapporter ici. Il ne s'agit pas d'une asthénie ou dépression grave avec incapacité totale de travail, mais d'une asthénie légère qui réduit d'un tiers environ la valeur ouvrière : à noter que de tels cas vont devenir

(1) R. BENON. Les signes précoces de la fièvre typhoïde. *La Clinique*, 1924, avril, p. 96. Fièvre typhoïde et troubles mentaux, *Gaz. des hôpit.*, 1924, 12-14 août, p. 1078, n° 65.

intéressants quand seront appliquées les lois d'assurances sociales contre les maladies.

L'asthénie post-typhoïdique peut persister d'une manière anormale pendant la période de convalescence de la maladie et augmenter la durée de cette période. Curable presque toujours, elle est susceptible de se compliquer, plus ou moins lentement, plus ou moins tardivement, de manie (ou hypersthénie), de délire épisodique ou chronique, de démence précoce (hypothymie chronique juvénile). L'existence de l'asthénomanie post-typhoïdique est probable, mais nous n'en connaissons aucun cas. Le développement du délire, sous l'influence de l'asthénie durable post-typhoïdique, — délire de persécution, délire mélancolique, délire hypocondriaque, — s'explique par le fait des réactions émotionnelles que l'asthénie provoque par elle-même, et grâce à des prédispositions évidentes ou latentes. De même la démence précoce : nous avons observé quelques cas de psychopathies juvéniles, après l'infection éberthienne ; ils ne sont pas nombreux.

Notre patient, durant la période aiguë de sa fièvre typhoïde a présenté de la confusion mentale hallucinatoire (les illusions et hallucinations ont été peu actives, et il n'y a pas eu de délire à proprement parler, ni alternatives de confusion mentale et de délire) : la maladie, en fait, a revêtu la forme ataxique ou ataxo-adynamique des auteurs. Ces troubles psychopathiques de la période d'état accidentent en général, mais non toujours, les formes sérieuses de la fièvre typhoïde. A notre avis, ils n'aggravent pas l'état de dépression ou d'asthénie du patient et ils ne doivent pas incliner l'observateur à un pronostic particulièrement fâcheux. Le plus grand nombre des malades, atteints de confusion mentale ou de délire au cours de la période aiguë de leur dothiénentérie, guérissent comme les autres de leurs troubles asthéniques.

Rappelons que la vaccination antityphoïdique, ainsi que la fièvre typhoïde elle-même, peut engendrer de l'asthénie, et qu'il résulte parfois, de cette asthénie, à titre exceptionnel, les mêmes affections psychopathiques (manie, délire, démence) qu'après l'asthénie post-typhoïdique (1).

Le sujet dont l'observation suit, — sujet asthénique chronique post-typhoïdique, — n'est atteint qu'à un degré léger de troubles nerveux, mais il est incurable. Résigné à son état, il garde le regret de sa santé antérieure. Il travaille, bien qu'il n'ait plus du tout, lors de l'action, le même plaisir qu'autrefois. En outre il doit se ménager sous peine d'éprouver des maux de tête, de l'insomnie, des pesanteurs d'estomac, et de voir son irritabilité s'intensifier.

***

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — *Soldat, trente-deux ans (1915), comptable. Fièvre typhoïde contractée au front (novembre 1914) et compliquée de confusion mentale hallucinatoire. Asthénie chronique secondaire et incurable (1915-1925).*

Oiminb... (Alexandre), soldat du 11e régiment d'infanterie, comptable, trente-deux ans, entre à la C. P. B..., le 16 mai 1915.

Antécédents. — Enfant naturel, il a perdu sa mère, en 1886, de tuberculose pulmonaire; il était âgé de trois ans. Il n'a eu ni frère ni sœur. Elevé par sa grand'mère, il a obtenu à douze ans son certificat d'études primaires. Il n'a jamais eu aucune maladie grave. Il n'a fait qu'un an de service militaire, comme soutien de famille. Il s'est marié à vingt-trois ans : il a un fils âgé de sept ans.

Histoire de la maladie. — Mobilisé le 10 août 1914, il est parti pour le front le 2 octobre suivant; il a été évacué pour fièvre typhoïde le 5 novembre (1914). Traité pendant douze jours à l'hôpital du Bon-Pasteur, à Paris, comme il présentait du délire, il a été dirigé sur le Val-de-Grâce (deux jours), puis sur l'asile des aliénés de Villejuif, le 19 novembre 1914.

Dans son « délire », qui a pu durer, à Villejuif, une quinzaine de jours, il était complètement désorienté dans le temps et l'espace; il voyait passer des trains dans lesquels se trouvait sa famille. Sa femme et son fils étaient tués. Il apercevait des Boches qui le menaçaient. Anxieux, il s'agitait. Lorsque sa femme est venue le visiter, la première fois, il ne l'a pas reconnue. (Forme ataxique ou mieux forme confusionnelle de la fièvre typhoïde : confusion mentale avec illusions et hallucinations.)

Il a commencé à se lever vers le 24 décembre (1914) ; dans la journée, il pouvait faire quelques écritures au bureau des entrées de l'asile. Il dit : « La mémoire était perdue. Je faisais des fautes d'orthographe. J'avais des troubles de la vue. Quand j'étais lassé, je me reposais ou je sortais du bureau. Je tremblais. Je ne me sentais aucune facilité à écrire ou compter. C'est à peine si je pouvais travailler une heure. Je n'avais aucune force. J'avais des bourdonnements d'oreilles, des étourdissements. Je souffrais de partout, de la tête, des bras, des jambes. Je digérais mal. »

Il a réintégré son dépôt après convalescence de soixante-dix jours, le 18 avril 1915. Il n'était pas guéri. Il ressentait toujours par moments un besoin impérieux de repos. Le 4, le 5 et 6 mai 1915, il est envoyé en corvées ; on lui fait charger des caisses de cartouches, décharger des caisses de fusils, du bois, etc., et cela en plein soleil. Le 6, au soir, il souffre de maux de tête terribles, s'agite et, chez lui, cherche un revolver pour se tuer « puisqu'on le force à travailler avant d'être rétabli ». Il est hospitalisé ce jour, à neuf heures du soir, avec le diagnostic de « troubles nerveux très graves ».

Etat actuel : mai 1915. — Au point de vue physique, l'état du malade est satisfaisant. Au point de vue névropathique, on constate un état d'asthénie générale typique, bien qu'il soit un peu voilé par la céphalée intense actuelle.

La parole est rare, lente ou brusque; les gestes sont lents, la conversation prolongée fatigue le patient. Sa mémoire est bonne mais l'évocation des souvenirs ralentie; il ne peut ni écrire, ni calculer longuement. Il présente de l'insomnie, des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles, des troubles subjectifs de la vue, des lourdeurs d'estomac, de la constipation, des maux de tête, et consécutivement du dégoût de la vie, du désespoir avec tendance au suicide.

Evolution : 1915-1925. — Le malade a été réformé n° 2 (sans pension), le 2 juin 1915, et maintenu dans cette position au début de l'année suivante.

A la fin de 1916, il s'est remis à travailler, quoique toujours asthénique à un certain degré. Il n'a pas repris sa profession de comptable, étant presque incapable d'écrire et de calculer : il a fait de la représentation commerciale, Il pouvait, dit-il, s'occuper deux à trois, heures par jour.

Réexaminé spécialement en novembre 1925, voici ce qu'il déclare : « Depuis quatre ans, j'exerce avec ma femme un petit commerce de vins, mais je n'ai pas retrouvé mon état de santé d'avant la guerre. Mes forces générales sont nettement diminuées, au moins d'un tiers. Je suis incapable de faire un travail d'écriture ou de comptabilité : c'est ma femme qui tient les livres et fait toute la correspondance. Je lui donne des conseils, car j'ai toute ma lucidité. Je ne crois pas que je perde la mémoire ; ce qui me manque, c'est autre chose, c'est l'énergie, la résistance. Je ne pourrais pas avoir la direction d'une vaste comptabilité, comme je l'ai eue autrefois dans une administration. Je n'ai plus la même confiance en moi. Si je n'avais pas ma femme, je crois que je laisserais tout. » Il accuse des étourdissements, quelques maux de tête (à l'occiput) qui s'irradient vers la nuque et les épaules. Il digère assez bien, mais ne doit se livrer à aucun excès de boissons ou de nourriture. Sa femme le trouve beaucoup plus irritable qu'autrefois. Il dort en général de six à huit heures.

---

(1) R. BENON. Vaccination antityphoïdique : asthénie et manie, *Revue de méd.*, 1922, oct.-nov., p. 585. Vaccination antityphoïdique et asthénie compliquée, *Paris médical*, 1924, 26 janvier, p. 94.

*
* *

La fièvre typhoïde étant une maladie particulièrement asthénisante, on peut observer après elle, comme séquelle, soit un syndrome asthénique durable, soit un syndrome asthénique incurable. De plus on peut voir cette asthénie se transformer en manie ou hypersthénie ; ou bien un délire, une démence peuvent se développer à la suite de cette asthénie et créer un état d'aliénation mentale véritable. Chez notre patient, résigné, calme, l'asthénie chronique post-typhoïdique persiste, mais à un faible degré. Malade de la guerre, puisqu'il a contracté son affection au front, il n'a pas été indemnisé. Cependant si le médecin devait évaluer la diminution de la capacité professionnelle, elle serait au moins de 30 p. 100.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 12 MAI 1926)

L'opothérapie par organe frais. — M. Félix Regnault donne la préparation suivante : « On enlève l'organe sur un petit animal, comme le lapin, puis l'on fait un mélange à poids égal de la glande et d'un sel desséchant (phosphate disodique anhydre), broyage au mortier (les tissus conjonctif et élastique forment des grumeaux enlevés par tamisage), poudre mise dans des capsules de gluten. » L'auteur expose les avantages de cette méthode qui consiste surtout en l'emploi de préparations réellement fraîches. Suit un exposé d'observations démontrant l'efficacité de ces préparations.

M. Perrot estime que le procédé pour le pharmacien est difficilement applicable et que d'autre part la dessiccation à froid, procédé actuel, laisse toute leur valeur aux organes frais.

M. Lematte dans une longue réponse, expose tous les avantages des méthodes actuelles utilisées et insiste aussi pour démontrer que tous les organes ne sont pas susceptibles de la préparation donnée par l'auteur, car il en est qui n'agissent que s'ils sont injectés.

M. F. Regnault répond aux contradicteurs que son procédé demeure seul susceptible de donner des actions sûres car l'on ne sait malgré tout jamais la valeur d'activité d'une poudre desséchée.

De la fréquence et du traitement de la tuberculose génitale chez la femme. — M. Ch. Schmitt appelle l'attention sur la fréquence de la tuberculose génitale primitive de la femme ; sur 65 malades qui lui ont été adressées pour le traitement radio- ou radium-thérapique, 23 soit 34 p. 100 avaient présenté à un moment des lésions bacillaires. Il se demande si certains troubles estimés utérins ne sont pas des formes larvées de tuberculose, analogue aux kystes du poignet, aux amygdalites pharyngées, etc., et il signale l'efficacité du traitement par les rayons ultra-violets d'annexites dont l'origine tuberculeuse a été reconnue au cours d'une intervention. Tant au point de vue individuel et familial que social, il y a intérêt pour éviter la stérilité, les accidents locaux et la généralisation à soigner ces malades le plus tôt possible par ces agents physiques qui sont facilement applicables en tout temps, en tout lieu et qui ne présentent aucun danger.

Le drainage médical des voies biliaires. — MM. Gaston Durand et Dumitresco (de Bucarest), après avoir rappelé dans ses grandes lignes le procédé, estiment qu'il y a gros avantage à utiliser cette méthode thérapeutique quand il s'agit de vidanger les voies biliaires et les gros canaux ; mais il faut rejeter la méthode chaque fois qu'après examen complet (radio) et avec une technique correcte : 1. il y a absence d'ombre vésiculaire ; 2. quand il y a évidence de calculs.

Notes sur l'action du nitrite de soude dans les hypertensions artérielles. — MM. Charles Mattei et J. Dias-Cavaroni (de Marseille) ont étudié de façon particulière l'action du nitrite de soude donné per os ou par voie intramusculaire ; leurs conclusions sont les suivantes :

Le nitrite de soude peut quelquefois abaisser légèrement la pression systolique surtout quand on l'administre par voie intramusculaire. Dans l'ensemble cependant son action hypotensive est très inconstante et très passagère. Même quand il a abaissé la pression systolique, il laisse la minima à peu près invariable et réduit le pouvoir d'élimination du rein. Il provoque fréquemment des poussées hypertensives.

Etude comparée du bromoforme et d'un dérivé bromoformique au point de vue physiologique. — MM. Bottu et Preant ont obtenu un dérivé bromoformique par combinaison directe du bromoforme et de l'hexaméthylènetétramine. Ils l'ont étudié au point de vue physiologique et concluent que ce dérivé à l'encontre du bromoforme provoque à des doses éloignées de la dose toxique une sédation manifeste et prolongée dans le domaine du pneumogastrique respiratoire.

(SÉANCE DU 9 JUIN 1926)

Résultats de la thérapeutique médicale synthétique dans le traitement du cancer. — M. Joseph Leriche (de Joigny) apporte une très importante communication dont voici le résumé :

a. La thérapeutique du cancer repose pour lui sur la chimiothérapie et l'opothérapie endocrinienne.

b. Cette thérapeutique a été choisie en prenant pour idée directrice que la prolifération cellulaire est l'expression terminale d'une dyscrasie et de troubles physico-chimiques. S'il est d'autre part démontré un jour qu'il s'agit d'un virus filtrant, il y a encore intérêt à s'adresser à la thérapeutique envisagée parce que déjà un nombre élevé de maladies microbiennes guérissent par des sels de métaux lourds.

c. La technique thérapeutique comprend deux temps :

1° Attaque du néoplasme à l'aide d'un métal ou d'un métalloïde exerçant une action directe sur la cellule cancéreuse ; c'est la *médication histolitique.*

2° Restituer les principes minéraux et biologiques déficitaires pour rénover le terrain : c'est la *médication de suppléance.*

d. Pour le *premier temps thérapeutique* : parmi le sélénium, le cuivre, les sels de plomb, l'iodure de cérium, le magnésium, l'auteur a choisi : le *chlorure de magnésium* ; voici la première formule à laquelle il s'était arrêté :

Citrate de soude	1 gr.
Chlorure de magnésium	0,gr50
Tartrate ferrico-potassique	0,gr02
Eau distillée	5 à 6 cc.

pour une ampoule.

Injection intraveineuse ; tous les deux jours pour les cas inopérables, en augmentant pour injecter jusqu'à 2 grammes à 2gr,50 de chlorure de magnésium et de 4 à 5 grammes de citrate de soude en une seule fois. Ces dernières doses ont été injectées deux et trois fois par semaine sans accidents. Dans une formule plus récente, l'auteur a modifié sa formule, en réduisant de 0gr,10 le citrate de soude pour les remplacer par 0gr,10 de citrate de magnésie et pour ajouter 1 centigramme de citrate de manganèse.

e. Pour le *second temps* : utilisation en alternances de magnésium, silice, manganèse, calcium, potassium, phosphore, soufre, fer, hémoglobine, cholestérine et d'opothérapie endocrinienne.

f. Suit une série d'observations dont les résultats sont parfaits : sarcome de la cuisse droite opéré et récidivant ; néoplasme avancé de l'œsophage et anévrisme de l'aorte ; néoplasme inopérable de l'utérus ; carcinome inopérable du sein gauche ; néoplasme inopérable du pylore ; néoplasme inopérable du côlon.

Sur le renforcement de l'action narcotique du pouvoir de renforcement du pyramidon sur l'action du bromural. — M. Sture Nybord (d'Upsal) expose dans une note détaillée

ses recherches et conclut que l'*action narcotique du bromural est renforcée trois, sept fois par le pyramidon*. Au point de vue clinique : un mélange de 0gr,3 de bromural et de 0gr,1 de pyramidon devrait surtout être recommandé.

L'alimentation sucrée et l'eczéma. — M. P. GALLOIS apporte une série de quatre observations qui tendent à démontrer que dans l'eczéma il y a intérêt à interdire ou diminuer de beaucoup le sucre. Il est intéressant de rapprocher ces faits de l'eczéma des diabétiques.

Amaigrissement et dilatation gastrique. — M. G. LEVEN expose que la dilatation gastrique paraît être un des facteurs qui réalisent les amaigrissements les plus considérables. Des sujets adultes, de taille normale, pesaient 25, 26, 30 kilogrammes, sans autre cause que la dilatation gastrique grave et mal traitée. Ces sujets guérissent et augmentent de poids, souvent assez rapidement. Une des malades, pesant 25 kilogrammes, a doublé de poids. La tuberculose, le cancer ont tué le malade avant que des diminutions de poids semblables se réalisent. Il en résulte que ces poids minimes sont un argument contre l'hypothèse d'une cause cachectisante dans les cas où le diagnostic est difficile. Ces formes graves se rencontrent presque exclusivement chez des femmes.

M. René GAULTIER, tout en souscrivant à l'exposé de l'auteur, vante les bienfaits du massage pneumatique par insufflations gastriques.

Présentation d'un nouveau rectoscope. — M. Ch. SCHMITT apporte un appareil dont les caractéristiques sont :

1° Un étranglement du tube introducteur destiné à être enserré par le sphincter anal et l'immobilisant.

2° Un deuxième tube intérieur, coulissant dans le premier, muni de spires permettent l'introduction progressive par simple rotation.

3° Une échelle dont le lecteur, situé à 4 centimètres de l'anus, donne exactement la distance qui sépare le sphincter des lésions observées.

Les extraits de levures envisagés comme source de vitamines hydrosolubles ont-ils tous la même valeur biologique? — Mme L. RANDOIN et M. R. LECOCQ, dans une étude documentée, arrivent aux conclusions principales suivantes :

1° Les divers extraits de levure (Saccharomyces), même préparés dans des conditions identiques, n'ont nullement la même valeur biologique en tant que sources de vitamines hydrosolubles B.

2° De leurs essais, l'on se trouverait en présence de deux vitamines B différentes : l'une assurant l'entretien de l'organisme, l'autre ayant une action essentiellement curative de la polynévrite du pigeon.

3° L'extrait de levure de bière seul renfermerait à la fois les deux facteurs; la levure de distillerie ne contenant qu'un seul facteur.

REVUE DES THÈSES

La Dyspepsie du nourrisson au sein par excès de beurre (1), par le docteur Jean DUCUING, de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne provisoire des hôpitaux, ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph.

I. Parmi les troubles digestifs du nourrisson, il faut faire une place à la dyspepsie du nourrisson au sein par excès de beurre. C'est une affection qui est assez fréquente, qu'il faut diagnostiquer, car on peut lui opposer une thérapeutique efficace.

II. La teneur en beurre du lait de femme est extrêmement variable :

1° D'une femme à une autre;

2° Selon le moment de la journée; elle est minima à 6 heures, maxima à 15 heures;

3° Selon le moment de la tétée : elle augmente du début à la fin de celle-ci.

(1) *Th. de Paris*, 1924.

Il est donc nécessaire pour connaître la composition d'un lait d'en faire l'analyse chimique.

La teneur en beurre d'un lait varie aussi avec le régime.

Elle augmente par la suralimentation, par un régime riche en éléments azotés ou en hydrates de carbone.

Elle diminue dans les conditions opposées.

III. La dyspepsie du nourrisson au sein par excès de beurre se traduit par :

1° Le vomissement qui apparaît dans la première semaine de la vie; c'est un vomissement alimentaire survenant immédiatement après la tétée; il peut se voir parfois seulement après les tétées du soir. Souvent on l'observe après toutes les tétées.

2° La diarrhée d'aspect banal.

Ces deux symptômes ont un caractère commun : ils résistent aux traitements habituels et cèdent si on diminue la richesse en beurre de l'alimentation du nourrisson.

Le vomissement peut être le symptôme prédominant.

La diarrhée peut exister seule.

Le vomissement et la diarrhée peuvent apparaître ensemble et constituer un véritable syndrome.

A ces troubles digestifs peuvent s'associer des érythèmes, de l'agitation après les tétées du soir.

L'état général reste parfois bon : on a même quelquefois un aspect obèse infiltré. Mais le plus souvent l'enfant est amaigri et l'état général est mauvais.

Ces troubles digestifs ne s'accompagnent pas de fièvre.

IV. Le diagnostic se pose de deux façons différentes : le vomissement est le symptôme essentiel; la diarrhée existe seule ou associée au vomissement.

Le vomissement sera à distinguer :

Des vomissements par suralimentation. — Ils apparaissent moins près de la naissance et guérissent vite par simple réglage.

Des vomissements de l'hérédo-syphilis. — Tantôt ce sont des vomissements survenant par crises faciles à distinguer de la dyspepsie par excès de beurre.

Tantôt ce sont des vomissements survenant après chaque tétée pendant des semaines ou des mois.

Le diagnostic se fera par la recherche des stigmates de l'hérédo-syphilis et surtout par l'analyse du lait maternel.

Des vomissements de la sténose hypertrophique du pylore. — Ils apparaissent généralement un peu plus tard vers la troisième semaine.

Ils sont violents, en jet, d'abord fréquents et peu abondants, puis plus espacés et plus abondants.

En même temps apparaissent des signes de dilatation gastrique. On observe des ondes péristaltiques et parfois une tumeur pylorique.

L'état général s'altère rapidement. Le diagnostic peut être difficile et même impossible. Aussi l'analyse du lait maternel s'impose-t-elle dans tous les cas où on soupçonne une sténose hypertrophique du pylore.

La diarrhée isolée ou associée au vomissement sera à distinguer :

Des diarrhées par suralimentation. — Elles guérissent facilement par la diète hydrique et le réglage.

Des diarrhées estivales. — Leur date d'apparition, leur courte durée, leur guérison facile les feront reconnaître.

Des diarrhées dues à l'état de santé de la nourrice. — Leur étiologie souvent facile à retrouver les caractérisera.

De la diarrhée par intolérance pour le lait de femme. — Elle débute dans la première semaine de la vie, elle évolue par poussées et résiste aux traitements usuels. En cas de doute, l'analyse du lait maternel permettra le diagnostic.

Cette analyse devra d'ailleurs être toujours faite dans les troubles digestifs tenaces dont l'étiologie n'est pas évidente.

V. L'excès de beurre dans le lait maternel agit sur l'estomac directement et par les acides gras provenant de son dédoublement. Il diminue la sécrétion gastrique et retarde la digestion. La conséquence de ces troubles est l'apparition de fermentations qui irritent la muqueuse et provoquent le vomissement.

Le passage d'acides gras en excès dans l'intestin et leur neutralisation emploie une quantité excessive de suc intestinal. Celui-ci n'est plus assez abondant pour effectuer complètement la saponification des graisses. De plus les acides

gras excitent le péristaltisme intestinal provoquant la diarrhée.

L'absorption de la graisse se fait parfaitement chez l'enfant sain. Elle se fait moins bien chez l'enfant qui présente des troubles digestifs. Elle se fait d'autant moins bien que les graisses sont plus abondantes une fois que la limite tolérée par l'organisme est dépassée.

VI. La dyspepsie du nourrisson par excès de beurre se voit presque toujours avant quatre mois.

Elle est favorisée par :

1° Les fautes d'alimentation : la suralimentation, l'allaitement mixte, l'allaitement artificiel.

2° Les infections et les intoxications héréditaires : surtout la syphilis, plus rarement la tuberculose, l'alcoolisme.

3° Plus rarement les infections aiguës.

On observera assez souvent l'association de plusieurs facteurs et surtout d'une faute d'alimentation et d'une infection. Celle-ci sera, en général, l'hérédo-syphilis qu'il faudra toujours rechercher.

VII. Le traitement consistera à modifier la teneur en beurre du lait de la mère en remplaçant dans son alimentation les féculents par des légumes verts.

Au besoin on remplacera en outre la tétée de 15 heures par un biberon de lait d'ânesse ou d'eau d'orge.

On réglera en même temps les tétées comme horaire et comme quantité.

Après six mois, on remplacera la tétée de 15 heures par une bouillie.

L. G.

Troubles de la fonction gastrique et syndromes associés chez les tuberculeux pulmonaires. La toux émétisante (1), par Pierre Marsal. Travail de la Clinique de M. le professeur agrégé J. Parisot.

Conclusions. — I. Les troubles de la fonction gastrique sont fréquents au début ou au cours de l'évolution de la bacillose pulmonaire chronique sous toutes ses formes (20 p. 100). Ils surviennent plus souvent chez la femme (72 p. 100) que chez l'homme (28 p. 100). Leur symptomatologie est très variable et ne présente rien de spécifique.

II. L'apparition de ces troubles dépend de la toxi-infection tuberculinique, mais trop souvent elle est facilitée par une alimentation mal comprise et trop abondante surchargeant les fonctions digestives et par l'abus de certains médicaments pouvant créer une altération de la muqueuse.

III. Le diagnostic peut, dans une certaine mesure, se faire par l'examen clinique mais ne présente de réelle certitude que par des examens complémentaires et particulièrement par l'examen radiologique.

IV. Radioscopiquement il n'existe pas d'aspect vraiment typique de l'estomac des tuberculeux, mais la fonction motrice est communément altérée. A la période de tuberculose latente et au début de l'évolution, on observe le plus souvent un syndrome hypersthénique avec augmentation de l'activité sécrétoire (47 p. 100 des cas), de la motricité gastrique (60 p. 100) et une tendance marquée aux spasmes.

Ces phénomènes coexistent avec un état de vagotonie.

Au cours de l'évolution, l'activité du suc gastrique est normale ou augmentée (50 p. 100) et la motricité variable souvent encore exagérée (50 p. 100). A une période plus avancée, la déchéance fonctionnelle frappe l'estomac aussi bien que les autres organes ; à ce moment, l'activité sécrétoire, longtemps suffisante, diminue (52 p. 100), mais la motricité reste généralement peu diminuée (40 p. 100). L'évacuation globale se fait encore presque normalement (66 p. 100).

V. La gastrite des tuberculeux est une gastrite interstitielle subaiguë qui semble due surtout à l'action sur la muqueuse des produits tuberculeux provenant de la déglutition des crachats, sans que le bacille intervienne directement.

VI. La toux émétisante postprandiale, spéciale aux tuberculeux, est un syndrome survenant par épisodes au cours de l'évolution chez des bacillaires avérés présentant une dystonie neuro-végétative et le plus souvent chez des vagotoniques. Ce syndrome peut s'aggraver par l'apparition d'une tuberculose laryngée.

(1) *Th. de Nancy*, 1925.

Plusieurs éléments pathogéniques semblent conditionner ce syndrome. Il paraît s'agir d'une toux de déglutition probablement déterminée par un réflexe survenant lors du passage des bouchées alimentaires au niveau des terminaisons péri-œsophagiennes du vague hyperexcitable. Cette toux est suivie de l'expulsion des aliments.

L'arc sensitif du réflexe paraît être le nerf pneumogastrique avec les filets du laryngé supérieur, et l'arc moteur, le nerf phrénique par l'intermédiaire du ganglion sympathique cervical supérieur. Le vomissement sans état nauséeux qui suit la quinte est surtout un phénomène mécanique d'expulsion : celui-ci est, en majeure partie, dû à l'aspiration thoracique qui survient au moment de l'inspiration profonde consécutive à la toux ; il est facilité par la contraction brusque du diaphragme et de la paroi abdominale.

Sans doute faut-il suspecter aussi d'autres réflexes tussigènes dus en particulier à des lésions pharyngo-laryngées latentes mais difficiles à identifier cliniquement.

VII. Un traitement prophylactique des syndromes gastriques chez les tuberculeux pulmonaires peut et doit être réalisé par le médecin. La médication inhibitrice du vague (belladone, atropine) donne des résultats heureux au cours de la toux émétisante et du syndrome hypersthénique.

Certains syndromes hypersthéniques compliqués du syndrome solaire peuvent être améliorés par le salicylate de génésérine.

L. G.

L'Isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine (allonal) en neuro-psychiatrie (1), par Henri Mounot.

Après les travaux si intéressants de MM. Tellier et Beyssac (*Association des dentistes du Rhône*, fév. 1924, et *Province dentaire*, mars-avril 1924, n° 2) et de M. Petiteau (*Th. de Lyon*, 1924) concernant surtout l'utilisation de l'allonal en pratique stomatologique, après les mises au point de M. Mallein-Gérin (*Concours méd.*, 24 fév. 1924, p. 415-416, et 27 avril 1924, p. 1021-1022) et de M. Chausset (travail du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de Lyon, 1925) qui ont démontré le rôle important que joue l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine dans le traitement des algies de toute origine et en particulier dans les douleurs empêchant le sommeil, voici M. Mounot qui vient d'étudier l'action de ce médicament en neuro-psychiatrie.

Etablissant, d'après la pratique de M. le professeur Sabrazès, l'utilité de cet analgésique renforcé dans le zona, et reprenant, dans les services de MM. les professeurs Abadie, Carles, Cassaët et Perrens, l'expérimentation indiquée par MM. Combemale, Courteville et Nayrac chez les malades habituels des services de neurologie et de psychiatrie, M. Mounot constate, après M. le professeur Pouchet, que la toxicité de l'allonal est nulle aux doses thérapeutiques (un à quatre comprimés par vingt-quatre heures) ; il a vu, dans un cas (obs. IX) que ce médicament a été parfaitement toléré alors que salicylate, éther acétylsalicylique et analgésine avaient provoqué des vomissements.

L'action sur la circulation paraît tout à fait négligeable, car l'auteur n'a jamais constaté de modification de la fréquence du pouls, ni de la tension artérielle ; l'analgésie est rapidement obtenue, suivie d'une action sédative manifeste et progressivement d'un sommeil calme, physiologique, avec réveil parfait, non suivi d'impotence cérébrale.

Sans doute, en pratique psychiatrique, l'allonal n'a pas les indications précises du somnifène, si bien mises en valeur par les travaux de MM. les professeurs Crouzon, Claude, Cestan, Laignel-Lavastine, et de MM. les docteurs Condamine, Marie, G. Robin, Levet, Quercy, Riser, Courjon, etc. (voir surtout thèses Dodard-des-Loges, Rone, Pavlovitch), mais il peut néanmoins rendre de grands services dans la mélancolie et l'excitation anormale. En neurologie, en revanche, ses indications sont très nettes. Ce médicament semble être vraiment « le spécifique des insomnies douloureuses ». L'allonal est bien accepté, parfaitement toléré, et il agit dans de bonnes conditions, aussi bien d'ailleurs dans les algies symptomatiques de lésions graves que dans les névralgies de toute origine qui se rencontrent tous les jours dans la pratique médicale.

L. G.

(1) *Th. de Bordeaux*, 1925.

CONGRÈS

JOURNÉES MÉDICALES DE MONTPELLIER (4, 5 et 6 novembre 1926), sous le haut patronage de MM. les Ministres de l'Instruction publique et de la Guerre.

Président : M. le professeur Ducamp, professeur de clinique Médicale à la Faculté de Médecine.

Comité d'organisation. — Bureau général : Commissaire général, direction : professeur Paul Delmas, de la Faculté de Médecine, président de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault ; Secrétaire général, expositions : professeur A. Faucon, de la Faculté de Pharmacie, président du Comité Colonial de la Xe Région Economique; Secrétaire adjoint, propagande : docteur Desfour; excursions : professeur agrégé Giraud ; logements : Professeur Galavielle.

Plan d'ensemble. — Conçues sur le plan d'ensemble si heureusement imaginé au lendemain des hostilités par le corps médical de Bruxelles, les journées de Montpellier, dans le cycle quadri-annuel convenu entre ces quatre centres d'enseignement médical que sont Bordeaux, Toulouse, Marseille et Montpellier, se proposent de réaliser, selon une formule qui leur soit personnelle, un programme de nature à intéresser par sa variété le plus grand nombre possible d'adhérents.

Justement désireux de soutenir sa réputation universitaire, Montpellier devait au présent de consacrer la journée du *jeudi 4 novembre* au mouvement scientifique contemporain, et, au passé, de commémorer le Centenaire de la découverte du brome par le montpelliérain Jérôme Balard.

Le programme du lendemain, *vendredi 5 novembre*, fait le plus large appel à la participation du Service de santé militaire, auquel appartiennent, au titre des réserves, le plus grand nombre des adhérents éventuels de ces manifestations.

La troisième journée, *samedi 6 novembre*, est consacrée au mouvement corporatif dont l'importance s'affirme à la veille de mesures législatives susceptibles de modifier le caractère traditionnel de la profession médicale.

De plus, ces trois journées, solidaires, mais indépendantes, seront encadrées de deux autres qui, pour être facultatives n'offrent pas moins d'attrait.

Comme préface aux journées proprement dites, le *mercredi 3 novembre* (jour autrefois chômé en l'honneur d'Hippocrate, dans la vieille Université de Médecine), sera consacré à la commémoration du Centenaire montpelliérain de la création des chefs de clinique. Cet anniversaire sera, à bon droit, fêté le jour de la rentrée solennelle des Facultés.

Tous les congressistes y sont cordialement invités.

Au lendemain des Journées Médicales, des excursions facultatives offriront aux congressistes, le *dimanche 7 novembre*, la vue de villes d'art et de paysages justement réputés.

En raison de sa situation géographique et de souvenirs historiques toujours vivants dans cette ville, Montpellier se fera un honneur de recevoir dignement les membres du corps médical des nations voisines et amies.

Un Comité du logement leur donnera toutes facilités dès leur arrivée.

Des démarches sont faites auprès des Compagnies de chemins de fer pour leur obtenir une réduction sur le tarif de transport de la frontière à Montpellier.

Les adhésions sont reçues, dès à présent, par le secrétaire adjoint, docteur Desfour, 8, rue Emile-Zola, Montpellier, auquel les intéressés sont priés de retourner, après l'avoir remplie, la formule ci-jointe, accompagnée du montant de leurs cotisations, de préférence par chèque postal (Montpellier n° 6900), ou pour les étrangers, par mandat international.

Les congressistes peuvent se faire inscrire dès à présent, et jusqu'au 20 octobre dernier délai.

La cotisation est fixée à : 25 fr. pour les membres adhérents (inscrits au rôle des patentes); 15 fr. pour les membres associés (autres : internes, externes, étudiants et familles des adhérents).

Sitôt leur inscription parvenue au secrétariat, les adhérents recevront leur carte de membre, sur le vu de laquelle ils retireront, dès leur arrivée à Montpellier, au siège de la permanence, salle Dugès à la Faculté de médecine, la pochette contenant les programmes et invitations qui les concernent.

PROGRAMME SOMMAIRE. — *Mercredi 3 novembre.* — *A.* Matin : 9 h. : Faculté de médecine, Centenaire du clinicat. — 11 h. : visite du Jardin des plantes.

B. Après-midi : 2 h. : visite du Musée Fabre. — 4 h. : Palais Universitaire, séance de rentrée solennelle des Facultés.

C. Soirée : 9 h. 30 : Hôtel de la métropole, réception par l'Association des anciens internes. (Tenue de ville.)

Jeudi 4 novembre. — *A.* Matin : 9 h. : Faculté de médecine, séance solennelle d'inauguration des Journées. — 11 h. : visite des Expositions et de la Faculté, bâtiments et collections.

B. Après-midi : 2 h. 30 : Faculté de pharmacie, célébration du Centenaire de la découverte du brome. — 4 h. 30 : Faculté de médecine, 3 conférences médicales d'actualité (professeurs Forgue, Perroncito, Hédon).

C. Soirée : 8 h. 30 : gala au Grand Théâtre. (Tenue de soirée ou, à défaut, tenue de ville.)

Vendredi 5 novembre. — *A.* Matin : 9 h. : manœuvres d'aviation sanitaire au Terrain d'atterrissage de Montpellier l'Or, avec causerie par le docteur Chassaing et démonstration par le médecin principal de 1re classe, professeur Picqué. — 11 h. : visite du Château de Castries. — 12 h. : déjeuner par souscription au Château, sous la présidence du général Martin, commandant le 16e corps d'armée. (Tenue militaire facultative.)

B. Après-midi : 2 h. : démonstration du Service de santé au terrain de l'Hippodrome. — 4 h. 30 : 3 conférences médicales d'actualité (professeurs Vincent, Toubert, Spire).

C. Soirée : 8 h. 30 : réception par la Municipalité de Montpellier au foyer du Grand Théâtre. (Tenue de ville.) — Salle des concerts : 9 h. 30 : Conférence médicale d'actualité (professeur Calmette). — 10 h. 30 : une heure de musique.

Samedi 6 novembre. — *A.* Matin : 8 h. 30 : visite des Services hospitaliers (Suburbain, Maternité, Général). — 11 h. : Faculté de médecine, réunion plénière de l'U. M. F. I. A., avec causerie par le docteur Molinery.

B. Après-midi : Faculté de médecine : 2 h. : séance d'ouverture de l'Entente régionale des Syndicats médicaux du Languedoc Méditerranéen. — 3 h. 30 : séance d'ouverture de la Fédération des Sociétés médico-chirurgicales des hôpitaux du Midi. — 4 h. 30 : trois conférences d'actualité médicale dont deux d'intérêt corporatif (MM. Duchesne, Perreau, Vires). — Faculté de pharmacie : 2 h. 30 : réunion du Bureau de la Fédération des Syndicats de pharmacie du Sud-Est.

C. Soirée : 7 h. 30 : Hôtel de la Métropole, banquet par souscription. (Tenue de ville.)

Dimanche 7 novembre. — Excursions facultatives : on pourra choisir entre deux circuits :

a. Circuit Languedoc-Roussillon : la Cerdagne française et les Escaldes; Narbonne : sa Cathédrale, ses Musées;

ou :

b. Circuit Languedoc-Provence : Nîmes, le Pont-du-Gard, Avignon, Saint-Rémy, les Baux, Arles.

Les modalités et le détail de ces excursions seront prochainement précisés par une note complémentaire qui sera adressée à tous les adhérents inscrits.

N. B. — Une permanence sera ouverte à la salle Dugès de la Faculté de médecine de Montpellier, du mardi 2 au samedi 6 novembre, de 9 h. à 12 h. et de 13 h. à 16 h.

Sur le visa de leur carte d'inscription, les adhérents y retireront leur pochette-invitations.

Ils trouveront au secrétariat des Journées médicales, installé Salle des Actes (mêmes jours et heures que ci-dessus), tous renseignements utiles et pourront y retirer, faire ou expédier leur correspondance.

CORRESPONDANCES. — *A.* Pour les Journées médicales : adresser toute la correspondance à M. le docteur Desfour, secrétaire adjoint, délégué à la Propagande, 8, rue Emile-Zola, Montpellier, Tél. 14-04, Compte courant de Chèques postaux, Montpellier, n° 6900.

B. Pour la participation aux Expositions : adresser toute la correspondance à M. Maujoint, délégué technique, 25, rue de l'Ecole de médecine, Paris (Ve), Tél. Fleurus 84-65.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — A la suite du concours ouvert devant l'Ecole d'Angers, M. Suard, pharmacien de 1re classe, a été nommé, par arrêté ministériel, pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1926, chef des travaux physiques et chimiques.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur général Rouget, président du comité consultatif de santé, inspecteur permanent des écoles du service de santé militaire, a été placé dans la deuxième section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

XXXVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — XXXVe Congrès français de chirurgie tiendra ses séances à la Faculté de médecine de Paris du 4 au 9 octobre prochain.

Ordre des séances du Congrès. — Lundi, 4 octobre, à 2 h. : Séance d'inauguration, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Discours de M. Jean-Louis Faure, président du Congrès. Compte rendu du secrétaire général. A 3 h. : Première question mise à l'ordre du jour : Pathologie des ménisques du genou : Rapporteurs, MM. Albert Mouchet, de Paris et Tavernier, de Lyon. Discussion.

Mardi matin, 5 octobre : Visite dans les hôpitaux. — Mardi soir, 5 octobre, à 2 h. : Suite de la discussion de la première question mise à l'ordre du jour. Communications particulières : Chirurgie générale. Péritonie. Chirurgie de l'intestin.

Mercredi matin, 6 octobre : Visite dans les hôpitaux. — Mercredi soir, 6 octobre, à 2 h. : Deuxième question mise à l'ordre du jour : Opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes : Rapporteurs, MM. G. de Rouville, de Montpellter et P. Mocquot, de Paris.

Jeudi matin, 7 octobre : Visite dans les hôpitaux. — Jeudi soir, 7 octobre, à 2 h. 1/2 : Assemblée générale. A 3 h. 1/2 : Séance de projections (grand amphithéâtre). A 4 h. 1/2 : Présentation d'instruments. — Jeudi soir, à 7 h. 3/4 : Banquet, par souscription (les dames sont admises au Palais d'Orsay). A 9 h. 3/4 : Soirée, offerte au Palais d'Orsay, par M. le président du Congrès et Mme Jean-Louis Faure, aux membres de l'Association et à leurs familles.

Vendredi matin, 8 octobre : Visite dans les hôpitaux. — Vendredi soir, 8 octobre, à 2 h. : Troisième question mise à l'ordre du jour : Traitement des arthrites gonococciques en évolution : Rapporteurs, MM. Michel (de Nancy), et Mondor (de Paris). Discussion.

Samedi matin, 9 octobre : Visite dans les hôpitaux. — Samedi soir, 9 octobre, à 2 h. : Communications particulières. Foie. Utérus et annexes. Tête et face. Nerfs. Voies urinaires. Chirurgie des membres.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, pansements, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

VIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX DE FRANCE. — Lundi 4 et mardi 5 octobre prochain, dans une salle de la Faculté obligeamment prêtée par M. le Doyen, aura lieu le VIIe Congrès de l'Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des Hôpitaux civils de France, fondée le 7 octobre 1919.

Les collègues qui auraient des sujets à proposer sont priés de s'adresser aux membres du Bureau : MM. Reynès (de Marseille), Guyot et J.-L. Rocher (de Bordeaux), L. Le Nouene (Le Havre), Patel (de Lyon) qui recevront aussi les nouvelles adhésions.

Conseiller juridique de l'Association : docteur Paul Boudin, docteur en médecine et en droit.

RETOUR DE MISSION. — Mme Curie vient de rentrer du Brésil où elle avait été appelée par l'Institut franco-brésilien pour faire des conférences sur la radioactivité.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique ophtalmologique de l'Hotel-Dieu (professeur: M. F. Terrien). — *Cours de technique ophtalmologique et de*

chirurgie oculaire. MM. les docteurs Cousin, Castéran, Favory, Veil et Ostwalt, chefs de clinique et chefs de laboratoire, commenceront, sous la direction de M. le professeur F. Terrien, le lundi 20 septembre, à 4 h., à l'amphithéâtre Dupuytren, un cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire, avec exercices pratiques, en dix leçons, et le continueront tous les jours, à la même heure.

Les droits à percevoir sont fixés à 250 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

INSTITUT DU RADIUM (Fondation Curie). — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (1926, 29e année). — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 18 octobre, à 9 h. du matin, au Dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve) et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les *premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie*.

Lundi 18 octobre : L'énergie radiante.

Mardi 19 octobre : La découverte de Rœntgen.

Mercredi 20 octobre : Les propriétés du rayonnement de Rœntgen.

Jeudi 21 octobre : Les mesures du rayonnement de Rœntgen.

Vendredi 22 octobre : L'énergie électrique.

Samedi 23 octobre : Les mesures électriques.

Lundi 25 octobre : Les générateurs et les transformateurs.

Mardi 26 octobre : Les interrupteurs, les soupapes et les rhéostats.

Mercredi 27 octobre : Les dynamos et les courants alternatifs.

Jeudi 28 octobre : Les divers modes d'emploi des courants alternatifs.

Vendredi 29 octobre : Les ampoules de Rœntgen à air raréfié.

Samedi 30 octobre : Les ampoules de Rœtgen à vide.

Mardi 2 novembre : La technique de la radioscopie.

Mercredi 3 novembre : Les images de Rœtgen.

Jeudi 4 novembre : La technique de la radiographie.

Vendredi 5 novembre : Stéréoradioscopie, stéréoradiographie et cinéradiographie.

Samedi 6 novembre : Les bases biologiques de la rœntgenthérapie.

Lundi 8 novembre : Les bases physiques de la rœntgenthérapie.

Mardi 9 novembre : La technique générale de la rœntgenthérapie superficielle.

Mercredi 10 novembre : La technique générale de la rœntgenthérapie profonde.

Vendredi 12 novembre : La radioactivité, les substances radioactives et les bases biologiques de la curiethérapie.

Samedi 13 novembre : Les bases physiques et les divers modes d'application de la curiethérapie.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de MM. les docteurs Solomon, Aimé, Bisson, Gibert et Proust; le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 25 octobre, est de 250 fr. et sera acquitté entre les mains du docteur Solomon, chef de laboratoire.

REVUE DES THÈSES

Les troubles cardiaques au cours de l'évolution du fibrome. Pathogénie. Traitement (1), par le docteur Claude TÉRY.

Le « cœur fibromateux » n'existe pas.

Tous les accidents cardiaques rencontrés au cours de l'évolution du fibrome relèvent le plus habituellement d'un déséquilibre endocrino-sympathique (troubles du fonctionnement de l'ovaire et du corps jaune avec retentissement sur le corps thyroïde; excitation du système nerveux végétatif par la modification de la régulation endocrinienne; apparition des phénomènes, favorisée par un terrain névropathique antérieur).

Les accidents cardiaques au cours de l'évolution du fibrome présentent le caractère banal de tous les troubles fonctionnels actuellement réunis sous le nom de « neurotonie cardiaque » (algies, troubles du rythme).

Le fibrome n'est qu'un excitant survenant sur un terrain qui prédispose lui-même à l'apparition des troubles cardiaques (hérédité, déséquilibre endocrinien ancien, préménopause, ménopause).

Dans la très grande majorité des cas, ce sont des troubles essentiellement et constamment bénins. Il est cependant des malades chez lesquelles nous assistons à la transformation des symptômes et de leur pronostic à longue échéance; la neurotonie cardiaque peut verser dans la myocardie. Ce changement d'évolution peut être absolument spontané, mais est déclenché parfois après une intervention chirurgicale. Cette insuffisance cardiaque primitive ou myocardie présente ellemême des aspects cliniques assez différents. C'est parfois une myocardie auriculaire à type d'arythmie complète dont le pronostic peut rester longtemps satisfaisant. C'est aussi une myocardie à type d'insuffisance ventriculaire gauche, dont le pronostic est immédiatement des plus sombres.

Le traitement des troubles cardiaques associera les antinervins à l'opothérapie à petites doses employée avec prudence. Le traitement du fibrome lui-même sera différent selon les troubles cardiaques constatés. Si les symptômes fonctionnels existent seuls, intervention chirurgicale, radio, radiumthérapie seront indiquées. Dans le cas de myocardie auriculaire, elles pourront encore parfois être tentées, mais les risques seront plus grands. L'insuffisance ventriculaire gauche établie, les traitements les plus doux seront les meilleurs, appliqués avec toutes les précautions possibles — l'intervention sanglante étant alors formellement contre-indiquée.

L. G.

(1) *Thèse de Paris*, 1926. — Imprimerie de « l'Œuvre », 9, rue Louis-le-Grand.

RENSEIGNEMENTS

UN POSTE DE MÉDECIN-DIRECTEUR du Préventorium de Servières-le-Château (Corrèze) est actuellement vacant. Les conditions matérielles sont les suivantes : 12 000 fr. par an, chauffé, éclairé. De plus, le médecin-directeur a la faculté de recevoir les vivres à titre remboursable. La situation est susceptible d'être améliorée dans un avenir prochain. Prière d'adresser les demandes à M. le directeur du Comité national de défense contre la tuberculose : 66 *bis*, rue Notre-Dame des Champs, Paris, VIe.

MONGOLISME ET HÉRÉDO-SYPHILIS

Par M. L. BABONNEIX (1).

Messieurs,

Vous savez que depuis Langdon Down on désigne du nom de *mongoliens* des enfants arriérés dont le facies, qui rappelle celui des Tartares, des Kalmoucks, attire aussitôt l'attention (fig. 1). Sans doute, à ces signes essentiels s'en ajoutent d'autres : microbrachycéphalie ; existence d'une grosse langue, scrotale, procidente, que l'enfant tète sans fin ; hypotonie musculaire excessive ; nanisme ; malformations diverses : hernie ombilicale, syndactylie, maladie de Roger. N'empêche que, pour faire le diagnostic, il faut et il suffit que les deux symptômes fondamentaux existent simultanément. Il y a bien des arriérés qui ne sont pas mongoliens. Inversement, on peut, même en Europe, avoir le profil mongolien sans être le moins du monde un idiot. Mais quand on vous amène un enfant arriéré ou franchement idiot, en nous disant que, dès la naissance, on a été frappé par son facies que, d'emblée, on l'a comparé à un Japonais ou à un Chinois, vous pouvez être certain qu'il s'agit bien d'idiotie mongolienne. Dans aucune autre affection vous ne trouverez, en effet, la conjonction de ces deux phénomènes (fig. 2) : l'un, le profil, dû à l'obliquité des axes oculaires en bas et en dedans, à la largeur de l'espace séparant la ligne médiane de l'angle interne de l'œil (épicanthus), à la saillie des pommettes, l'autre consistant en une arriération assez spéciale ; les mongoliens sont généralement « doux, bénins, gracieux », ils aiment passionnément la musique. Une petite mongolienne de mes clientes ne reconnaît pas, à quatre ans, ses parents, mais, si elle trouve, dans la rue, le professeur de piano de sa sœur aînée, elle se campe devant lui et bat aussitôt la mesure...



FIG. 1.



FIG. 2.

Cette affection, quelle en est la cause ? Des grossesses pénibles ou trop rapprochées ; la disproportion d'âge des parents ; les mauvaises conditions matérielles au milieu desquelles vit la mère, disent la plupart des classiques, avec M. J. Comby. Souvent, a-t-on également remarqué, le mongolisme survient chez le dernier enfant d'une nombreuse lignée, comme si la maman était épuisée.

A ces causes banales, et que l'on retrouve à l'origine de toutes les encéphalopathies, faut-il ajouter la syphilis héréditaire ?

Peu de questions ont été aussi discutées.

Pour M. J. Comby, qui a soutenu son opinion avec son habituelle vigueur, elle doit être résolue par la négative.

Pour d'autres, au contraire, et en particulier pour M. Dop et pour M. H. Lemaire, le mongolisme mérite d'être attribué, dans la plupart des cas, à l'hérédo-syphilis. A l'appui de leur théorie, ils citent des faits impressionnants, et dont le nombre s'accroît chaque année. En 1925, MM. J. Minet et Porez n'ont-ils pas présenté à la *Réunion des hôpitaux de Lille* (21 déc. 1925) un cas de mongolisme influencé favorablement par le traitement spécifique ? En 1926, M. Cavengt n'a-t-il pas publié, dans le *Pediatria española* (déc. 1925, p. 365-378), l'observation d'un mongolien dont la réaction de Wassermann était positive ?

(1) Leçon faite à l'amphithéâtre de la Clinique des Enfans-Malades.

*
* *

A ces cas (1), je voudrais en ajouter *quatre* personnels d'autant plus démonstratifs que je n'avais, en les étudiant, aucune idée préconçue, et que j'étais loin de m'attendre, dès l'abord, aux conclusions que je serais nécessairement amené à tirer de leur examen.

Les quatre premiers sont d'ordre clinique.

Observation. I. — H... (Jeanne), douze ans, amenée le 5 mai 1919 à la consultation de l'hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires et personnels. — Le père, âgé de soixante-quatre ans, est atteint de nystagmus congénital. Tout récemment, il est allé demander quelques avis médicaux à Lariboisière où on l'a considéré comme un scléreux. Il a été, il y a une vingtaine d'années, atteint de zona. En tout cas, il ne présente aucun signe de syphilis, et, chez lui, la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

La petite malade est leur seul enfant. Elle est née au septième mois d'une grossesse qui ne s'était pas compliquée d'albuminurie, mais qu'avaient fortement troublée de nombreux soucis, les commères du voisinage ayant affirmé à Mme H..., qu'étant donné son âge, elle ne pouvait donner naissance qu'à un monstre, et qu'elle-même « y resterait ». Ces propos absurdes avaient eu d'autant plus d'influence sur elle qu'en raison même de sa débilité d'esprit, elle était moins capable de discernement et de critique. D'après les renseignements fournis, l'accouchement avait été difficile : présentation occipito-postérieure, version, puis application de forceps, lequel avait « comprimé le cerveau ». En tout cas, la jeune H... ne pesait guère qu'un kilogramme (?) quand elle est venue au monde. Elle a été élevée au sein maternel jusqu'à vingt-trois mois. Longtemps il a fallu l'aider à prendre le sein, parce qu'elle ne pouvait pas téter. Sa fontanelle antérieure s'est fermée tardivement. De même, elle n'a appris à marcher que bien après deux ans, et n'a commencé à parler que vers quatre ans. Sa première dent n'est sortie que vers quinze mois. Très douce, très facile, d'humeur très gaie, elle n'a jamais eu de convulsions, mais, chez elle, la circulation est défectueuse, la cyanose, habituelle en toute saison, les engelures, fréquentes en hiver. Elle a bon appétit, bonne vue, mais dort assez mal; ses parent observent avec complaisance qu'elle a beaucoup de mémoire et qu'elle « adore la musique ». Elle pèse tout habillée, 29 kgs 500 (moyenne : 30 kg 150). De même, sa taille est très inférieure à celle des fillettes normales de son âge.

Etat actuel. — Jeanne H... est, à la fois, microcéphale et bradycéphale. Elle présente, au plus haut point, le facies mongolien. Chez elle, la voûte palatine est fortement ogivale, les incisives médianes supérieures, striées longitudinalement, avec un bord légèrement crénelé, les incisives médianes inférieures chevauchent l'un sur l'autre; les molaires et les canines, de type infantile, offrent de nombreuses irrégularités morphologiques; à noter, à gauche, un petit tubercule de Carabelli. Les oreilles, peu développées, ont gardé leur forme; le front est bas, ridé, les pommettes saillantes, le visage agité de tics, la bouche entr'ouverte, la langue procidente, les lèvres eczémateuses, les mains molles, les pieds courts, tassés dans le sens antéro-postérieur, la colonne vertébrale légèrement déviée, le thorax évasé par en bas, le ventre flasque. Les cheveux, assez abondants, ne possèdent pas partout la même coloration. L'évolution sexuelle n'a pas commencé. Le corps thyroïde semble petit. Les principaux appareils fonctionnent à peu près bien. En tout cas, on ne constate pas d'anomalie de développement, comme cela est si fréquent dans ces cas. Ajoutons que, chez elle, la réaction de fixation est négative pour le sang.

L'examen du système nerveux est rendu difficile par l'indocilité de la malade et l'impossibilité de fixer son attention. Voici, toutefois, ce que l'on peut dire. La musculature est peu développée, les muscles, en état d'hypotonie. Dans les premières années de la vie, était apparue une petite hernie ombilicale. La marche s'effectue sans difficulté. Les réflexes cutanés et tendineux sont normaux; les réflexes pupillaires n'ont pu être étudiés. Autant qu'on puisse dire, la sensibilité objective n'est point altérée. L'intelligence est rudimentaire. On ne peut soumettre l'enfant aux tests de MM. Binet et Simon. Elle ne sait, ni manger ni s'habiller toute seule, mais elle aurait été propre de bonne heure. Comme nous l'avons dit, sa parole est incompréhensible (*atp* pour *tante Octavie*), ce qui ne l'empêche pas de bavarder sans arrêt. Le caractère est gai, l'humeur agréable, le rire fréquent. Aux tics déjà signalés, ajoutons les répétitions incessantes de certains mots et de certains gestes et une extrême tendance à l'imitation. Le traitement thyroïdien est, par elle, très mal supporté, détermine une particulière exaltation intellectuelle et aboutit, si on le prolonge, à la production d'éruptions cutanées de type prurigineux.

Ainsi, voilà un cas manifeste de mongolisme. Nous n'aurions jamais cru sans doute l'attribuer à l'hérédo-syphilis si le père, souffrant de palpitations, n'avait eu l'idée de nous demander quelques conseils. Nous l'avons examiné et, à notre grande surprise, nous lui avons découvert, avec nos internes d'alors, MM. Semelaigne et Jean Blum, une *aortite chronique*.

Obs. II. — H..., fleuriste, soixante-cinq ans, fonctionnaire en retraite.

Ses *antécédents héréditaires* se réduisent à peu de chose : son père est mort à soixante-quinze ans, sa mère a succombé au typhus en 1870. Il a encore un frère et une sœur qui, tous deux, ont dépassé la soixantaine et jouissent d'une parfaite santé.

Ses *antécédents personnels* sont aussi peu chargés. H... n'a jamais été malade, abstraction faite de quelques douleurs localisées à l'épaule gauche et survenues il y a dix ans, et d'une légère dyspnée d'effort, apparue ces derniers temps. Il nie toute affection vénérienne.

Sa femme est bien portante.

Ils ont eu une fillette, actuellement âgée de quatorze ans, et qui est atteinte de mongolisme.

Etat actuel. — La pâleur du malade, comme l'éclat de ses conjonctives, orientent tout de suite vers l'idée d'une lésion aortique. La pointe du cœur bat dans le 5e espace. A l'auscultation, *double souffle aortique*, systolique et diastolique, ce dernier se propageant vers l'appendice xyphoïde. Les artères du cou sont animées de battements désordonnés, crosse de l'aorte et sous-clavières sont surélevées, le pouls, égal et synchrone. La tension artérielle, prise au Pachon, est de 19-6; elle est égale des deux côtés.

A l'examen radioscopique, hypertrophie nette du ventricule gauche, aorte dilatée et surélevée, touchant presque le bord inférieur de la clavicule.

Aucun symptôme nerveux, sauf une légère irrégularité pupillaire. En tout cas il n'y a pas de signe d'Argyll-Robertson, le fond d'œil est normal (Dupuy-Dutemps), et les réflexes tendineux sont tous normaux.

L'examen de l'appareil urinaire conduit à un résultat négatif, abstraction faite d'une discrète pollakiurie.

Les autres appareils fonctionnent bien.

La réaction de Wassermann a été négative, pour le sang, en 1919 ; il est vrai que nous ne l'avions pas fait précéder d'une réactivation.

La *première observation* peut donc être ainsi résumée : mongolisme chez l'enfant; chez le père, aortite chronique d'autant plus suspecte qu'elle n'a jamais été précédée de rhumatisme.

La *seconde* est encore moins discutable, puis-

(1) Voir L. Babonneix. Contribution à l'étude anatomique de l'idiotie mongolienne, *Arch. de méd. des enf.*, juillet 1909, n° 7; — Sur un cas de mongolisme chez un hérédo-syphilitique (avec M. L. Ramus), *Soc. de péd.*, séance du 21 mars 1922, n° 3; — Mongolisme et hérédo-syphilis (avec MM. J. Blum et Semelaigne), *Id.*; — Mongolisme et syphilis héréditaire, *Pédiatrie*, avril 1922, et les thèses de nos élèves Deguy. Quelques particularités de l'arriération mongolienne, *Th. de Paris*, 1920; Dop. De l'étiologie de l'arriération mongolienne, *Th. de Paris*, 1924; — Voir aussi la thèse de M. L. Pollet, Paris 1922, inspirée par M. H. Lemaire.

qu'elle concerne un jeune mongolien que nous avons eu l'occasion de voir avec M. le docteur Ramus et dont *le père était en cours de traitement pour syphilides secondaires*.

Obs. II. — X... (Jean), vingt-trois mois, vu le 11 mars 1922.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Le père, de constitution délicate, est un *syphilitique avéré*, il a été soigné à diverses reprises, en effet, pour des accidents spécifiques, et, chez lui, la *réaction de fixation* est *nettement positive pour le sang*.

La mère serait bien portante si elle ne présentait un goitre assez volumineux. Elle n'a jamais fait de fausses couches. Elle n'a pas d'autre enfant.

Sa grossesse avait été difficile, et, jusqu'au septième mois, troublée par d'incessants vomissements. L'accouchement s'est fait à terme, sans application de forceps, mais n'a pas duré moins de soixante-trois heures. Le jeune C... est né sans grosse asphyxie apparente; il n'a pas tardé à présenter un ictère assez intense. Son poids, qui était de 3kg300 à la naissance, s'est accru lentement et péniblement jusqu'à cinq mois, puis s'est momentanément arrêté. A neuf mois, il était de 5kg860.

Lors d'un premier examen, pratiqué le 30 janvier 1921, nous avions remarqué, en plus de l'hypotrophie, les symptômes suivants : 1° hépatomégalie manifeste; 2° nystagmus; 3° ronflement incessant; 4° troubles digestifs, liés à une alimentation solide trop précoce; 5° arriération intellectuelle. Nous avions trouvé une *réaction de fixation positive* (pour le sérum) et nous avions engagé la mère à continuer l'usage du sirop de Gibert, qui semblait, de son propre avis, donner les meilleurs résultats. Nous avions aussi conseillé la thyroïdine à doses infinitésimales.

Lorsque nous revoyons l'enfant plus d'un an après, voici quel est son *état*.

Facies mongol typique, avec brachy-microcéphalie, obliquité des axes oculaires en bas et en dedans, épicanthus, saillie des pommettes; iodotie profonde : l'enfant ne marche pas, reconnaît tout juste sa maman, et ne prononce qu'un ou deux mots simples, formés par allitération;

Caractère doux, affectueux;

Hypotonie musculaire permettant soit de lui faire faire le grand écart, soit de faire coïncider la face dorsale de la main avec celle de l'avant-bras; paroi abdominale flasque, avec tendance à l'éventration;

Hépatomégalie, sans splénomégalie;

Langue procidente, scrotale et que l'enfant tête sans arrêt;

Saillie légère des bosses frontales, avec dilatation de la veine préparate;

Retard considérable dans l'évolution dentaire;

Iris très clair, avec un bord foncé; strabisme convergent; il n'existe aucune malformation cardiaque apparente; par contre, l'examen de la partie inférieure de la colonne vertébrale décèle l'existence, au-dessus du coccyx, d'une petite fossette arrondie, permettant de penser à un spina bifida occulta.

Examen des yeux (Dupuy-Dutemps). — Pas de lésions du fond de l'œil, en particulier, pas d'atrophie papillaire. Le fond d'œil est seulement peu pigmenté (albinisme léger).

Réflexes pupillaires conservés.

La coloration plus foncée de la périphérie de l'iris ne paraît pas être pathologique (exagération d'une disposition normale).

La cornée est partout limpide sans lésion, ni dépôts interstitiels.

Il ne paraît pas exister de troubles de la motilité oculaire. Mais il y a une fixation peu soutenue et des mouvements nystagmiformes irréguliers, inconstants et variables, peut-être en rapport avec une acuité visuelle médiocre.

Ultérieurement, l'enfant s'est cachectisé; une fièvre lente l'a miné plusieurs semaines, et il a fini par succomber, probablement à une septicémie tuberculeuse.

Obs. III. — X..., quatre ans et demi.

Antécédents héréditaires et personnels. — Les parents sont en parfaite santé ainsi que deux autres enfants, âgés respectivement de dix et de sept ans. La maman n'a pas fait de fausse couche. La grossesse avait été, au troisième mois, troublée par une vive émotion. L'accouchement s'est fait, normalement, sans application de forceps, mais quinze jours trop tôt; le poids de l'enfant, à la naissance, était de 6 livres.

En rassemblant leurs souvenirs, les parents se rappellent qu'une tante paternelle était débile. Ils ont entre eux quelques liens de consanguinité : leurs grand'mères étaient cousines germaines.

Les jours qui ont suivi la naissance, est survenu du sclérème; d'ailleurs, le bébé a été longtemps « comme sans vie » et l'on percevait à peine sa respiration. Il a été mis à l'allaitement artificiel. Dès le début, on s'est aperçu qu'il n'était pas normal; il ronflait presque continuellement, avait un regard étrange; avec le temps, ces constatations n'ont fait que se confirmer, et le retard, tant physique qu'intellectuel, est devenu de jour en jour plus évident. A quatorze mois, aucune dent : incapacité totale de marcher ou de parler.

Histoire de la maladie. — Le diagnostic de mongolisme a été porté par tous les médecins qui ont été appelés à voir l'enfant, en raison des signes caractéristiques : brachymicrocéphalie, obliquité des axes oculaires en bas et en dehors, épicanthus, existence d'une langue volumineuse et procidente que l'enfant tête sans arrêt; laxité articulaire; doigts boudinés; présence d'une maladie de Roger, d'une hernie ombilicale et d'une grosse éventration par écartement des droits. A quatorze mois, la fontanelle n'était pas encore fermée. Il existe, de plus : 1° de la cryptorchidie; 2° du strabisme interne de l'œil gauche; trouble du poids très inférieur à la normale; une réaction de fixation, faite au laboratoire Carrion, a été négative et pour le Wassermann proprement dit, et pour la réaction de Hecht-Bauer.

A vingt mois, pas de changement notable : l'enfant se tient mieux sur les bras; son état général est excellent.

A vingt-huit mois, il pèse 19 livres, a trois dents, mais il ne parle toujours pas, et l'on a de grosses difficultés à l'alimenter. Les muscles de la nuque, parésiés, ont peine à soutenir la tête. Les parents ont noté qu'il était agité par périodes : de même, il y a des moments où il est constipé. Il commence à jouer un peu, mais ne reconnaît personne.

A trois ans, il dit à peine *mam;* il a constamment des éructations, qui doivent correspondre à quelque tic. Il a eu, au printemps, les oreillons et plus tard, la varicelle. On observe, chez lui, les mêmes symptômes que précédemment, et, en outre, une cyphose assez prononcée. Il pèse 11 kilogs, a sept dents. Sa fontanelle antérieure est fermée. Il présente quelques discrets stigmates de rachitisme.

A quatre ans, il a fait quelques petits progrès, se tient mieux assis, reste debout, appuyé, quelques instants. Il a contracté, en juillet 1925, une coqueluche bénigne; son aspect est toujours aussi typique.

Etat présent. — Les symptômes n'ont pas changé, lorsque nous sommes appelé à voir cet enfant en mai; ils sont toujours ceux du mongolisme le plus typique. Ajoutons, à ceux que nous avons déjà énumérés : 1° les tics : il se suce constamment le pouce; 2° la facilité de son humeur; 3° les altérations des incisives médianes inférieures, mal venues, érodées, couvertes de tartre; 4° sa tendance à l'eczéma.

Inutile de dire que, dès le début, l'opothérapie a été prescrite sous toutes ses formes, et, d'ailleurs, sans grand résultat.

Dans ce cas, nous étions porté à incriminer la consanguinité ou mettre en cause la dégénérescence, encore que l'on soit bien revenu de la théorie jadis soutenue par Morel; en tout cas, nous n'avions aucune raison de penser à la syphilis : pas d'antécédents connus; caractère négatif de la réaction de Wassermann. Et pourtant, comme nous l'avons appris, le père avait contracté la syphilis avant son mariage, et le moins qu'on puisse dire, c'est ce que son enfant est un hérédo-spécifique.

Dernier cas : il concerne un cas de mongolisme d'autant moins discutable que le diagnostic avait été fait par M. J. Comby qui avait bien voulu nous confier l'examen histologique. Au lieu de la classique microcéphalie « essentielle » que nous nous apprêtions à constater, quelle ne fut pas notre sur-

prise de trouver des lésions de *méningite subaiguë* et, à l'intérieur d'un repli méningé, un nodule inflammatoire, dont voici la description !

Obs. IV. — Sur toute l'étendue de la partie moyenne de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante à droite, les méninges sont à peu près intactes ; cependant à la hauteur d'un certain sillon elles sont légèrement œdémateuses : les veines situées dans cette région ont leurs parois épaissies ; l'une d'elles, notamment, présente une déformation manifeste due à ce que la portion de ses tuniques qui regarde le fond du sillon s'est tuméfiée, de façon à constituer un nodule arrondi infiltré de mononucléaires, riche en fibrine, surtout dans ses parties centrales, et qui se continue sans transition avec le reste des parois veineuses. Au point opposé, une grosse veinule est oblitérée par un thrombus fibrineux, tandis que ses parois rompues en un point, offrent une infiltration leucocytaire inégalement marquée suivant les régions examinées. Tout autour, on constate l'existence, dans l'espace sous-arachnoïdo-pie-mérien, de nombreux éléments jeunes. Dans l'écorce, il y a lieu de distinguer deux zones : 1° celle qui est sous-jacente à la partie saine des méninges ne décèle aucune grosse altération ; les cellules ont leur ordination habituelle, elles ne paraissent pas diminuées de nombre, les vaisseaux sont sains, et la seule anomalie que l'on constate c'est l'existence de blocs de pigment irrégulièrement disséminés dans la substance grise et dont la nature hématique ne semble point douteuse ; 2° dans la zone sous-jacente à la méninge malade, l'aspect est tout autre ; les régions superficielles de l'écorce correspondant à la névroglie marginale sont occupées, en effet, par un réseau fibrillaire plus dense que normalement, au milieu duquel se trouvent de nombreuses cellules-araignées. Les cellules nerveuses proprement dites sont rares : les capillaires, très nombreux, engainés de cellules rondes, ont leur endothélium gonflé et sont comme entourés de blocs pigmentaires. Dans la substance blanche, les capillaires offrent un aspect analogue : autour de quelques-uns, se voient des nodules infectieux.

Sur d'autres coupes du même morceau, on voit un nodule inflammatoire logé dans un sillon, à une certaine distance de la surface. Ce nodule, arrondi sur certaines coupes, est elliptique sur d'autres, son grand axe étant parallèle à l'axe du sillon : il contient, dans son intérieur, quelques lumières vasculaires. Examiné à un fort grossissement, il paraît surtout formé de mononucléaires, souvent vésiculeux, auxquels s'ajoutent quelques hématies et de la fibrine en petits paquets : ces éléments cellulaires sont en *dehors des vaisseaux* (veines) dont la tunique interne n'est nullement épaissie. Cette infiltration s'étend vers l'écorce le long des capillaires ; elle ne contient aucune cellule géante.

Comment interpréter ce nodule ? Sans doute, comme une *gomme* en miniature. C'est l'idée que nous avons eue d'emblée, et elle a été partagée par tous ceux qui ont vu nos coupes ; entre autres, par MM. J. Lhermitte, Nageotte, André Thomas.

*
* *

Que, dans le déterminisme de l'idiotie mongolienne, la notion d'hérédo-syphilis n'explique pas tout, rien de plus vrai ! D'une part, en effet, il y a beaucoup de mongoliens qui ne sont nullement entachés de spécificité. De l'autre, si l'on admet que le mongolisme est « fonction » de syphilis héréditaire, comment rendre compte des cas où, de deux jumeaux, l'un est, l'autre n'est pas mongolien ? Pourquoi, dans notre troisième observation, n'y a-t-il qu'un enfant atteint sur trois ? Et lequel ? Celui qui est venu au monde alors que l'infection paternelle était la plus ancienne ?

Ne disons donc pas : tout mongolisme relève de la syphilis. Mais bien : dans l'étiologie de cette affection, il faut, beaucoup plus souvent qu'on le croyait jadis, faire une place à l'hérédo-syphilis.

DE L'OSCILLOMÉTRIE

DANS SES RAPPORTS AVEC LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE DU CŒUR

Travail du service du Professeur H. VAQUEZ *(Hôpital de la Pitié)*

Par M. AVARITSIOTIS, assistant.

Nous envisagerons l'importance des oscillations depuis le moment où l'aiguille commence à osciller jusqu'au point où elle cesse. En effet nous considérons que les infra-minimales, les grandes oscillations et les supra-maximales sont indispensables pour estimer la capacité fonctionnelle du cœur.

Schéma oscillométrique. — Au point de vue de la courbe oscillométrique nous nous sommes convaincus de son inexactitude. C'est pour cette raison que nous avons essayé de construire un autre schéma et notre procédé est le suivant : on prépare le schéma sur un papier quadrillé repéré en abscisses et ordonnées, en traçant vers la droite, à partir de 0, les chiffres représentant la tension artérielle en centimètres de mercure ; sur une ligne verticale, à la gauche du schéma, on inscrit, à partir du même 0, vers le haut et vers le bas, les chiffres qui correspondent à l'amplitude des oscillations.

Après avoir mesuré celles-ci, on les note sur des lignes perpendiculaires à la ligne horizontale des chiffres de la tension artérielle, de chaque côté de cette dernière ligne.

On inscrit ensuite au-dessus de chaque ligne verticale le chiffre répondant à l'amplitude oscillatoire pour la tension correspondante. On obtient ainsi l'enregistrement exact de l'amplitude de l'aiguille du cadran de l'oscillomètre aux différents moments de la pression artérielle. Les extrémités des différentes lignes, réunies par une ligne donnent un schéma graphique de l'amplitude oscillatoire.

Les schémas oscillométriques, grâce à leur forme graphique, donnent la traduction claire, précise, complète de l'examen pratiqué. Ils permettent de rendre plus facile la détermination des oscillations de l'aiguille à tous les degrés. De plus, on peut en procédant à des examens successifs, à plusieurs moments ou à plusieurs jours d'intervalle, comparer les schémas des uns aux autres, les superposer et en déduire des notions importantes relatives au diagnostic, à l'évolution et au pronostic des différents états morbides.

Le brassard. — Ajoutons que nous préférons le simple brassard pour notre examen oscillométrique, parce que avec le brassard double, il se produit une diminution de l'amplitude des oscillations à tous les degrés et ainsi la sensibilité de l'aiguille oscillatoire qui est si importante pour mesurer la capacité fonctionnelle du myocarde diminue.

Comparaison des oscillations dans les différentes régions. — En comparant les oscillations dans les différentes parties des divers membres et en étudiant leur importance pour en estimer l'état fonctionnel du cœur, nous avons noté qu'il est intéressant et même indispensable d'examiner les oscillations au bras et au cou-de-pied et que l'état normal est caractérisé par une amplitude oscillatoire plus grande au cou-de-pied qu'au bras, cette différence étant l'indice d'une énergie cardiaque satisfaisante, c'est ce qu'on peut appeler l'*état d'équilibre oscillométrique*. Si on le constate chez des sujets

anormaux atteints par exemple d'hypertension et d'insuffisance aortique, on en pourra déduire qu'il y a une adaptation parfaite du cœur à la lésion. En effet, chaque fléchissement du myocarde commence par une diminution des oscillations au cou-de-pied par rapport à celles du bras.

Les oscillations supramaximales et inframinimales. — Leur importance est considérable et c'est pour cela que nous avons toujours eu le soin de noter les différentes variations de l'amplitude des oscillations à partir du moment où l'aiguille commence à osciller jusqu'à celui où elle s'arrête. En effet, l'étude des oscillations supramaximales était d'un grand intérêt pour l'appréciation de l'énergie de la systole du ventricule gauche. La valeur des oscillations inframinimales n'est pas moindre car celles-ci renseignent également sur la force du myocarde à l'extrême diastole : mais elle le fait d'une façon indirecte en permettant d'évaluer l'état de tonicité et l'élasticité des vaisseaux.

D'ailleurs ces données trouvent leur confirmation dans les différentes circonstances pathologiques. Au cours des insuffisances cardiaques progressives, ce sont les oscillations supramaximales qui, les premières, diminuent d'amplitude et ensuite de nombre, alors qu'au même moment les autres oscillations inframinimales restent aussi nombreuses; mais elles augmentent d'amplitude au début de l'insuffisance cardiaque alors qu'il ne s'agit que de distension pour diminuer ensuite progressivement, lorsque la dilatation se produit.

Par contre, si l'insuffisance cardiaque s'améliore, les oscillations supramaximales augmentent de plusieurs degrés. Un exemple particulièrement frappant s'observe chez des malades atteints d'insuffisance aortique, chez lesquels, en cas d'adaptation, les supramaximales sont très amples pour diminuer quand le myocarde se dilate et s'affaiblit.

En résumé cinq éléments essentiels doivent retenir l'attention : le schéma oscillométrique, l'indice oscillométrique (grandes oscillations), les supramaximales, les inframinimales et l'équilibre oscillométrique. C'est seulement de l'ensemble de ces éléments qu'on pourra tirer les notions indispensables pour la connaissance de l'étude de l'énergie cardiaque et de l'influence que les différentes affections du cœur ou de l'organisme peuvent avoir sur elle.

Nous étudierons l'utilité de l'oscillométrie pour l'examen des trois cas suivants :

1° Celui où le myocarde est sain;
2° Celui où le myocarde est insuffisant;
3° Celui où l'on contrôle l'évolution de l'insuffisance cardiaque (quelle qu'en soit la cause) en procédant à des examens répétés.

1° La valeur de ces recherches pour contrôler l'aptitude fonctionnelle du cœur est confirmée par les modifications de l'oscillométrie chez un sujet normal auquel on impose un travail cardiaque exagéré. C'est ainsi que chez un sujet sain, après un examen oscillométrique à jeun, nous avons pratiqué deux nouveaux examens une heure et demie après un repas copieux. Dans l'un de ces examens la prise des oscillations au bras et au cou-de-pied nous a montré que les oscillations inframinimales étaient restées presque les mêmes que lorsque le sujet était à jeun, que l'amplitude des grandes oscillations n'augmentait pas et demeurait plus forte à la cheville qu'au bras; enfin que le nombre et l'amplitude des supramaximales avaient augmenté de plusieurs degrés. Dans un second examen, la prise des oscillations a été faite le sujet étant couché et les jambes tendues en l'air afin d'augmenter la pression sanguine s'exerçant sur le cœur et afin de provoquer un hyperfonctionnement cardiaque; dans ces conditions nous avons observé que les inframinimales étaient comme dans le précédent examen, parfois plus petites qu'à jeun et que l'amplitude des grandes oscillations augmentait dans le sens des supramaximales. Nous avons surtout noté que les oscillations supramaximales étaient devenues plus amples et plus nombreuses qu'à jeun, ou que lorsque le sujet gardait les membres inférieurs dans la position horizontale.

Ceci prouve qu'on peut apprécier, grâce à cette épreuve oscillométrique, des variations même légères de l'aptitude fonctionnelle du cœur. Ceci prouve aussi l'intérêt qu'il y a de rechercher les oscillations supramaximales et inframinimales et principalement à comparer l'ensemble des schémas; plus le myocarde est sain et plus il se contracte bien, plus les supramaximales sont accusées et l'équilibre oscillométrique se maintient alors.

2° L'examen du cœur insuffisant avec l'épreuve précédente nous montre que les supra-maximales n'augmentaient pas suffisamment et même diminuaient parfois; en outre, les autres témoins du fléchissement du myocarde seront : *a*. Les inframinimales, soit qu'elles augmentent si le cœur est distendu et si par conséquent la force constante du cœur est augmentée, soit qu'elles diminuent au contraire si le cœur se dilate par analogie avec la diminution de l'énergie constante du cœur; *b*. La diminution des grandes oscillations; *c*. La diminution des oscillations au cou-de-pied par rapport à celles du bras.

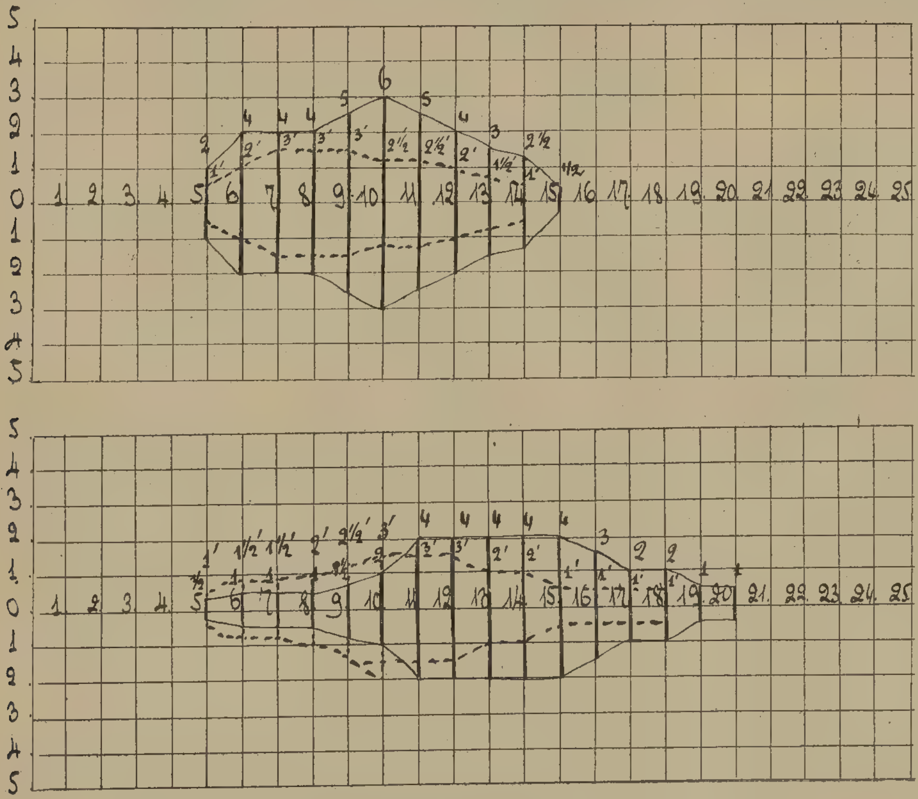
L'utilité de ces deux examens oscillométriques destinés à évaluer la capacité fonctionnelle du cœur aurait été plus grande si nous avions pu donner des chiffres de variation après un état de changement de travail du cœur, bien mesuré. Mais ce dernier travail, nous n'avions pu le faire, car il exigeait, à coup sûr, de longs examens. De plus, l'oscillométrie est pour une part affaire d'initiative personnelle. Tout de même pour apprécier l'état du myocarde, nous nous permettrons d'attirer l'attention sur l'image des schémas, leur variations et leur comparaison au bras et au cou-de-pied.

La valeur de la méthode oscillométrique est fort grande et elle nous servira à déceler l'insuffisance cardiaque et son degré en opérant des examens répétés.

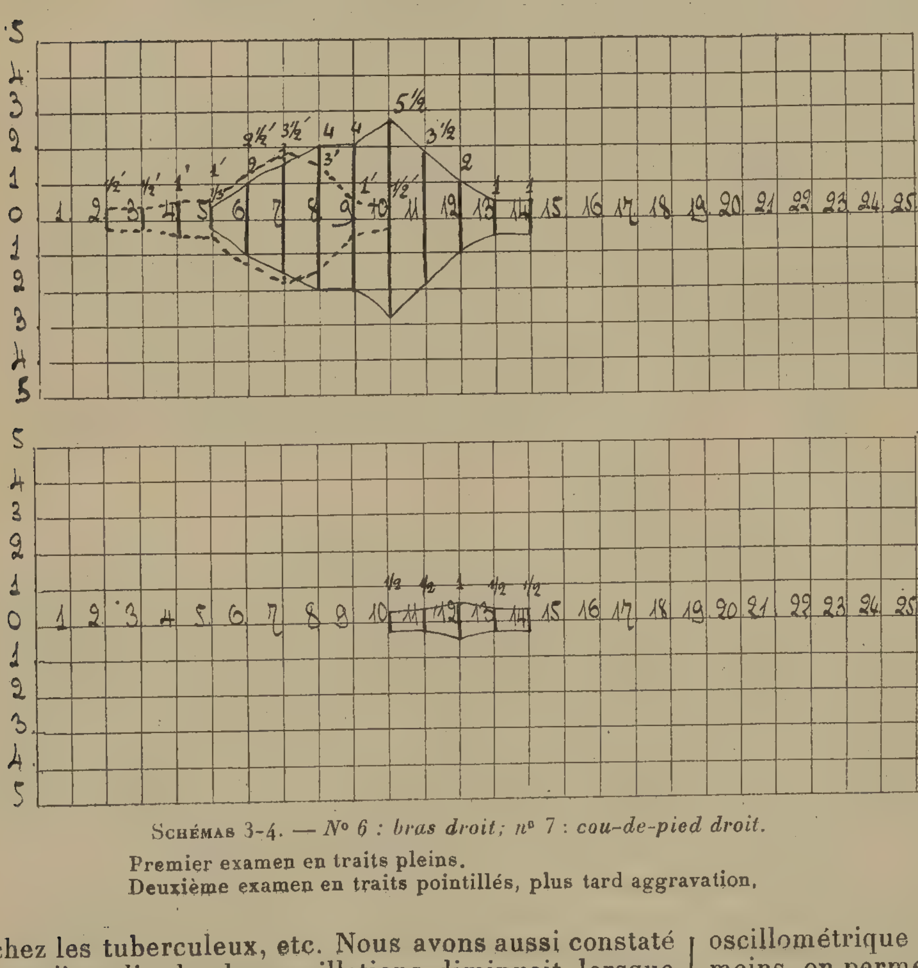
Ainsi :

3° L'amplitude des oscillations diminue en proportion de l'insuffisance cardiaque, les œdèmes périphériques ayant pour effet de diminuer l'amplitude oscillatoire. Dans le bruit de galop il se produit également une diminution notable des oscillations. Quand l'insuffisance cardiaque est plus avancée et que le cœur est dilaté, l'amplitude des oscillations diminue davantage. Nous pouvons considérer que toute hypotonicité de la musculature cardiaque (par exemple dans les myocardites, le bruit de galop, les affections valvulaires au début de la période de décomposition) est ensuite accompagnée d'une diminution de l'amplitude des oscillations, diminution d'autant plus forte que l'hypotonicité est plus grave. (En excluant naturellement les cas où il y aurait une autre affection cardiaque ou extra-cardiaque concomittante).

L'oscillométrie également est un bon moyen d'apprécier l'influence de la maladie (toxémie) sur l'état général et sur le système circulatoire, en particulier chez les tuberculeux, etc. Nous avons aussi constaté que l'amplitude des oscillations diminuait lorsque l'état du malade s'aggravait. Au contraire l'augmentation d'amplitude des oscillations doit être regardée comme un symptôme favorable. Nous pouvons considérer qu'au cours d'une insuffisance aiguë ou chronique, accompagnée ou non d'œdèmes, lorsque après une amélioration apparente ressentie par le malade et qui peut tromper le médecin, l'amplitude des oscillations reste diminuée, il s'agit d'un cœur à capacité réduite, pour lequel on doit craindre une rechute. En autres preuves, nous pouvons apporter l'exemple d'une malade de dix-neuf ans entrée dans le service du professeur H. Vaquez pour une double lésion aortique, bruit de galop et congestion pulmonaire avec fièvre. On constatait chez elle une amplitude des oscillations bien accusée; les supramaximales indiquaient que le cœur réagissait. Mais en comparant l'amplitude des oscillations au cou-de-pied et au bras, on constatait que l'amplitude était la même. On conclut à un début de fléchissement du myocarde. Après un séjour de trois mois à l'hôpital, la malade se sentit mieux et demanda à retourner chez elle ; à ce moment cependant, un nouvel examen oscillométrique indiqua que les oscillations avaient diminué d'amplitude, les supramaximales avaient également diminué beaucoup ; d'autre part, en comparant les oscillations au bras et au cou-de-pied, on notait que l'amplitude des oscillations au cou-de-pied était inférieur de moitié à celle observée au bras ; par conséquent, malgré l'amélioration et le bien-être éprouvé par la malade, le pronostic porté après l'examen oscillométrique devait être fâcheux. En effet, un mois après la malade revenait dans un état très précaire et ne tardait pas à succomber.



Schémas 1-2. — *N° 4 : bras gauche; n° 5 : cou-de-pied gauche.*
Premier examen en traits pleins.
Deuxième examen en traits pointillés, plus tard aggravation.



Schémas 3-4. — *N° 6 : bras droit; n° 7 : cou-de-pied droit.*
Premier examen en traits pleins.
Deuxième examen en traits pointillés, plus tard aggravation.

Un autre cas particulièrement instructif est le suivant : il concerne une hypertendue chez laquelle on vit apparaître des signes nets de défaillance cardiaque ; cependant la tension artérielle était restée la même. Les schémas oscillométriques confirment les résultats de la radioscopie : le cœur s'est dilaté.

Autre observation. Malade S..., âgée de soixante-six ans. T. A. 14-9 (Vaquez). Maladie mitrale, bruit de galop. Après deux mois dans le service du professeur H. Vaquez, la malade voit son état général amélioré, le bruit de galop a diminué ; cependant l'examen oscillométrique indique une aggravation. Néanmoins, on permet à la malade d'aller au Vésinet sur sa demande. Vingt jours après, la malade revient

dans un état précaire et un nouvel examen oscillométrique montre de nouveau une aggravation, plus marquée maintenant (décédée). (Voir schémas nos 1 et 2.)

Encore un fait. Malade D..., âgée de quarante-cinq ans, vient à l'hôpital pour insuffisanse cardiaque avec œdèmes, morte un mois après son entrée dans le service. Nous avions pu constater la diminution des oscillations proportionnellement à l'aggravation de la maladie. (Voir schémas nos 3 et 4.)

Nous pourrions rapporter d'autres exemples de la valeur diagnostic de l'oscillométrie. Il résulte de nos examens que l'oscillométrie se trouve en rapport étroit avec l'état de la musculature cardiaque et les orthodiagrames du cœur, indépendamment du degré et des variations de la tension artérielle. La tachycardie constitue une partie intégrante de l'oscillométrie, étant donné que l'amplitude des oscillations diminue à mesure que la tachycardie augmente quand celle-ci devient pathologique.

Nous considérons que les symptômes de fléchissement cardiaque, au point de vue oscillométrique, progressent souvent dans le même ordre jusqu'à la mort. Quelle que soit la maladie au cours de laquelle il se produit — et qu'il y ait ou non hypertension — si nous partons de l'équilibre oscillométrique, c'est-à-dire de l'état dans lequel les oscillations sont plus amples au cou-de-pied qu'au bras, nous voyons qu'il y a dans le cas du fléchissement cardiaque les variations suivantes : d'abord une diminution de l'amplitude des oscillations à la cheville qui tend à devenir égale à celle observée au bras. Puis une augmentation de cette amplitude au bras, tandis qu'au cou-de-pied la diminution continue.

Enfin une diminution au bras et à la cheville. Il arrive un moment où l'amplitude au cou-de-pied redevient égale à celle du bras, mais elle est alors très diminuée. Et peu de temps avant la mort, la diminution est encore plus forte à la cheville.

L'observation méthodique des oscillations donne la valeur de l'impulsion cardiaque et permet de suivre, pas à pas, toutes les étapes et même de prévenir tout fléchissement du cœur.

Dans nos divers examens, nous pouvons conclure que la tension artérielle, comme les maladies, influe sur l'oscillométrie, par l'intermédiaire de l'état de la musculature cardiaque. De plus, il est légitime d'admettre que l'oscillométrie est une méthode précieuse pour évaluer la capacité fonctionnelle du cœur et qu'elle peut, dans une certaine mesure, utiliser comme l'orthodiagraphie du cœur (1).

FAITS CLINIQUES

Méningococcie à forme pseudo-palustre et cachectisante compliquée de méningite. Auto-vaccin. Transfusion sanguine. Guérison (2), par le médecin-major GRENIER.

Un soldat entre à l'hôpital le 16 novembre 1924 avec un syndrome de purpura infectieux; au bout de quelques jours, une céphalée intense, sans Kernig, attire l'attention vers les méninges; on fait une ponction lombaire : liquide purulent, avec polynucléose intense, mais sans méningocoques. Avec un traitement par le sérum antiméningococcique intrarachidien, les symptômes méningés s'apaisent rapidement; puis la fièvre se rallume et la courbe de la température prend nettement des allures pseudo-palustres. Après plusieurs hémocultures négatives, M. Grenier a enfin une hémoculture donnant du méningocoque B; des injections sous-cutanées de sérum antiméningococcique sont faites, sans grands résultats.

Un auto-vaccin amène quelques jours d'apyrexie. Brusquement, la fièvre se rallume; une nouvelle éruption pétéchiale apparaît sur les jambes et l'abdomen. L'état général du malade devient extrêmement grave; on fait alors, par la méthode de Rieux, une transfusion sanguine (120 centimètres cubes) et, dès le lendemain, l'amélioration est très nette; une seconde transfusion de sang, faite six jours après la première, détermine un choc violent : chute de la pression, pouls petit, élévation de la température; le malade finit par guérir, en avril 1925.

Il s'agit donc d'une septicémie à méningocoques, compliquée pendant quelques jours de méningite, se traduisant cliniquement par un état infectieux grave et prolongé, du purpura, une fièvre intermittente et une véritable cachexie; le malade qui pesait 65 kilogrammes au moment de son incorporation est arrivé, au troisième mois de sa maladie, à ne plus peser que 38 kilogrammes. La transfusion sanguine a été l'amorce d'une véritable résurrection au moment où la situation paraissait désespérée.

Un cas de sarcome primitif du poumon avec envahissement secondaire du cœur; la forme asystolique du cancer du poumon (1), par A. MONNIER, U. MONNIER et R. PICARD.

Un homme de quarante-trois ans entre à l'hôpital parce qu'il est très oppressé; on lui trouve une pleurésie gauche hémorragique, et l'on fait le diagnostic de néoplasme du poumon; les jours suivants, ce malade devient asystolique, avec arythmie complète, foie gros et douloureux, œdème des membres inférieurs, et il succombe rapidement.

A l'autopsie, grosse tumeur du poumon gauche, tumeur dure, bosselée, irrégulière, avec propagation au médiastin, au péricarde et même au myocarde; on constate, en effet, un envahissement des oreillettes par la tumeur. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un sarcome primitif du poumon ayant son point de départ dans le tissu conjonctif péri-alvéolaire.

Le sarcome primitif du poumon est rare; 145 cas seulement en ont été publiés. Ce sarcome, dans sa période terminale, a réalisé le tableau clinique de l'asystolie, ce qui est encore plus exceptionnel; il n'y a que trois observations antérieures de sarcome ou d'épithélioma du poumon à forme asystolique.

Crises paroxystiques d'élévation des yeux chez les parkinsoniens post-encéphalitiques (2), par MIRALLIÉ.

Atteint d'encéphalite léthargique en 1918, devenu parkinsonien en 1922, un malade présente, depuis 1923, des crises d'élévation spasmodique des yeux, qui regardent en haut et à droite, en même temps que la tête se dévie vers la droite; parfois, mais rarement, pendant la crise, le bras droit se fléchit, la main droite se portant à la hauteur de la bouche, les doigts allongés.

Ces crises oculogyres paroxystiques sont peu fréquentes; depuis la première observation d'Euzière et Pagès (Montpellier, 1923), on n'en a publié qu'une vingtaine de cas. La durée de la crise est très variable, de quelques minutes à douze heures. On peut se demander s'il n'y a pas parfois quelques relations entre une telle crise et l'épilepsie bravais-jacksonienne. Dans le cas de M. Mirallié, déviation oculaire, torsion de la tête et contraction tonique du bras, c'est un syndrome qui ressemble à une crise jacksonienne; mais la contraction tonique n'est jamais suivie de convulsion clonique

M. BRELET.

---

(1) E. AVARITSIOTIS. L'oscillométrie en tant que dynamométrie cardiaque, *Bulletin méd.*, 12 juin 1926.
(2) *Gaz. méd. de Nantes*, 1er mars 1926.

(1) *Gaz. méd. de Nantes*, 15 mars 1926.
(2) *Idem.*

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies des intestins. Sémiologie et thérapeutique générale, avec un formulaire des principaux médicaments et des principales prescriptions (1), par MM. J. CASTAIGNE, Fr. MOUTIER, R. GOIFFON et P. AUBOURG.

Ce livre est pratique, utile, fait de clarté et de précision. Ses auteurs sont au premier plan de leur spécialité. Ils ont apporté à l'œuvre commune le meilleur de leur science et de leur expérience, dans une parfaite unité de vues et une complète communauté d'idées.

Les maladies des intestins, nouveau titre dans la « Collection du Livre du Médecin » si répandue que son éloge n'est plus à faire, représentent un des chapitres les plus délicats de la pratique médicale. Sous le triple flambeau de la clinique avec le docteur Moutier, de la coprologie avec le docteur René Goiffon et de la radiologie avec le docteur Paul Aubourg, la route du médecin est largement éclairée. Il lui est facile d'utiliser les plus récentes acquisitions scientifiques pour le plus grand bien du malade qui s'est confié à lui.

Comme toujours, l'édition sortie de chez A. Poinat, est impeccable : belle impression, papier de choix, reliure aussi solide qu'artistique.

L. G.

Les petites maladies et leur traitement (2), par L. WILLIAMS médecin des hôpitaux français de Londres traduit sur la cinquième édition anglaise par le docteur F. FRANÇON ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Aix-les-Bains.

L'idée de cet ouvrage remonte aux débuts de l'auteur, en clientèle. Frais émoulu de l'Ecole, il s'aperçut que ses études l'avaient bien préparé à combattre les grandes maladies, fièvres typhoïdes, valvulites, rhumatisme articulaire aigu, mais non celles pour lesquelles il était le plus souvent consulté, rhumes, dyspepsies, etc. Constatation plus décevante encore, sur la description et le traitement de ces affections plus humbles, les manuels observaient un silence prudent. Cette lacune de l'enseignement et des traités, l'auteur résolut dès lors de la combler quand une expérience personnelle suffisamment prolongée lui aurait donné le savoir indispensable. Vingt ans après (1906), il publia son livre pour éviter à jamais les « difficultés » qu'il avait rencontrées : cinq éditions successives (la dernière de 1923), témoignent du succès qu'il rencontra chez nos amis d'Outre-Manche.

Nous pensons qu'il trouvera chez nous la même faveur : les sujets qu'il aborde, appartiennent tous au cadre de la médecine journalière et le praticien y trouvera d'utiles suggestions thérapeutiques et de nombreuses formules.

L. G.

Les Vertiges (3), par MM. LÉVY-VALENSI et HALPHEN.

Ce livre, dû à la collaboration de deux spécialistes réputés, est essentiellement pratique. Il s'adresse aux étudiants, aux praticiens, spécialisés ou non, pour qui la question des vertiges est presque toujours un problème difficile à résoudre, et l'examen du labyrinthe et des voies vestibulaires une spécialité dans la spécialité, réservée jusqu'à présent à quelques cliniciens plus épris de la théorie que de la réalisation.

Cependant, dépouillée de toute bibliographie et de toute controverse scientifique nuisible à la clarté, cette monographie cherche à exposer à des esprits non avertis ce qu'est en réalité le vertige, quels sont les organes dont il traduit la souffrance et comment le praticien peut sans difficulté poser son diagnostic étiologique base d'un traitement.

Après avoir décrit la physiologie du vestibule et des voies acoustiques, après avoir exposé les différentes épreuves, pneumatique, rotatoire, calorique, galvanique, les différents réflexes de posture ou d'indication capables de montrer la paralysie de la VIIIe paire, de ses centres ou de ses arborisations terminales au niveau des canaux semi-circulaires, de l'utricule, du saccule, les auteurs exposent la manière de conduire les recherches propres à établir un diagnostic.

S'agit-il d'une suppuration auriculaire, le diagnostic se posera entre un abcès du cervelet et une labyrinthite ; existe-il un traumatisme dans les antécédents, le problème se simplifiera et deviendra seulement une question de pronostic.

Le vertige est-il de nature syphilitique, ou bien est-il apparu chez un sourd de vieille date? Enfin l'apoplexie labyrinthique, l'hémorragie labyrinthique sera longuement étudiée et différenciée de tous les syndromes ménieriformes d'origine vasculaire ou sympathique. Et en dernière analyse les différentes affections du système nerveux susceptibles de provoquer du vertige seront passées en revue.

La thérapeutique découlera forcément du diagnostic : aussi chaque chapitre étiologique laissera entrevoir la thérapeutique appropriée au cas clinique envisagé.

De nombreuses figures tirées en partie des travaux antérieurs des deux auteurs sur le même sujet illustrent ce petit volume qui trouvera sa place aussi bien dans la bibliothèque de l'otologiste que dans celle du neurologiste.

L. BABONNEIX.

(1) Un volume, 11,5 × 17,5, de 308 pages, avec 46 figures. Prix cartonné, pleine toile : 15 fr. — Paris, A. Poinat.
(2) Un volume in-8. — Prix : 25 fr. — Paris, Félix Alcan.
(3) In-8, 41 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Norbet Maloine.

L'Armement antituberculeux français. *Comité national de défense contre la tuberculose* (1). Deuxième édition mise à jour. Introduction de MM. Léon BERNARD et G. POIX.

Cet ouvrage, véritable « Bottin » de la lutte contre la tuberculose, fait connaître les établissements antituberculeux dont nous disposons, et permet l'envoi des malades dans des contrées appropriées.

Cette nouvelle édition a été entièrement mise à jour. Elle débute par une introduction du professeur Léon Bernard et du docteur Poix sur l'armement antituberculeux français : Comité national, Organisations départementales, Dispensaires, Ecoles d'infirmières visiteuses, Service de préservation de l'enfance, Sanatoriums de cure, Ecoles sanitaires de rééducation professionnelle, Hôpitaux sanatoriums, Services hospitaliers pour tuberculeux, Sanatoriums maritimes, Services de santé de la guerre et de la marine.

Puis sont réunis tous les renseignements sur les organismes existants en France. La classification par départements a été adoptée, parce que chaque département doit avoir à son chef-lieu une organisation centrale, chargée de coordonner tous les efforts locaux, conformément au plan d'organisation qui a été tracé par le Comité national.

Pour chaque département, on trouvera donc les documents les plus récents sur les organisations antituberculeuses suivantes : Comité national, Comités locaux, Comités départementaux, Stations de cure, Dispensaires, Préventoriums, Sanatoriums marins, Sanatoriums, Stations et hôpitaux sanitaires, Services hospitaliers d'isolement, Ecoles de rééducation professionnelle, Placement familial et collectif, Ecoles d'infirmières visiteuses, etc.

Une table analytique des matières classe chacun des organismes antituberculeux suivant le but qu'il doit remplir.

L. G.

Le Petit précis annuel 1926 (2). (Collection « les Petits précis » publiés sous la direction du docteur A. CANTONNET.)

Le *Petit précis annuel* (1926) n'a pas la prétention d'indiquer tout ce qui a paru dans l'année 1925 en médecine, en chirurgie et dans les diverses spécialités. L'auteur s'est donné comme objectif d'exposer dans un aperçu général l'évolution des sciences médicales afin que le lecteur puisse dégager une vue d'ensemble. Le but poursuivi est le même que celui vers lequel tend la collection des « Petits Précis » : concision, utilité.

22 volumes, sur 54 que comprend la Collection, sont déjà parus.

L. G.

(1) Un volume de 328 pages. Prix : 25 fr. (hausse 20 p. 100). — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8. Prix : 8 fr. 50. — Paris, Norbert Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

ÉPANCHEMENTS SANGUINS TRAUMATIQUES INTRA-CRANIENS [1]

2° **Intervalle libre.** — Peu à peu, dans les heures qui suivent, le blessé sort de sa torpeur et *revient à lui.*

Parfois même, si la commotion a été légère, il peut reprendre son travail.

Sa durée varie, suivant la rapidité de l'hémorragie, généralement *quelques heures.*

Parfois vingt-quatre heures, exceptionnellement plusieurs jours.

3° **Phase de compression progressive.** — C'est la période d'état et d'intervention.

Le caractère essentiel est la *progression des symptômes.*

DÉBUT des accidents est :

a. Rarement brutal, tel un ictus.

b. Généralement il est progressif.

Céphalée est généralement le premier signe, elle s'accompagne bientôt de :

Torpeur, obnubilation, perte de connaissance passagère.

Pâleur.

Parfois :

Un vomissement;

Des phénomènes d'excitation, agitation, délire, attirent également l'attention.

La commotion cérébrale va se manifester par :

Des signes constants d'hypertension diffuse ;

Des signes de localisation.

Signes de compression. — L'étude du :

1° POULS. — A une importance capitale, il doit être systématiquement pris et noté de demi-heure en demi-heure chez tout blessé du crâne.

Il se ralentit progressivement et de façon continue et peut descendre jusqu'à 40, 30, à la minute.

Il reste fort, tendu, régulier.

2° TENSION ARTÉRIELLE. — Progressivement s'élève.

3° RESPIRATION. — Se ralentit, devient stertoreuse, prend parfois le type de Cheyne-Stokes.

4° TEMPÉRATURE. — Généralement baisse. Parfois monte en flèche à 40 degrés, témoin de lésion cérébrale associée, le pronostic est alors grave.

5° TORPEUR est de plus en plus marquée.

Signes de localisations. — Doivent être systématiquement recherchés. Ils ont une grosse valeur, mais sont plus inconstants.

1° LA PUPILLE. — Ne réagit plus.

Se dilate du côté de l'épanchement. Pour certains, du côté opposé (signe de Criesinger).

2° RÉFLEXES *diminuent* progressivement et *disparaissent* du côté opposé à l'épanchement.

Babinski a une grosse valeur localisatrice, s'il est unilatéral du côté opposé à l'épanchement.

3° LES AUTRES SIGNES DE LOCALISATION sont plus inconstants. Il ne faut pas attendre leur apparition pour intervenir. Ce sont :

a. Rarement à cette phase *des convulsions* à type bravais-jacksonien.

b. En règle *des paralysies ou parésie croisées.*

L'hémiplégie est rare.

La monoplégie ou des paralysies très localisées (main, pied) plus fréquentes.

L'hémiplégie respiratoire (signe d'Ortner) a une certaine valeur.

La déviation conjuguée de la tête et des yeux.

4° Il ne faut pas compter sur **les signes de Gérard Marchand,** toujours très tardifs.

L'œdème diffus temporo-pariétal.

L'ecchymose temporo-pariétale diffuse.

Une douleur vive à la pression tirant le blessé de sa torpeur.

En résumé, chez un blessé qui, après un traumatisme cranien reprend connaissance, l'apparition de *somnolence*, avec *céphalée* et *torpeur*, accompagnée de *ralentissement progressif du pouls,* de la respiration, de diminution des réflexes constituent une indication formelle d'intervention d'urgence.

La progression des symptômes autant que leur constatation constituant un des plus gros élément du diagnostic.

La ponction lombaire montre :

a. En cas d'hématome sus-dural pur, un *liquide clair, hypertendu,* et vient confirmer le diagnostic.

b. Plus souvent on retire un *liquide sanglant,* témoin d'une hémorragie sous-arachnoïdienne associée.

Seule une trépanation immédiate permet d'éviter la phase terminale.

Evolution. — 1° *Si on pratique la trépanation.* — La guérison survient dans 70 p. 100 des cas.

2° *Si on n'intervient pas.* — Evolution vers la mort :

Soit rapidement en quelques heures.

Soit plus lentement en deux à trois jours.

Le coma de plus en plus complet fait place à la torpeur.

Le réflexe cornéen disparaît.

L'inversion des phénomènes bulbaires annonce l'imminence de la mort.

Pouls s'accélère, devient irrégulier.

Température monte à 40 degrés.

Respiration s'embarrasse.

Mort survient par collapsus.

Formes cliniques de l'hématome extradural. — Sont nombreuses en raison des lésions qui peuvent lui être associées.

1° **La perte de connaissance peut manquer au début.** — Après un éblouissement passager, le blessé a continué son travail.

2° **L'intervalle libre.**

Peut être masqué. — Cas très fréquent en clinique par les symptômes de *contusion, commotion* associées.

Le diagnostic devient extrêmement difficile. Il faut se baser sur la *progression des signes d'hypertension diffuse.* Ralentissement du pouls, etc.

Peut être prolongé plusieurs jours. C'est dans ces cas surtout que :

L'examen du fond de l'œil montrant la stase ;

l'œdème de la papille du côté de l'épanchement (signes de Ledderhose) peut être important pour le diagnostic.

3° **L'hématome enfin peut s'accroître en plusieurs temps.** — Les signes cliniques progressent alors parallèlement par accords, modifiant ainsi le tableau clinique.

II. EPANCHEMENTS SOUS-DURALS. — Sont très fréquents. Ce sont les seuls observés chez l'enfant et le veillard.

La *ponction lombaire* d'un intérêt considérable permet d'en dépister les formes frustes.

DÉBUT. — *Plus lent, plus tardif,* peut commencer des jours (cinq à sept), parfois des semaines après le traumatisme.

Il est : *soit progressif* au cours d'un coma post-traumatique.

Soit marqué par des *à-coups successifs d'aggravation.*

ETAT. — Ce sont :

1° **Surtout des signes méningés :**

Céphalée, agitation ;

Vomissement. Raideur de la nuque ;

Kernig. *Température à 40 degrés.*

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 72, p. 1167.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études sur la sérologie de la tuberculose. (Travaux et publications de l'Institut prophylactique.) Directeur : docteur Arthur VERNES. Fascicule IV. Une brochure grand in-8. — Prix : 5 fr. — Paris 1926, A. Maloine.

La Médecine de demain, science de la vie, par le docteur E. LAPLANCHE. Un volume in-16 de 160 pages. Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Reims — Un concours pour quatre places d'internes en médecine s'ouvrira le vendredi 22 octobre 1926, à 9 h. du matin, à l'hôpital civil.

Les candidats se feront inscrire au secrétariat des hospices, 1, place Museux. Les inscriptions devront être parvenues le 12 octobre au soir au plus tard. Passé ce délai, nul ne sera inscrit.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris à 9 h du matin, le lundi 25 octobre 1926, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — I. Clinicat médical : 7 titulaires (2 avec traitement, 5 sans traitement), 2 adjoints; II. Clinicat chirurgical : 3 titulaires (1 avec traitement, 2 sans traitement), 2 adjoints; III. Clinicat oto-rhino-laryngologique : 2 adjoints; IV. Clinicat des maladies mentales : 4 titulaires (2 avec traitement, 2 sans traitement); V. Clinicat thérapeutique médicale : 2 titulaires (1 avec traitement, 1 sans traitement); VI. Clinicat chirurgical infantile : 1 titulaire (avec traitement), 1 adjoint; VII. Clinicat obstétrical : 6 titulaires (3 avec traitement, 3 sans traitement); VIII. Clinicat propédeutique : 2 titulaires (sans traitement), 1 adjoint; IX. Clinicat gynécologique : 2 titulaires (1 avec traitement, 1 sans traitement); X. Clinicat maladies cutanées et syphilitiques : 1 titulaire (sans traitement), 1 adjoint; XI. Clinicat maladies nerveuses : 3 titulaires (1 avec traitement, 2 sans traitement); XII. Clinicat ophtalmologique : 2 adjoints.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 16 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 15 à 17 h.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Sont nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de 1re classe. — M. Michaud, médecin de 1re classe en retraite.

Au grade de médecin de 2e classe. — M. Fontaine, médecin de 2e classe démissionnaire.

LE CINQUANTENAIRE DE L'ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE, (15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e). — L'école d'anthropologie de Paris célébrera le cinquantenaire de sa fondation le mercredi 3 novembre 1926.

Pendant ce demi-siècle, elle a su conserver, grâce à la sympathie de ses amis du monde entier et à l'appui bienveillant du Gouvernement, de la ville de Paris et du département de la Seine, son autonomie et la complète liberté de son enseignement. Ses cours ont toujours reflété cet esprit de libre recherche et de hardiesse scientifique que lui avait donné l'illustre Broca, son créateur.

Aucun des domaines de l'anthropologie ne lui est resté étranger : les questions de morphologie, de paléontologie, de préhistoire, d'études ethniques et sociales, de linguistique, de géographie humaine, d'eugénique, ont été répandues dans un public d'élite par ses professeurs et ses conférenciers.

Elle a pris de multiples initiatives, notamment, la fondation, il y a quelques années, de l'Institut international d'anthropologie, puissante association qui groupe aujourd'hui les efforts communs de nombreux chercheurs de tous les pays civilisés et a, comme organe, la *Revue d'anthropologie* (ancienne revue de l'école d'anthropologie, qui termine actuellement sa trente-sixième année).

La célébration du cinquantenaire aura lieu avec un grand éclat, digne du glorieux passé de la célèbre Ecole.

ACADÉMIE ROYALE D'ESPAGNE. — M. le professeur Jules Bordet (de Bruxelles) vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale d'Espagne.

NOUVELLE REVUE. — Nous signalons tout particulièrement l'apparition d'une nouvelle revue destinée aux radiations appelée : *Annales de l'Institut d'actinologie.*

Le premier numéro se compose de 180 pages, 16 articles, parmi lesquels nous relevons ceux de MM. les professeurs Jeanselme (dermatologie), Legueu (fistules urinaires); professeur agrégé Gougerot (radiolucites); les docteurs J. Saidman (hygiène sociale), L. G. Dufestel (les nourrissons), etc.

La bibliographie très abondante comprend près de 200 analyses bien classées et 16 planches hors texte.

Ce livre est publié par un groupe d'actinologues, de radiologistes qui, nous tiennent au courant de leurs efforts dans leurs travaux sur les applications des rayons ultraviolets et infrarouges. Elle sera utile à tous ceux qui s'intéressent aux résultats obtenus dans l'emploi des radiations dans le traitement des différentes maladies.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Abel Brémond (de Marseille), Kauffmann, oto-rhino-laryngologiste à Angers; Parent (de Lons-le-Saulnier), Pinel (de Pont-Rousseau), Claude-Henry Pinoche (de Moulins-la-Marche), père de M. Claude Pinoche, interne des hôpitaux de Paris et oncle du docteur Wolfromm, ancien interne des hôpitaux de Paris, auxquels nous adressons l'expression de nos bien vives condoléances; et Alfred Sautel, décédé à Salon.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca, service de M. le professeur Jean-Louis FAURE). — Cours de vacances. — *Gynécologie. Cours de perfectionnement.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques: Leroy, chef de clinique; Braine, prosecteur des hôpitaux, chef de clinique, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 20 septembre au samedi 2 octobre 1926.

Le cours complet en 12 leçons aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 17 à 19 h., sauf le dimanche.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu à la fin du cours.

Le droit à verser est de 250 fr.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mercredis, vendredis, de 15 h., à 17 h.

HOPITAL BEAUJON. — RADIOTHÉRAPIE PÉNÉTRANTE. — Le mardi 5 octobre 1926 et tous les mardis suivants à 9 h., au laboratoire de rayons X de l'hôpital Beaujon, MM. Aubourg, chef de laboratoire et Joly, assistant, feront une démonstration pratique de radiothérapie profonde dans le traitement des tumeurs.

Programme général. — 1° Présentation d'un malade devant être radiothérapié; exposé de l'histoire clinique; résultats des méthodes de laboratoire : radiodiagnostic, hématologie, histologie, etc.

2° Discussion du pronostic, des indications et des résultats de la radiothérapie par comparaison avec les cas similaires de la bibliographie et les cas personnellement observés.

3° Exposé du plan d'irradiation : qualité et quantité de radiations à employer dans les cas particuliers; répartition des séances de radiothérapie.

4° Mise en place du malade et début du traitement.

5° Examen de malades antérieurement traités.

— ELECTROLOGIE. — Le vendredi 8 octobre et tous les vendredis suivants à 9 h., au laboratoire d'électrologie de M. Aubourg, MM. Vignal, chef-adjoint et Quivy, assistant, feront à l'hôpital Beaujon, une démonstration pratique d'électro-diagnostic et d'électrothérapie (diathermie, haute fréquence, rayons ultraviolets, courants galvanique et faradique).

Programme général. — 1° Exposé de l'observation clinique d'un malade adressé au laboratoire.

2° Discussion des indications et des résultats de l'électrothérapie d'après la bibliographie et les cas personnellement observés.

3° Modes d'application du traitement (doses, nombre, durée et répartition des séances; disposition des électrodes).

4° Mise en place du malade et début du traitement.

5° Examen de malades antérieurement traités.

L'assistance, à ces démonstrations réservées aux étudiants et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

Il n'y a pas de maladies, il y a des malades; tel n'est point cependant, et ne peut être, l'avis de ceux qui considèrent la technique non comme un moyen, mais comme un but, et lui accordent une suprématie parfaitement injustifiée et certainement dangereuse.

La technique — but — ne saurait envisager que les accidents, conclusions des phénomènes pathologiques; quant à la nature de ces phénomènes, à leurs causes, à leurs variations individuelles, que lui importe?

L'aboutissant normal de cette méthode, si toutefois on peut employer ce mot, est la standardisation : il y a des maladies, ou plutôt des accidents pathologiques, dûment catalogués, et à chacun doit correspondre un traitement. Il ne reste dans ces conditions qu'à brûler tous les traités de médecine : un dictionnaire, un simple lexique, les remplacera avantageusement.

Les chirurgiens-dentistes, qui s'obstinent à demeurer des techniciens, devaient fatalement en arriver à cette idée simple et simpliste; et c'est bien la tendance qu'ils ont manifestée à leur réunion de juillet dernier à Lyon. La grande affaire leur paraît être une codification de la thérapeutique en un traitement unique pour tous les cas : il n'y aurait ainsi qu'une carie, une pyorrhée, etc., et cette carie, cette pyorrhée n'auraient chacune qu'un seul traitement.

Comme ainsi la médecine devient simple, et surtout simple à pratiquer. A quoi bon de longues études pour aboutir à de telles manœuvres, qui pourront être évidemment exécutées par le premier venu?

Il est piquant de noter que ces idées ont été exposées à un Congrès dit d'avancement des sciences!

Et les stomatologistes, direz-vous? Il est à peine besoin de dire que, pour eux, la pathologie générale existe bel et bien, de même que les malades et non point seulement les maladies.

Cette différence essentielle vaut bien d'être notée.

A. HERPIN.

RENSEIGNEMENTS

DOCTEUR cherche confrère à la campagne, pouvant prendre en pension neurasthénique et la soigner. — Ecrire au Journal.

REVUE GÉNÉRALE

DES NÉPHRITES AIGUES HÉMATURIQUES

(Travail du service du Professeur LEMIERRE.)

Par le docteur CAMILLE DREYFUS,
Ancien médecin assistant des Hôpitaux civils de Mulhouse.

L'hématurie est un symptôme banal qu'on peut observer au cours de toutes les néphrites aiguës.

A côté des formes histologiques, où l'on ne rencontre que quelques hématies dans le sédiment urinaire, il existe des formes massives, bien caractérisées, où la seule vue des urines suffit à poser le diagnostic d'hématurie.

Entre ces deux extrêmes il y a toute la gamme des formes de transition. C'est dire qu'entre l'hématurie microscopique et l'hématurie macroscopique, il n'y a pas de différence essentielle, mais seulement une différence de degré.

Le terme de : *néphrite aiguë hématurique* ne veut être qu'une dénomination commode pour marquer la note particulière qu'imprime l'hématurie au tableau clinique, soit que cette hématurie existe à l'état isolé, soit qu'elle se présente associée au syndrome de rétention.

En parlant des néphrites aiguës hématuriques nous n'avons pas en vue d'étudier une forme clinique particulière des néphrites aiguës.

Il n'y a pas d'entité clinique : néphrite aiguë hématurique. Mais il y a bien des néphrites aiguës où l'hématurie est si importante qu'elle attire l'attention du médecin, des néphrites où l'hématurie devient le symptôme clinique dominant.

Cette conception est généralement admise en France.

MM. Widal et May se sont clairement exprimés à ce sujet dans le *Traité*, de Gilbert et Carnot, art. RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, fasc. VIII, en étudiant les déterminations rénales de la maladie de Bouillaud.

Ils acceptent la forme hématurique décrite par Normand « à condition que l'on n'oublie pas que l'hématurie peut compliquer ou non la néphrite rhumatismale comme les autres néphrites infectieuses, sans que sa présence caractérise réellement une forme spéciale ».

Tel est aussi l'avis de MM. Langeron et Bocca dans un travail paru dans le *Journal de médecine de Lyon* : « L'hématurie n'est qu'un symptôme pouvant survenir à des moments variés au cours de l'évolution des diverses néphrites quelles que soient leurs causes et leurs autres manifestations. Il vaut mieux parler d'hématuries au cours des néphrites que de néphrite hématurique. »

Et enfin M. Janet étudiant les principaux types cliniques des néphrites chez les enfants après avoir rappelé qu'on peut rencontrer l'hématurie dans toutes les formes des néphrites aiguës, conclut : « Il ne s'agit pas d'un type clinique indépendant, c'est dire que les symptômes associés, l'évolution le pronostic; l'étiologie sont variables. »

Des observations recueillies dans le service du professeur Lemierre à l'hôpital Bichat nous fournissent l'occasion d'une étude d'ensemble des néphrites aiguës hématuriques.

Nous ne nous occuperons pas des néphrites aiguës avec hématurie microscopique; nous n'étudierons que les néphrites aiguës où l'hématurie domine le tableau clinique.

Etiologie des néphrites aiguës hématuriques. — Deux grandes causes sont à l'origine des néphrites aiguës en général, des néphrites aiguës hématuriques en particulier à savoir l'infection et l'intoxication.

On notera toutefois une prépondérance de l'infection comme élément étiologique dans la production des hématuries.

Parmi les travaux qui ont été consacrés à l'étude des néphrites aiguës hématuriques citons les thèses de Fontaine en 1903, de Mlle Vasseur en 1910, les nombreuses communications de M. Comby à la Société de pédiatrie.

Certaines affections donnent plus volontiers que d'autres des néphrites aiguës hématuriques. On a signalé l'eczéma, l'impetigo (Comby), la gale (Saurain), le purpura (Hutinel), les affections pharyngées (Castaigne).

Une étude intéressante est publiée par MM. Kayser, Peteresen et Schwab concernant le rôle de l'infection pharyngée dans l'étiologie de la néphrite aiguë hématurique.

Les auteurs ont observé à la clinique médicale de l'hôpital de Saint-Esprit à Francfort du mois de janvier 1915 au 15 novembre 1921, 479 angines; chez 7,5 p. 100 ils ont noté une néphrite; dans 86 p. 100 des néphrites ils ont constaté une hématurie.

La néphrite de la scarlatine, la néphrite de la pneumonie sont souvent hématuriques.

Dans une revue d'ensemble sur l'endocardite lente à streptoccoque M. P. Noël Deschamps rappelle la fréquence de la néphrite aiguë hématurique dans cette affection.

Bien que rare au cours de la diphtérie la néphrite peut être hématurique comme le signale M. Jochmann dans son *Traité des maladies infectieuses*.

Bien souvent la néphrite rhumatismale est hématurique ainsi que le prouvent les observations publiées par MM. Marcel Labbé et Meaux Saint-Marc, par M. Léon-Kindberg, par MM. Chalier Delore et enfin par M. Uzan (dans sa thèse).

M. Gouget a rapporté à la Société médicale des hôpitaux de Paris un cas de néphro-paratyphus qui a débuté par une hématurie.

Un cas semblable est rapporté par MM. Pissavy et Gauchery qui ont observé une dothiénentérie débuter par une hématurie.

Des cas d'appendicites compliquées de néphrites aiguës avec hématurie ont été observés en Allemagne par M. Anschütz, en France par les auteurs lyonnais MM. Nové-Josserand et Fayol.

MM. Falta et Depisch (de Vienne) rapportent un fait intéressant :

On sait quelle importance les auteurs américains attribuent aux lésions dentaires et paradentaires comme porte d'entrée à une série d'infections (polyarthrite, endocardite, néphrites) et ils conseillent comme sanction thérapeutique l'extraction des dents malades. Or MM. Depisch et Falta ont vu à plusieurs reprises après ces interventions des néphrites aiguës hématuriques s'installer.

Dans les intoxications les hématuries au cours des néphrites sont plus rares.

Toutefois l'intoxication à la cantharide donne très volontiers des hématuries.

M. Balthazard signale un cas de néphrite hémorragique avec anurie à la suite d'une injection de salvarsan.

Un cas semblable est rapporté par MM. Lemierre, Bernard et Lambling.

Nous aurons l'occasion au cours de cette étude, d'exposer l'histoire d'une néphrite aiguë hématurique à la suite d'intoxication par le crésyl.

***

M. Nobécourt a proposé une classification des néphrites aiguës hématuriques qui nous paraît conforme à la réalité des faits et que nous adopterons pour notre travail :

1° La forme hématurique pure sans rétention;
2° La forme hématurique avec rétention chlorurée;
3° La forme hématurique avec rétention azotée;
4° La forme hématurique avec rétention azotée et chlorurée.

A ces divers types peut s'associer le syndrome cardio-vasculaire.

La forme hématurique pure. — Il s'agit d'une néphrite aiguë qui a comme symptôme unique et caractéristique l'hématurie.

La rétention chlorurée comme la rétention azotée font défaut, seule l'hématurie confère à la scène clinique un caractère particulier.

M. Hutinel a rapporté un cas dans la *Gazette des hôpitaux* du 8 décembre 1910 qu'il faut ranger dans cette catégorie de néphrites aiguës.

Il s'agit d'un enfant de neuf ans qui est atteint de néphrite aiguë avec unique symptôme une hématurie abondante. L'auteur n'a pu constater ni rétention azotée, ni rétention chlorurée.

Cette forme hématurique pure correspond bien à ce que les allemands nomment glomérulite aiguë en foyer et que des auteurs comme Volhard et Fahr considèrent comme entité clinique.

En voici une observation recueillie dans le service du professeur Lemierre.

M. Léonard C..., âgé de vingt ans, maçon, est envoyé d'urgence le 22 septembre 1924 à l'hôpital Bichat parce qu'il a bu à peu près un verre ordinaire de crésyl pur.

Le malade aurait vomi aussitôt après l'absorption du crésyl. Il se plaint actuellement de violentes douleurs qu'il localise dans l'épigastre et dans la région lombaire droite.

A l'examen on est frappé par une hématurie très intense. Température 37.

L'examen des urines révèle en outre de l'albumine (indosable à l'appareil d'Esbach).

Il n'y a ni sucre ni urobiline.

Microscopiquement on note une grande quantité d'hématies.

Du côté de l'appareil respiratoire rien de pathologique à signaler.

Le système nerveux est normal.

La tension artérielle est de $\frac{Mx}{Mn} = \frac{14,5}{7}$ (App. de Laubry-Vaquez).

Cœur : sans particularités.

Foie un peu gros et douloureux à la palpation.

La rate est normale.

Appareil digestif : le malade accuse une douleur à la palpation de l'épigastre.

Pas de vomissements, pas de diarrhée.

Le 24 septembre : urée sanguine : 0,65.

Le malade se plaint de vagues douleurs généralisées. L'hématurie persiste.

Le 25 septembre : le malade se sent mieux.

Il existe toujours une sensibilité dans la région épigastrique qui s'étend vers la région hépatique. Pas d'urobiline dans les urines.

Tension artérielle $\frac{Mx}{Mn} = \frac{14}{7}$.

26 septembre : urines plus claires, presque de coloration normale. Foie de volume normal, mais encore un peu douloureux, de même que la région épigastrique.

27 septembre : urée sanguine : 0.57. T. A. $\frac{Mx}{Mn} = \frac{13}{6}$.

29 septembre : se sent bien à part un peu de céphalée la nuit Pas de douleur épigastrique ni hépatique.

Urines : coloration normale.

Microscopiquement, quelques rares globules rouges.

30 septembre : Se plaint d'un peu de céphalée la nuit dernière. Tension artérielle $\frac{11,5}{6}$.

1er octobre : On constate pour la première fois des cylindres granuleux dans le sédiment de ses urines. Urée sanguine : 0,36.

Constante d'Ambard : 0,08.

4 octobre : On note quelques globules blancs et quelques rares fragments des cylindres granuleux. Le malade quitte le service.

JOUR	URÉE du sang	URINES	TENSION artérielle
24 sept..	0.65	Urines sanglantes. Beaucoup d'hématies, pas de cylindres.	$\frac{Mx}{Mn} = \frac{14,5}{7}$
25 sept..		Urobiline.	$= \frac{14}{7}$
27 sept..	0.57	Urines plus claires.	$= \frac{13}{6}$
30 sept..		Coloration normale des urines. Quelques hématies.	$= \frac{11,5}{6}$
1er oct...	0.36	Quelques cylindres granuleux.	Constante d'Ambard 0,08.
4 oct...		Quelques globules blancs, quelques rares fragments de cylindres granuleux.	

Ce qui frappe dans cette observation, c'est l'hématurie abondante survenue chez un jeune homme après absorption d'un verre de crésyl. Cette hématurie s'installe d'emblée puisque dès son entrée à l'hôpital on la constate. Elle existe à l'état isolé.

Il est vrai que l'urée du sang est monté à un certain moment à 0,65 mais pour retomber rapidement à la normale et sans produire un symptôme clinique de rétention azotée.

La tension artérielle a évolué durant le séjour à l'hôpital dans les limites normales. Jamais on n'a observé des œdèmes. Le symptôme dominant de cette néphrite était donc bien l'hématurie.

Néphrite aiguë hématurique avec rétention chlorurée. — Comme son nom l'indique, il s'agit d'une néphrite aiguë avec hématurie associée au syndrome de rétention chlorurée sans rétention azotée.

La rétention chlorurée peut n'être que passagère; elle peut aussi correspondre à toute la durée de l'atteinte rénale.

Cette forme est des plus fréquentes. On la voit souvent s'installer à la suite d'infection pharyngée, comme l'a signalé entre autres M. Castaigne.

L'hématurie associée au syndrome de rétention chlorurée domine le tableau clinique.

Ce groupe de néphrites aiguës correspond à la glomérulite diffuse aiguë des auteurs allemands.

Voici d'abord l'histoire clinique d'une néphrite aiguë hématurique avec rétention chlorurée passagère :

M. C... (François), âgé de dix-huit ans, tailleur, entre à l'hôpital Bichat le 15 septembre 1924 parce qu'il a de l'albumine dans les urines. Il était bien portant jusque vers la fin du mois d'août. C'est le 24 août qu'il est atteint d'angine; il a des frissons répétés, une élévation légère de la température,

de l'anorexie, une gêne à la déglutition. Cette angine s'est compliquée d'un abcès de l'amygdale très vraisemblablement qui s'est ouvert spontanément. On ne retrouve pas par l'interrogatoire d'éruption, de tachycardie, de vomissement, de desquamation, signes qui auraient pu faire rattacher cette angine à une scarlatine. Il semble bien qu'il s'agisse d'une angine banale. Mais quinze jours après le début de son angine le malade qui avait repris depuis une huitaine son travail s'aperçut qu'il avait les yeux gonflés et la face bouffie. Il constata également un léger degré de gonflement de ses jambes surtout marqué le matin au réveil et disparaissant vers le milieu de la journée.

Cet état durait environ depuis une semaine lorsqu'il fut pris de vomissements et de diarrhée. Il vint consulter à Bichat le 8 septembre où on lui conseilla un régime déchloruré. A partir de ce moment les œdèmes avaient disparu. Par contre, il constata une diminution de sa vue, surtout prononcée le soir. Enfin, le 13 septembre, au sortir de son travail, il dut s'aliter à cause de violentes douleurs qu'il ressentait dans la région lombaire.

Le lendemain, 14 septembre, il fut pris de douleurs vives à types coliques dans le ventre, sans localisation précise.

Le 15 septembre, il se fait hospitaliser à l'hôpital Bichat.

A l'examen somatique on est en présence d'un malade pâle, amaigri. On ne constate pas de traces d'œdèmes.

La température est normale.

Le pouls bat à 80 pulsations par minute.

Rien de pathologique à signaler du côté de l'appareil respiratoire.

Quant à l'examen de l'appareil cardiovasculaire on note un cœur de volume normal. Les bruits sont bien frappés, réguliers.

La tension artérielle est de $\frac{Mx}{Mn} = \frac{14}{8,5}$ (Vaquez-Laubry).

On ne constate rien d'anormal du côté de l'appareil digestif.

Au point de vue du système nerveux on ne relève pas de troubles de la réflectivité.

Les urines sont de coloration rouge sale avec un dépôt rougeâtre.

Albumine, 0,25 p. 1.000, Esbach.

Sucre, 0.

Urobiline, 0. Au microscope, on constate de nombreuses hématies.

19 septembre : Etat stationnaire. Le malade se plaint toujours de douleurs dans la région lombaire et abdominale. Pas de vomissements, ni diarrhée. Au cœur on note un dédoublement du second bruit à la pointe. Les urines sont toujours rougeâtres avec dépôt marqué.

21 septembre : Les urines sont moins foncées. Le malade se plaint encore de courbature lombaire.

23 septembre : Les douleurs ont disparu. Les urines sont plus claires et plus abondantes. Il existe des traces indosables d'albumine. Le malade est pâle. La tension artérielle est de $\frac{Mx}{Mn} = \frac{11}{6,5}$ (V.-L.).

25 septembre. L'amélioration persiste. On perçoit toujours le dédoublement du second bruit à la pointe.

27 septembre : Le malade se sent en bon état. Les urines sont encore troubles.

29 septembre : Etat stationnaire.

4 octobre : Tension artérielle $\frac{Mx}{Mn} = \frac{12,5}{7,5}$ (V.-L.).

10 octobre : Urines claires.

La constante d'Ambard est de 0,15.

L'urée du sang s'élève à 0,33 p. 1.000.

13 octobre : On note des hématies, des cylindres hématiques et cireux dans le sédiment urinaire.

19 octobre : Les hématies sont plus nombreux dans le sédiment urinaire, le malade s'étant levé hier.

22 octobre : albumine, 0; urines claires.

29 octobre : Quelques hématies et débris granuleux dans le sédiment urinaire.

L'urée sanguine s'élève à 0,38 p. 1.000.

3 novembre : Excellent état général. Le malade a augmenté de poids ; on ne constate pas d'œdèmes. On lui donne comme alimentation le grand régime.

13 novembre : Le malade quitte le service. Son état général est bon. Néanmoins on constate encore de nombreux globules rouges dans ses urines.

Tableau concernant l'observation ci-dessus.

JOUR	URÉE du sang p. 1.000	TENSION artérielle	URINES	
15 sept.	0.53	14-8.5	Hématies, grande quantité. Albumine, 0,25 p. 1.000. Cylindres hématiques granuleux.	
18 sept.		14-8	Cylindres, globules rouges.	
24 sept.	0.66	11-6.5	Alb., traces.	
1er oct..		11.5-7	Cylindres granuleux, hématies.	
3 oct...		12.5-7.5		
9 oct...	0.33	14-8	Globules rouges. Cylindres hématiques cireux.	Constante d'Ambard 0.15.
19 oct..			Nombr. hématies.	
23 oct..			Albumine, 0.	
29 oct..	0.38		Globules rouges.	
13 nov..			Nombr. globules rouges.	

En somme, cette observation peut se résumer de la façon suivante :

Un jeune homme est atteint de néphrite aiguë consécutive à une angine.

Cette néphrite aiguë a évolué en deux phases : pendant la première la rétention chlorurée dominait; le malade avait des œdèmes à la face, aux membres inférieurs, des vomissements, des diarrhées, symptômes qui disparaissent par un régime déchloruré; pendant la seconde phase l'hématurie se trouve au premier plan. Durant son séjour à l'hôpital l'hématurie s'atténuera au point de devenir histologique, mais elle ne disparaît pas et il suffit que le malade se lève le 19 octobre pour qu'elle devienne plus intense. Lorsque le malade quitte le service on constate encore de nombreuses hématies dans le sédiment urinaire. Quant à la rétention azotée elle a bien atteint 0,66 p. 1.000 le 24 septembre, mais elle reste sans symptômes cliniques et retombe en quelques jours à 0,33 p. 1.000.

Une observation démonstrative de néphrite aiguë avec rétention chlorurée et hématurie compliquant un rhumatisme articulaire aigu est rapportée par M. M.-L. Kindberg.

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans dont la première crise rhumatismale remonte à 1920. Elle fut atteinte en mars 1921 d'une angine suivie d'une nouvelle poussée articulaire. Hospitalisée à l'hôpital Andral on note la prédominance des symptômes rénaux : Il existe des œdèmes aux membres inférieurs. Les urines sont rares et franchement sanglantes. Au microscope on constate des nombreux cylindres hématiques granuleux. L'azotémie est à 0gr30, la constante à K = 0.14. Après six semaines la malade quitte l'hôpital. Elle est beaucoup améliorée, mais présente encore toujours des globules rouges dans le culot de centrifugation.

Six mois après son hospitalisation la malade présente le même tableau clinique (atteinte rhnmatismale, oligurie, hématurie, œdèmes des membres inférieurs).

En quelques jours après un traitement au salicylate de soude tout rentre dans l'ordre.

En somme il s'agit d'une jeune femme atteinte de rhumatisme récidivant. A chaque nouvelle attaque elle présente des œdèmes marqués, une diminution

des urines, comme signes de rétention chlorurée, ainsi qu'une hématurie.

Pas d'azotémie (0.3).

Toute l'atteinte rénale disparaît à la suite du traitement salicylé.

Néphrite aiguë hématurique avec rétention azotée. — Cette troisième forme est relativement rare. D'après M. Nobécourt elle est exceptionnelle chez les enfants.

Elle est caractérisée par l'hématurie associée au syndrome de rétention azotée. Le syndrome de rétention chlorurée fait défaut.

En voici une observation suggestive.

M. B... (Aimé), âgé de seize ans, entre dans le service du professeur Lemierre à l'hôpital Bichat le 13 février 1926 pour hématurie.

Il était bien portant jusqu'au 12 février lorsque brusquement il fut pris d'une sensation de malaise général. Pourtant déjà la veille il était frappé de la couleur rouge noirâtre de ses urines. Ayant eu des frissons durant toute la journée il fut admis d'urgence à l'hôpital.

A son entrée on notait une sensibilité au point de Mac Burney et on pose le diagnostic : appendicite aiguë. L'intervention chirurgicale est décidée aussitôt, mais l'interne examinant les urines du malade y décela du sang et une quantité notable (3 p. 1000 Esbach) d'albumine. Le malade est adressé alors au service de médecine.

Son père est décédé à l'âge de trente-sept ans d'une tuberculose pulmonaire.

Sa mère est morte en décembre 1925 à l'hôpital Bichat à la suite d'une congestion pulmonaire et de coliques néphrétiques. Deux frères et une sœur sont bien portants.

Lui-même a eu à l'âge de quatre ans une rougeole; depuis environ 1922 il aurait eu beaucoup de difficulté à respirer par le nez. Il est facilement enrhumé; il tousse et crache un peu.

A l'examen somatique on est en présence d'un adénoïdien typique. Son état général est assez bon.

Sa température est à 38°1.

La langue est un peu chargée. Les piliers du pharynx ainsi que les amygdales sont rouges. Les amygdales présentent en outre un certain degré d'hypertrophie.

L'appareil pulmonaire est normal.

Du côté du système cardiovasculaire on note un pouls à 56 pulsations par minute. Pas de lésions orificielle, la tension artérielle est à $\frac{Mx}{Mn} = \frac{12.9}{9}$.

Du côté du système nerveux rien de pathologique à signaler.

Les urines sont d'un brun foncé.

Elles contiennent beaucoup d'albumine (3 grammes p. 100 à l'appareil d'Esbach).

Pas de sucre, ni urobiline, ni pigments, ni sels biliaires.

Microscopiquement on constate de très nombreux globules rouges et blancs.

Le 17 février 1925 : Le malade ressent des douleurs assez vives qu'il localise dans la fosse iliaque droite. Il accuse également des douleurs dans la région lombaire où l'on constate une contracture des muscles.

Le 18 février : La douleur est de plus en plus intense dans la région lombaire droite.

Le 19 février : La douleur est moins vive aujourd'hui.

22 février 1926 : Eruption papuleuse sur tout le corps gorge rouge, mais sans éruption. Pas de ganglions.

Le 23 février 1926 : On constate des ganglions dans l'aisselle. Les yeux sont larmoyants. On note une angine. On pose le diagnostic de rubéole.

Le 25 février 1926 : L'éruption est très intense, généralisée à tout le corps, ni morbiliforme, ni scarlatiniforme.

On constate des ganglions axillaires assez volumineux.

26 février 1926 : diminution notable de l'éruption. Une légère desquamation se produit au niveau des membres inférieurs.

6 mai : le malade subit l'ablation de ses végétations, opération qu'il supporte très bien.

JOUR	DATE	URÉE du sang p. 1.000	URÉE de l'urine p. 1.000	TENSION artérielle	URINES
Février.	12	1.11		9-12.5	Albumine, 3 gr., assez nombreux G. R. et G. B.
»	15				Albumine, 1 gr., G. R. très nombreux.
»	16	2.43			
»	17			8.5-11.5	
»	18	2.62	9.98	8.5-11.5	Les urines deviennent claires.
»	19	4.03	14.70		Léger louche à l'Esbach.
»	20	3.11	19.40	9-13.5	Le temps de saignement est de 2′.
»	21	4.58	14.64	7.5-10.5	Le temps de coagulation de 7′25.
»	22	3.04	22.76	8-11	
»	23	3.74	14.53	8.5-10.5	
»	24	3.53	13.00	6.5-9.5	
»	25	2.60	16.42	6,5-9.5	
»	26	2.01	12.30	6-9	
»	27	1.72	10.58		
»	28	1.57	13.12	6.5-10	
Mars.	1	1.00	14.15	6.5-10	
»	2	0.89	12.74		
»	3		11.30		
»	4	0.8	11.54	6-10	
»	6	0.58	14.81		
»	9	0.64	13.13		
»	10	0.49	14.77	11-7	Albumine, 0 ; sucre. 0; urobiline, 0; quelques hématies dans le sédiment.
»	13	0.45	14.76		
»	15			11-7	Urines claires, quelques hématies dans le sédiment.
»	17	0.45	12.25		
»	18	0.35	11.97		
»	19	0.34	9.81	13-8	Hématurie.
»	22	0.48			
»	23			12-7	
»	24	0.40			Les urines sont redevenues claires.
»	25			13-8	
»	26	0.41	11.98		Ni albumine. Ni sucre. Ni urobiline. Ni hématies.
»	30	0.38	14.50		
Avril.	6	0.3	22.64		
»	12				
»	25			11-6	Urines normales.

10 mai : aucun phénomène pathologique n'est à signaler à la suite de l'opération. Le malade se sent très bien. Il quitte le service le 14 mai en excellent état. Ses urines sont absolument normales.

Ce qui attire l'attention chez ce garçon c'est son hématurie importante. L'interrogatoire ainsi que l'examen somatique permet de rattacher sa néphrite aiguë à l'infection de ses végétations adénoïdes. On ne constate pas de traces d'œdème.

Par contre le dosage de l'urée du sang révèle une azotémie notable de 1g11 qui monte à 4g3 pour baisser ensuite. Mais le malade étant atteint de rubéole, une nouvelle ascension de l'azotémie se produit qui atteint 4,58 sommet de la courbe. Dès lors un abaissement continu s'installe et le 13 mars l'azotémie est dans les limites de la normale.

De sorte que nous pouvons conclure que dans cette néphrite aiguë les symptômes dominants étaient bien d'une part l'hématurie, d'autre part l'azotémie et le terme de néphrite aiguë hématu-

rique avec azotémie nous paraît pleinement justifié.

MM. Lemierre, Bernard et Lambling ont publié une observation (*Arch. des mal. des reins et org. génito-urin.*, t. II, 3) dans laquelle on relate également une hématurie abondante associée à une azotémie marquée.

Nous la résumons brièvement :

Un homme syphilitique depuis 1922 subit sa troisième série de 914 intraveineux à la consultation de l'hôpital Bichat.

A la quatrième injection de 60 centigrammes, le 5 septembre 1924 il est pris d'une grande faiblesse générale, de sueurs profuses, de nausées, suivies bientôt de douleurs extrêmement violentes dans la région lombo-sacrée. Il émet quelques centimètres cubes seulement d'une urine foncée, rougeâtre. On y trouve une grande quantité d'albumine.

Le 7 septembre : la quantité d'urines est de 70 centimètres cubes; elles contiennent 12 grammes d'albumine. Microscopiquement on note un grand nombre d'hématies, de cylindres hématiques et granuleux. L'azotémie est à 1g83.

La diurèse se rétablit peu à peu. Le 11 septembre on note 1.750 centimètres cubes, mais l'azotémie va en augmentant jusqu'au 14 septembre, date où elle atteint 4g37. A partir de ce moment le malade s'améliore progressivement, le 25 septembre on ne constate plus de signes pathologiques.

Les auteurs ont justement opposé cette néphrite suraiguë toxique à la néphrite suraiguë mercurielle. En effet dans la néphrite mercurielle, le poison produit uniquement une dégénérescence massive des épithéliums tubulaires, mais le processus congestif et hémorragique fait défaut, ou est bien moins intense que dans la néphrite novarsénobenzolique.

Néphrite aiguë hématurique avec rétention azotée et chlorurée. — Cette dernière forme de néphrite aiguë est caractérisée par une hématurie associée au syndrome de rétention azotée et chlorurée.

L'association des deux syndromes rétentionnels est possible par deux mécanismes, « soit du fait de l'oligurie résultant de la rétention hydrochlorurée, soit de l'existence d'une néphrite mixte à la fois chlorurémique et azotémique, ces deux mécanismes peuvent d'ailleurs se combiner » (Cottet).

En étudiant la néphrite aiguë hématurique associée à la rétention chlorurée nous avons rapporté une observation d'un jeune homme atteint de rétention chlorurée passagère. Le dosage de son urée sanguin avait révélé une légère élévation à 0,66 p. 1000, élévation éphémère sans symptômes cliniques. Cette augmentation ne nous paraissait être que l'expression de la solidarité des fonctions rénales.

La rétention azotée dans ce cas n'existait qu'à l'état d'ébauche.

Au contraire dans la forme qui nous occupe l'azotémie est plus accusée.

Voici d'abord une observation rapportée par MM. Marcel Labbé et Meaux Saint-Marc à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

M. C..., vingt-cinq ans, entre à l'hôpital de la Charité le 13 mai 1914 pour douleurs articulaires avec fièvre à 39 degrés. Il s'agit de rhumatisme articulaire aigu.

Ancien rhumatisant dont la première crise remonte à l'âge de six ans. Il a eu depuis quatre crises dont la dernière (au régiment en 1910) a duré plus de deux mois et s'est compliquée de lésions au cœur. Depuis il a pu effectuer facilement son travail sans ressentir jamais ni palpitation ni essoufflement.

La crise actuelle remonte à neuf jours, elle a débuté par une sensation de malaise, puis sont apparues des douleurs dans les deux genoux puis dans les orteils, les chevilles et le poignet gauche.

Le malade est trempé de sueurs aigrelettes, il immobilise toutes ses jointures douloureuses.

Il se plaint de céphalée légère et de douleurs lombaires.

Les urines sont troubles, couleur bouillon sale, peu abondantes, elles atteignent à peine 500 grammes. Elles contiennent une forte quantité d'albumine, du sang décelé par la méthode de Weber et l'examen du sédiment permet de voir des globules rouges altérés et des cylindres granuleux et hématiques.

Il n'y a pas d'œdèmes des membres inférieurs ni de bouffissure de la face.

Du côté de l'appareil cardiovasculaire on note une tachycardie. La pression artérielle est de 17-9 au Pachon.

La pointe du cœur bat dans le Ve espace et la région précordiale paraît présenter un léger mouvement de roulis.

On entend à l'orifice aortique un souffle doux, aspiratif diastolique d'insuffisance aortique et à la pointe un premier bruit s'effectuant en deux temps, sourd et soufflant.

Il y a des signes périphériques d'insuffisance aortique, le pouls est bondissant et dépressible, de plus on note le pouls capillaire après compression légère des ongles et frottement de la région frontale.

On porte le diagnostic de lésion cardiaque ancienne (insuffisance aortique) et d'endocardite mitrale en évolution.

La température est à 39 degrés.

En présence de la lésion rénale (néphrite hématurique avec cylindre) on hésite à administrer le salicylate de soude cependant on essaye par une faible dose de 2 grammes par jour.

18 mai : la température est normale à 37 degrés. Les jointures sont à peine douloureuses. La réaction au perchlorure démontre que le salicylate de soude est abondamment éliminé.

Les urines sont encore foncées (environs 900 grammes) elles sont moins albumineuses, ne contiennent plus de sang.

L'urée du sang est de 0,8 p. 1000.

Le 19 mai : Les urines sont beaucoup plus claires, il n'y a presque plus d'albumine.

21-22 mai : Les articulations sont redevenues douloureuses. Il y a une nouvelle ascension thermique.

Les urines contiennent beaucoup d'albumine et de sang.

Au cœur le premier bruit est sourd, légèrement soufflant. La tachycardie est à 120.

On administre du salicylate de soude 4 grammes en plusieurs prises.

29 mai : les articulations ne sont plus douloureuses. La température est normale.

Les urines contiennent une quantité indosable d'albumine.

8 juin : l'urée du sang est à 0,65 p. 1000.

Ce jour il se fait une nouvelle poussée peu vive quant aux douleurs des jointures, mais accompagnée d'une importante élévation de la température (39°7).

Il y a une forte poussée de néphrite.

Le malade accuse des douleurs lombaires.

On constate des œdèmes de la face et des membres inférieurs.

Les urines contiennent beaucoup d'albumine, mais pas de sang.

Devant cette nouvelle poussée de néphrite, on donne cette fois 6 grammes de salicylate de soude par jour. Cette fois encore, le salicylate a exercé une action favorable et définitive, les œdèmes disparaissent, l'albuminurie cesse, les articulations redeviennent libres et indolentes, le cœur bat moins rapide (90) et le malade quitte l'hôpital le 29 juin apyrétique depuis seize jours, ne conservant aucune gêne articulaire, mais au cœur, un double souffle diastolique à la base et systolique à la pointe.

Depuis le 11 juin les urines sont normales.

Dans ce cas nous relevons l'association des syndromes de rétention azotée et chlorurée à l'hématurie qui survient au cours d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu.

L'hématurie qui survient au cours d'une poussée aiguë de la maladie de Bouillaud est considérée comme liée à un infarctus par les auteurs allemands.

MM. Marcel Labbé et Meaux Saint-Marc insistent sur le fait qu'il s'agit bien dans ce cas d'une néphrite.

En effet les syndromes de rétention chlorurée et azotée, la cylindrurie plaident abondamment en faveur d'une lésion inflammatoire des reins.

Tout récemment (le 5 juin 1920) MM. Harvier et Chabrau rapportent l'histoire d'un homme de quarante ans qui était atteint de spirochétose ictéro-hémorragique évoluant en deux phases :

La première sous forme de polysérosite (atteinte simultanée des méninges, plèvres, péritoine, séreuses articulaires) qui guérit rapidement;

La seconde phase sous forme d'une néphrite hématurique.

Voici l'histoire de cette seconde période de l'affection spirochétosique qui nous intéresse particulièrement.

Les symptômes de polysérite disparus, D... conserva les marques d'une *atteinte rénale*, qui s'était manifestée dès son entrée à l'hôpital.

A l'entrée, les urines contenaient déjà de l'albumine; trois jours plus tard, elles étaient franchement sanglantes. Depuis lors, le malade est porteur d'une *néphrite hématurique*, qui persiste encore actuellement.

La diurèse oscille autour de 2 litres par vingt-quatre heures.

L'importance de l'hématurie varie d'un jour à l'autre : tantôt les urines sont à peine rosées, tantôt elles prennent une teinte franchement rouge. Le culot de centrifugation comporte de nombreux globules rouges, des polynucléaires, des cellules épithéliales sans cylindres.

Un syndrome de rétention chlorurée s'est manifesté par l'apparition d'œdèmes malléolaires, un mois environ après le début de l'affection. Ces œdèmes ont subi, à diverses reprises, des alternatives d'amélioration et d'exagération, en rapport avec les écarts de régime du malade.

Le taux de l'azotémie s'est élevé progressivement :

0g40 le 5 décembre 1924;

0g72 le 9 janvier 1925;

1g11 le 2 février.

Enfin nous avons vu s'ébaucher un syndrome cardio-vasculaire. Pendant que nous observions le malade, sa tension artérielle, mesurée avec l'appareil de Vaquez, s'est élevée de Mx = 10, Mn = 6 à Mx = 16,5 Mn = 10,5, en même temps que s'accentuait l'intensité du deuxième bruit aortique.

Dans ce cas comme dans le premier de MM. Marcel Labbé et Meaux Saint-Marc, l'hématurie est associée aux syndromes de rétention chlorurée et azotée.

Les auteurs admettent la nature spirochétosique de la néphrite hématurique.

Déjà MM. Garnier et Reilly ont décrit une « forme rénale » où les hématuries abondantes sont souvent constatées.

Pathogénie de l'hématurie au cours des néphrites aiguës. — Dans la grande majorité des cas l'hématurie au cours des néphrites aiguës s'explique par l'intensité des phénomènes congestifs qui accompagnent le processus inflammatoire et la rupture consécutive des glomérules. Mais il est bon nombre de néphrites aiguës dont l'hématurie échappe à ce mécanisme.

Dans ces cas on a incriminé l'hypertension, mais d'une part l'hypertension manque souvent dans les néphrites hématuriques et d'autre part on constate fréquemment des néphrites avec hypertension artérielle sans hématuries.

Des auteurs lyonnais MM. Langeron et Bocca ont attiré récemment l'attention sur le rôle que peut jouer le sang dans la pathogénie des hématuries, thèse qu'avaient déjà soutenue MM. P.-Emile Weil et O. Claude dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 19 avril 1907.

Les conclusions de ces derniers auteurs peuvent se résumer ainsi :

« Parmi les facteurs des hémorragies qui se produisent dans les néphrites aiguës ou chroniques il faut faire entrer en ligne de compte les lésions du sang et les troubles de la coagulation légers ou intenses. Leur fréquence est grande, encore qu'ils aient passé jusqu'ici inaperçus. »

Les auteurs lyonnais vont plus loin. Pour eux il y a hématurie au cours d'une néphrite, parce qu'il y a « un terrain sanguin particulier ».

« Cette tare sanguine peut être soit l'hémophilie (maladie masculine) soit l'hémogénie de P.-E. Weil (maladie féminine); il est possible que la rétention uréique, l'adultération des albumines du plasma y jouent un rôle, mais ce rôle est secondaire, sans quoi les hématuries devraient se voir dans toutes les néphrites, ce qui n'est pas. »

Cette pathogénie ne pourra pas être invoquée pour notre observation B... (Aimé) où le temps de saignement et le temps de coagulation était normal.

MM. Roque et Chalier dans le *Journal d'urologie*, M. Montel dans sa Thèse ont souligné le « Rôle du foie dans la production des hématuries au cours des néphrites dites hématuriques ».

Albarran faisait déjà prévoir cette pathogénie lorsqu'il écrivait :

« Il semble qu'il se fait de plus en plus une conception... que les lésions de néphrite dans le mal de Bright ne sont qu'une manifestation d'une maladie plus haute, d'une maladie plus générale : que cette maladie atteint les tissus des différents organes, des différents appareils; que le rein est plus ou moins touché et qu'il réagit secondairement en donnant naissance à d'autres phénomènes secondaires à cette lésion rénale elle-même. Ainsi s'explique qu'une altération du rein, minime en apparence, détermine des hématuries abondantes, persistantes durant des jours, des mois, des années. »

En effet il est aisé d'admettre que la même cause peut toucher le foie et le rein et qu'une insuffisance hépatique peut alors être invoquée pour expliquer les hématuries au cours des néphrites.

Pronostic. — L'hématurie survient au cours des néphrites intenses et légères; l'hématurie n'est donc pas l'expression de la gravité de l'atteinte rénale.

Avant l'ère physiopathologique de la pathologie rénale bien des auteurs attribuaient à l'hématurie un pronostic sombre. Lecorché, Talamon, Sanné, West disent que l'hématurie au cours d'une néphrite aggrave l'évolution de la maladie.

Depuis les travaux de l'école de M. Widal nous savons que c'est l'état fonctionnel des reins, leur plus ou moins grande perméabilité qui régissent le pronostic des affections rénales.

Le pronostic immédiat de l'hématurie ne comportait de gravité dans aucune des observations qui ont fait le sujet de ce travail. L'anémie consécutive à l'hématurie est sans histoire clinique.

Quant au pronostic d'avenir il arrive quelquefois que l'hématurie persiste et témoigne ainsi de l'évolution vers la chronicité de la néphrite.

Traité d'endoscopie recto-colique. Rectoscopie. Sigmoïdoscopie, par le docteur R. Bensaude, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Deuxième édition. Un volume de 180 pages avec 115 figures dans le texte, 99 figures en noir et en couleurs. — Prix : 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

Pratique chirurgicale illustrée (fascic. IX), par Victor Pauchet. Un volume in-8 de 260 pages avec 246 figures dessinées par S. Dupret. — Prix : 40 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 AOUT 1926)

Durée de conservation de la propriété fécondatrice des spermatozoïdes des mammifères dans l'épididyme séparé de l'organisme. — M. IWANOW.

(SÉANCE DU 30 AOUT 1926)

Sur l'inversion de l'action normale de l'adrénaline. — M. Raymond HAMET.

Sur le virus claveleux traité par diverses aldéhydes. — M. E. DUCLOUX et Mlle G. CORDIER.

(SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE 1926)

Sur les contacts rectifiants. — M. H. PÉLABON.

REVUE DES THÈSES

Les Résultats actuels du traitement chirurgical de l'angine de poitrine (1), par le docteur René FONTAINE, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, préparateur de chirurgie expérimentale.

CONCLUSIONS. — 1° Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, conçu théoriquement par François Franck, réalisé pour la première fois par Jonnesco, doit reposer sur une connaissance exacte du mécanisme de la crise d'angor pectoris. Ce mécanisme est toujours le même, quelle que soit la cause de la crise angineuse.

Celle-ci s'explique par l'excitation des fibres sensitives intracardiaques ou intraaortiques. Les sensations nées au niveau du cœur se réfléchissent dans le sympathique cervical sur des fibres centrifuges de valeur différente : les unes sont préposées aux sensations douloureuses, les autres sont en rapport avec le tonus musculaire, d'autres enfin conditionnent les effets cardio-vasculaires.

Un traitement chirurgical rationnel doit donc se proposer d'interrompre les fibres ascendantes.

2° L'anatomie nous montre que ces fibres ascendantes sont comprises dans un plexus nerveux formé par des branches du pneumogastrique et du sympathique. Ces deux systèmes s'anastomosent largement.

Il n'existe pas chez l'homme de dépresseur analogue à celui du lapin et du chat.

3° Des recherches physiologiques récentes nous permettent de dire que les nerfs, qui cheminent les sensations douloureuses de l'angine de poitrine, traversent les rameaux communicants cervicaux inférieurs.

Les fibres, qui réglementent la tension artérielle, se trouvent dans le tronc du sympathique et dans le ganglion supérieur.

Celles qui sont en relation avec le rythme cardiaque siègent dans le ganglion étoilé.

Il est donc théoriquement possible, par l'analyse exacte des symptômes que présente un angineux, de savoir l'endroit approximatif où se fait dans le sympathique cervical la réflexion des sensations cardiaques sur les fibres centrifuges. Pour la crise angineuse typique, celle qui s'irradie vers le bras gauche, les rameaux communicants du ganglion cervical inférieur entrent donc avant tout en ligne de compte. Les modifications de la tension artérielle et celles du rythme cardiaque montreront, si une partie de l'excitation se réfléchit également vers la partie supérieure du sympathique cervical ou vers le premier ganglion thoracique.

4° L'étude de 100 cas d'angine de poitrine opérés jusqu'ici, dont 94 sont utilisables, nous apprend que les crises disparaissent dans 62 p. 100 des cas environ. Pour une grande partie de ces cas cette disparition remonte à plus de trois mois. Ce laps de temps pourtant nous paraît trop court encore pour parler de résultats tout à fait définitifs, et des constatations plus éloignées sont certes désirables. Mais les résultats obtenus permettent de dire que le traitement chirurgical de l'angine de poitrine a déjà fait ses preuves.

Les échecs peu nombreux et une grande partie de la mortalité, qui est de 13 p. 100, s'expliquent par une technique défectueuse et par des opérations mal choisies. Ces deux facteurs diminueront donc certainement dans l'avenir.

5° Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine fait plus que supprimer la douleur. Ce sont les crises elles-mêmes qui disparaissent avec tous leurs symptômes : l'angoisse, la sensation de constriction et la barre rétrosternale cessent tout aussi bien que les irradiations douloureuses.

La tension artérielle baisse dans la majorité des cas. Cette hypotension postopératoire, très propice au cœur, s'explique d'une part par une influence directe de la sympathectomie, et d'autre part par la disparition même des crises.

L'électrocardiogramme traduit l'amélioration du fonctionnement du cœur.

La cessation des crises, l'amélioration dans le travail du cœur, amènent des modifications très heureuses dans l'état général des opérés dont beaucoup, condamnés auparavant au repos absolu, ont pu reprendre après l'intervention leurs occupations primitives, souvent très fatigantes.

6° Parmi les interventions pratiquées jusqu'ici, certaines, comme la section du pneumogastrique, doivent être abandonnées. Physiologiquement rien ne les légitime.

La section du « dépresseur » ne s'avère pas comme une méthode qui puisse être opposée aux sympathectomies; ce n'est qu'une sympathectomie partielle; elle doit être retenue à ce titre.

7° Les sympathectomies peuvent être divisées en sympathectomies totales et sympathectomies partielles.

Une terminologie exacte est nécessaire si l'on veut comparer les résultats des diverses interventions.

8° L'étude des 94 cas que nous avons recueillis montre que les sympathectomies totales ne donnent pas de meilleurs résultats que les sympathectomies partielles.

Par contre, les interventions radicales s'avèrent comme infiniment plus dangereuses que les partielles. La plupart des cas de mort, observés après une sympathectomie, reviennent aux opérations totales qui provoquent facilement de la décompression cardiaque, de sorte que les malades meurent, soit d'œdème pulmonaire, soit d'asystolie.

Ce fait s'explique par l'ablation du ganglion étoilé qui contient la majorité des fibres centrifuges qui se rendent au cœur.

Les résultats cliniques et les faits expérimentaux concordent dans ceci qu'il n'est pas indifférent de priver le cœur de son innervation extrinsèque.

Il ne faut donc jamais faire l'ablation du ganglion étoilé.

9° Parmi les sympathectomies partielles, la sympathectomie cervicale supérieure, préconisée par Daniélopolu et à laquelle on pourra joindre avec profit la section du nerf vertébral et celle des branches du pneumogastrique qui correspondent au dépresseur de Hofer, donnent les meilleurs résultats.

Les autres sympathectomies partielles, telles que l'ablation du ganglion supérieur, la sympathicotomie, la section du nerf dépresseur donnent également d'excellents résultats, un peu moins constants pourtant que ceux de la sympathectomie cervicale supérieure. C'est donc en faveur de la sympathectomie cervicale supérieure que devrait conclure l'étude des sympathectomies partielles, mais :

10° La sympathectomie cervicale supérieure partage avec la plupart des autres sympathectomies cervicales le grand inconvénient d'exposer les malades, dans un quart des cas environ, à des troubles postopératoires.

11° Ces troubles postopératoires sont de quatre ordres différents.

On peut constater :

a. Des douleurs;

(1) *Th. de Strasbourg*. — Les Editions universitaires de Strasbourg.

b. Des troubles sensitifs (hyper ou anesthésies);
c. Des atrophies musculaires;
d. Des troubles laryngés et pharyngés.

Il résulte de l'étude de ces troubles que les premiers sont dus à la sensibilité douloureuse du sympathique lui-même. L'excitation électrique a montré à différents auteurs (R. Leriche et R. Fontaine, Diez, Holms et Brown) que les centres de ces associations douloureuses se trouvent dans les ganglions, et surtout dans le ganglion supérieur.

Les troubles sensitifs ainsi que les troubles laryngés et pharyngés reconnaissent un mécanisme indirect. Ils dépendent des modifications de la tension artérielle.

Les atrophides musculaires s'expliquent par la lésion de fibres trophiques. De tous les troubles observés ce sont les douleurs qui persistent le plus longtemps et qui sont le plus gênantes. Elles appartiennent en propre aux ablations ganglionnaires et ne s'observent que dans une faible proportion après les sympathicotomies. Les hyper et les anesthésies, ainsi que les troubles laryngés et pharyngés résultant de modifications vasculaires qui sont toujours identiques dans tous les cas, s'observent avec la même fréquence quelle que soit l'intervention pratiquée sur le sympathique cervical.

Il faut donc, si l'on veut éviter les troubles douloureux, ménager les ganglions.

12° Il résulte de tout ceci que la meilleure intervention dans le traitement de l'angine de poitrine sera celle qui, tout en ménageant le ganglion étoilé, aura l'efficacité de la sympathectomie cervicale supérieure, sans exposer comme celle-ci aux douleurs postopératoires. Ces conditions se trouvent réalisées par l'intervention proposée par M. Leriche au Congrès de Nancy.

13° Elle comporte la section des rameaux communicants du ganglion cervical inférieur et du ganglion intermédiaire, s'il existe, combinée à la sympathicotomie au-dessus du ganglion cervical inférieur et à la section du nerf vertébral.

A cette intervention on pourra ajouter la section des rameaux communicants supérieurs, si l'irradiation douloureuse, dans un cas particulier, se fait également vers la tête ou vers la nuque.

14° Un cas a été opéré ainsi et a donné un bon résultat immédiat.

15° L'intervention, telle que la propose M. Leriche, délicate il est vrai, mais nullement difficile, si l'on sait y mettre le temps et la patience nécessaires, est anatomiquement bien réglée et toujours réalisable sous anesthésie locale. Quatorze cas, que M. Leriche a ainsi opérés sans un seul échec opératoire et sans incident notable, le prouvent à l'évidence.

L. G.

Contribution à l'étude des diurétiques azoturiques. De la scille, et, en particulier, de son glucoside cristallisé, le scillarène (1), par A. Fonteneau, ancien interne des hôpitaux de Tours.

Ces dernières années, l'*Ecole de Lyon* a insisté sur l'importance de la scille comme diurétique azoturique. MM. les professeurs Pic et Bonnamour, leurs élèves Luquet et Imbert, ont publié, à ce sujet, de très remarquables travaux. Mais la teneur variable des bulbes en principes actifs et la présence, dans les préparations galéniques, de raphides caustiques rendaient leur utilisation inconstante ou irritante pour le rein et l'estomac.

La découverte en 1921, par Stoll et Suter, du scillarène, glucoside cristallisé, principe actif du bulbe de la scille, et dépourvu d'inconvénients, a permis de reprendre, dans toute sa rigueur scientifique, l'étude de cette importante question de l'azoturie. C'est ce que vient de faire au laboratoire de thérapeutique de la Faculté de Lyon, M. Fonteneau, en se plaçant au double point de vue expérimental et clinique.

L'expérimentation a porté sur l'animal (le lapin), et les recherches cliniques : 1° sur l'homme sain; 1° sur le malade atteint de néphrite azotémique pure; 3° sur le malade atteint de néphrite azotémique avec rétention chlorurée; 4° sur le malade atteint de cirrhose avec ascite.

(1) *Th. de Lyon* (travail du Laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine, année 1925). Un fort volume de 186 pages. — Lyon, 1925. Traquet, édit.

Voici les résultats obtenus :

1° Cinq lapins ont été rendus azotémiques par une alimentation appropriée. Chez quatre d'entre eux, le scillarène s'est montré nettement diurétique azoturique et supérieur à l'extrait de scille. Chez le cinquième, les résultats ont été moins nets sur la diurèse, mais encore formels sur l'élimination de l'urée;

2° Chez l'homme sain, sans lésion cardio-rénale, l'action du scillarène est indifférente sur la quantité de l'urée éliminée par vingt-quatre heures mais sans augmentation de la diurèse (2 observations);

3° Chez vingt malades atteints de néphrite azotémique pure, c'est-à-dire sans rétention chlorurée et sans atteinte cardiaque, l'auteur a étudié la courbe de l'urée sanguine, de la tension arterielle, de l'urée urinaire par vingt-quatre heures, de la diurèse, et, dans l'unanimité des cas, le scillarène s'est montré « avant tout et essentiellement un diurétique azoturique vrai, amenant d'une façon progressive l'abaissement de la tension artérielle et la diminution sensible de la teneur du sang en urée »;

4° Dans les néphrites azotémiques, accompagnées de rétention chlorurée, les résultats sont également favorables sur l'élimination de l'urée et des chlorures;

5° Chez les malades atteints de cirrhose du foie, avec ascite et oligurie accompagnée de rétention azotée (8 cas), les résultats obtenus ont été les suivants : suppression des phénomènes toxiques, élimination de l'urée, augmentation de la diurèse, disparition de l'ascite.

« Pour conclure, dit l'auteur, nous croyons pouvoir affirmer que le scillarène est un glucoside à effets constants, possédant des effets diurétiques directs sur la cellule rénale avec une action *élective* sur l'élimination de l'urée.

« Le scillarène est donc le diurétique azoturique vrai de la thérapeutique actuelle, et ses indications sont les suivantes :

« 1° Les néphrites chroniques urémigènes pures; 2° les hydropisies rénales où la rétention azotée s'accompagne de rétention chlorurée; 3° la cirrhose ascitique; en un mot, toutes les oliguries avec rétention uréique. »

L'auteur reconnaît que l'administration du scillarène est pratiquement sans inconvénient. En effet, sur soixante-dix cas traités dans les hôpitaux de Lyon et dans les hôpitaux de Tours, trois malades seulement ont paru incommodés par le médicament, le premier a présenté des vomissements, et les deux autres de la diarrhée.

Les doses recommandées par M. Fonteneau, dans les indications précédentes, sont les suivantes : deux à trois comprimés de scillarène, dosés à $0^{mg},8$ par vingt-quatre heures, ou bien deux ou trois fois XX gouttes de la solution, dosée également à $0^{mg},8$ par XX gouttes.

Ce nouveau travail de l'Ecole de Lyon est appelé à exercer sur la thérapeutique actuelle de l'azotémie une grande influence, car il démontre la valeur élective, comme diurétique azoturique, de la scille représentée par son glucoside critallisé, le scillarène, dont les propriétés cardio-toniques ont été démontrées par de nombreux auteurs (1).

L. G.

(1) En particulier le professeur Gabriel Perrin (de Royat), *Gaz. des hôpit.*, 10 juillet 1923. — Joz, *Thèse de Paris*, 1924 (travail du service du professeur Carnot). — Calac. *Thèse de Toulouse*, 1923. — Vautrin, *Congrès de Nancy*, 1925. — Voir également travaux ou leçons de MM. les professeurs Harvier, Rathery, Busquet.

Influence des radiations sur la nutrition de l'aspergillus niger (1), par le docteur François Gayral.

L'auteur a exploré un certain nombre de fonctions nutritives chez cet organisme simple qu'est l'aspergillus niger et pense cependant que son étude peut mettre en évidence des phénomènes « très voisins des réactions fondamentales de la matière vivante aux radiations ».

Un chapitre est consacré à l'étude de l'effet biologique des différentes radiations sur les bactéries et les champignons.

Ses recherches personnelles ont porté sur les variations de certains actes nutritifs, par exemple l'indice blastique, comme sur les modifications de la formule lipoïdique; Gayral donne les méthodes d'appréciation des processus nutritifs et la technique qu'il a utilisées.

(1) *Th. de Toulouse*, 1926. — Douladoure frères.

Pour l'auteur, l'aspergillus niger est modifié par les radiations dans ses fonctions nutritives et accessoirement dans sa morphologie.

1° Les rayons ultraviolets agissent surtout en surface et, s'opposant à la sporulation, permettent une continuation anormale de la croissance sans excitation de celle-ci;

2° L'action des rayons X varie avec la dose qui faible est excitante, est au contraire empêchante quand elle est élevée;

3° Les rayons γ du radium sont faiblement excitants;

4° Le radium et le thorium X en solution sont, à faible dose, excitants et à forte dose empêchants, du fait, pense l'auteur, des rayonnements α et β;

5° L'auteur n'a constaté aucune différence en fonction des différentes longueurs d'ondes utilisées. MOREL-KAHN.

LIVRES NOUVEAUX

La gastro-entérostomie. *Technique, Indications, Dangers* (1), par Victor PAUCHET, chirurgien de l'hôpital Saint-Michel, et Auguste TIERNY ancien interne (lauréat) des hôpitaux de Paris, chirurgiens de l'hôpital Saint-Jean (Arras).

Ceux qui ont lu les travaux de Victor Pauchet et de ses élèves, se montrent adversaires de la gastro-entérostomie dans les ulcères d'estomac, les cancers adhérents mais sans métastases et dans les formes douloureuses, saignantes ou hypéracides de l'ulcère duodénal; il semble donc étonnant, au premier abord, que ce chirurgien, qui s'est montré si souvent adversaire résolu de la gastro-entérostomie fasse un livre sur cette opération. En voici les raisons :

La résection est souvent délicate, et les auteurs admettent que dans un grand nombre de cas, leurs collègues moins entraînés qu'eux, fassent encore la gastro-entérostomie, d'autant plus que cette dernière n'empêche pas de faire, secondairement, une résection sans danger. Ils indiquent alors les procédés qui conviennent à chaque cas particulier.

Dans ce travail sont exposés les accidents et complications possibles et le moyen de les éviter, ainsi que les variétés opératoires dont chacune trouve son indication.

La chirurgie gastrique est à l'ordre du jour; les ulcères, cancers gastriques ou duodénaux, tombent quotidiennement sous le bistouri ; il fallait un livre rédigé par un chirurgien qui a fait plus de 1500 opérations gastriques, pour mettre au point la chirurgie gastrique, montrer chaque indication thérapeutique, une technique simplifiée, les résultats qu'elle peut fournir et la façon de combattre les complications immédiates et éloignées. L. G.

L'héroïsme en action. Gloire aux humbles de 1914 à 1918 (2), par le général Fr. CANONGE, avec une préface du général DE CASTELNAU, ancien commandant d'armée.

M. le général Canonge, le grand historien militaire, qui, en sa qualité de docteur en médecine, nous a fait souvent l'honneur de collaborer à la *Gazette des hôpitaux*, vient de nous adresser un nouveau volume consacré à l'*héroïsme en action* et à la gloire des humbles.

Celui qui fut, à l'Ecole supérieure de guerre, le maître de tous les chefs illustres de la grande guerre a pensé qu'il convenait de rendre un pieux hommage aux humbles dont l'héroïsme quotidien a fait, de 1914 à 1918, l'admiration du monde entier. Les humbles, ce sont les paysans et les ouvriers qui, du jour au lendemain, ont réalisé ce merveilleux type du soldat français, enthousiaste d'abord, résigné ensuite, dont le courage nous a permis de tenir. Les humbles, ce sont tous ceux qui ont montré du courage civique, les instituteurs, les femmes, les enfants héroïques. Dans les humbles, il faut placer aussi le service de santé si souvent à la peine, le clergé, les religieuses.

En rassemblant en un volume des faits émouvants, des citations glorieuses, le général Canonge a rendu hommage à bien des dévouements ignorés. Il l'a fait avec son exactitude d'historien et sa haute conscience du devoir, et il a ainsi accompli un véritable acte de justice envers trop de méconnus. Le livre est précédé d'une préface d'un chef illustre et respecté, le général de Castelnau. Il a été de plus couronné par l'Académie des sciences morales et politiques. Ces deux parrainages disent assez quelle est sa haute valeur.

F. L. S.

Hygiène sociale du premier âge (1), par G. LABEAUME, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté. Préface de M. le docteur Jules RENAULT.

Ce petit livre clair et précis, fruit d'un gros travail d'analyse, de critique et de mise au point a déjà paru en 1924 avec succès.

L'auteur a tenu compte de toutes les formes législatives, publiques ou privées de la lutte contre la mortalité infantile en France et à l'Etranger.

Son livre est à la fois documentaire et pratique, il offre non seulement une vue d'ensemble très complète sur la manière dont on a tenté de résoudre la question de l'hygiène sociale du premier âge; mais encore il donne un aperçu sur l'avenir et la voie qu'il faudra suivre.

L'auteur montre d'abord par l'étude et l'interprétation des statistiques les ravages de la mortalité infantile, ses causes et les facteurs qui l'influencent.

Puis elle indique ce qui a été fait pour organiser la lutte contre les maladies évitables des nourrissons : lutte contre la misère, contre l'ignorance, etc.

Elle fait ressortir les défauts de l'aide sociale, telle qu'elle existe actuellement et la nécessité d'une action méthodique; étudie les organisations en France et à l'Etranger, afin que l'on puisse considérer le problème dans son ensemble avec l'appui de l'expérience déjà acquise.

Permettant de choisir judicieusement le mode d'assistance infantile le mieux adapté à la collectivité qu'il faut secourir, ce livre sera utile, non seulement, aux personnes charitables et aux médecins dirigeant des œuvres d'assistance, mais encore aux préfets, maires, inspecteurs d'assistance publique, aux commissions d'hospices et hôpitaux, aux chefs d'industrie, etc.

L. G.

Les soins gratuits aux victimes de la guerre (2), par le docteur QUIDET.

Avec la compétence que lui donnent trois ans et dem de fonctions de secrétaire d'une des Commissions de surveillance et de contrôle du département de la Seine, le docteur Quidet publie une étude critique, historique et documentaire des conditions d'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Après avoir rappelé comment, avant cette loi, étaient assurés, dans certains cas, les soins aux anciens militaires, l'auteur expose comment fut élaborée la loi des pensions; il met en évidence les confusions et obscurités du texte initial de l'article 64, ainsi que les dispositions fâcheuses du décret du 26 septembre 1919.

Il explique les raisons de l'attitude du corps médical qui fit échouer l'essai de tarification d'office des honoraires médicaux et obligea le Parlement à modifier l'article 64, et à instituer les Commissions tripartites de contrôle.

L'auteur analyse ensuite le décret du 25 octobre 1922, qui réglemente les modalités d'application des soins aux mutilés et réformés ; cette partie documentaire réalise une véritable mise au point, un commentaire méthodique et précis des prescriptions et formalités qu'il importe à tous les intéressés — et en particulier aux médecins — de connaître parfaitement bien.

Cette brochure de 44 pages constitue un guide extrêmement précieux où se trouvent résumés de façon claire, concise — et surtout pratique — tous les renseignements nécessaires sur les droits à faire valoir, le cas échéant, et les obligations à remplir pour y parvenir sans difficulté. L. G.

(1) Un volume in-8 de 200 pages avec 189 figures dans le texte. Prix : 30 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

(2) Un vol in-8. Prix : 9 fr. — Paris, Editions Spes.

(1) Deuxième édition. Un volume de 216 pages. Prix : 17 fr (hausse 20 p. 100). — Paris, Masson et Cie.

(2) Une brochure de 44 pages Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairies Lavauzelle et Legrand:

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

N° 76. — MERCREDI 22 SEPT. 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 22 SEPT. 1926. — N° 76.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — L'ouverture des concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1926-1927) aura lieu :

Pour le *concours de médecine*, le lundi 17 janvier 1927, à 16 h., à l'Hôtel-Dieu.

Pour le *concours de chirurgie et d'accouchements*, le jeudi 20 janvier 1927, à 16 h., à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours, de 14 à 17 h., du 17 au 25 novembre 1926 inclusivement.

Les mémoires prescrits comme épreuve des concours devront être déposés au bureau du Service de santé au plus tard le samedi 27 novembre 1926, à 17 h., dernier délai.

— Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance public par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux Prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement en 1926, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1926, le concours sera ouvert le jeudi 2 décembre 1926.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration Centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 h. à 17 h., du 4 au 14 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le vendredi 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Conditions du concours. — I. *Programme du concours* : — 1° Un mémoire manuscrit et inédit sur les *maladies de l'oreille*, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomopathologique ;

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de :

Pour le mémoire.............. 30 points
Pour l'épreuve clinique....... 20 —

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants ;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours pour l'attribution de bourses aux candidats au doctorat en médecine. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 25 octobre 1926.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 16 octobre à 16 h.

Conditions d'admission a concourir et nature des épreuves. — Sont admis à concourir :

A. *Régime d'études de 1893-1899.* — 1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points

à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note bien le premier examen probatoire;

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note bien le deuxième examen probatoire;

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note bien le troisième examen probatoire.

B. *Régime d'études de 1911-1912.* — Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note bien l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

C. *Régime fixé par le décret du 10 septembre 1924.* — Les candidats pourvus de 4, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note moyenne : 7, l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

(NOTA : ce nouveau règlement n'entrera en vigueur pour les étudiants pourvus de 8 inscriptions qu'à partir de la prochaine année scolaire.)

Les épreuves écrites du concours consistent en compositions écrites, savoir :

I. *Régime d'études de 1893-1899 et de 1911-1912.* — Etudiants à 4 inscriptions : Une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à 8 inscriptions : *a.* Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie; *b.* Une composition de physiologie.

Etudiants à 12 inscriptions : *a.* Une composition de médecine; *b.* Une composition de chirurgie.

Etudiants à 16 inscriptions : *a.* Une composition de médecine; *b.* Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

II. *Régime d'études de 1924.* — Etudiants à 4 inscriptions : *a.* Une composition d'anatomie; *b.* Une composition d'histologie.

Etudiants à 12 inscriptions : *a.* Une composition d'anatomie pathologique; *b.* Une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à 16 inscriptions : *a.* Une composition de médecine générale; *b.* Une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Peuvent obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention assez bien au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat.

Soit de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention assez bien au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention assez bien au baccalauréat et de la mention bien audit certificat.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — MONTPELLIER. — Les titres des chaires ci-après désignées de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier sont modifiés ainsi qu'il suit :

ANCIEN TITRE	NOUVEAU TITRE
Chaire de botanique et histoire naturelle.	Chaire de zoologie et microbiologie.
Chaire de matière médicale (fondat. de l'Université).	Chaire de botanique et matière médicale (fondat. de l'Université).

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Réunion du Comité le mercredi 6 octobre, à 10 h. 1/2, et assemblée à 2 h. à la Faculté de médecine.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. Vaudin, ancien président de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France, est nommé membre de la commission des spécialités pharmaceutiques en remplacement de M. Lafay, décédé.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins majors Enjalbert et Vallette.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins majors Jughon, Sondag, Flamme, Cœurdevey et Tête.

— TROUPES COLONIALES. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin major Jubin.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins majors Jouhaud, Adelus et Gilis.

MÉDAILLE MILITAIRE. — M. Damon, médecin auxiliaire.

UNE MAISON DES ÉTUDIANTS BRÉSILIENS A PARIS. — Le docteur Austregesilo, député fédéral, membre de l'Académie du Brésil, professeur à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, vient de déposer un projet de loi portant ouverture d'un crédit de 1.000 contos (6,250,000 francs au cours actuel du change), pour la fondation à Paris d'une « maison des étudiants brésiliens ». Cette maison s'élèvera dans la cité universitaire de Paris, qui comprend déjà, outre la fondation Emile et Louise Deutsch de la Meurthe, les maisons des étudiants canadiens, des étudiants belges, des étudiants argentins, où les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, la Suisse, nombre d'autres pays encore, auront un jour prochain leur pavillon pour leurs étudiants respectifs.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique a enregistré pendant la 25e décade, du 1er au 10 septembre 1926, 922 décès, au lieu de 1,012 pendant la décade précédente, et au lieu de 893, moyenne décadaire des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès, la rougeole 4, la scarlatine 1, la coqueluche 1, la diphtérie 1, la diarrhée infantile 74.

Il y a eu 14 morts violentes et 10 suicides.

RENSEIGNEMENTS

FABRICANT D'HUILE OLIVE de pays, franç., cherch^t à mettre au point vente huile olive supér. rigour. pure, sous forme spéc. pharmaceut., aurait bes. conc. et particip. méd. ou pharm. qui pour. lancer et dével. l'aff.— Ecr. R. M. H. V., bureau du Journal.

HÔPITAL SADIKI. — Une place d'interne est actuellement vacante à l'hôpital Sadiki, à Tunis.

Avantages : Logement. éclairage, chauffage, blanchissage. traitement annuel 1re année : 7.500 fr. ; 2e année : 8.000 fr. ; 3e et 4e années : 9.000 fr. Bibliothèque, très grand mouvement chirurgical.

Conditions : Etre Français, scolarité : 16 inscriptions au moins. Engagement minimum d'un an.

Le service comprend : l'assistance, la visite et contre-visite, les pansements, les opérations d'urgence, assurer le service de garde. Préférence accordée à interne en exercice spécialisé en ophtalmologie ou en oto-rhino-laryngologie.

Adresser la demande avec toutes pièces justificatives utiles à M. le docteur Brun, directeur de l'hôpital Sadiki, Tunis.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par MM. CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

TECHNIQUE GÉNÉRALE

De l'anesthésie au Schleich par l'appareil d'Ombrédanne. (G. SIAUX-EVAUSY. *L'Echo méd. du Nord*, 13 juin 1926, n° 25, p. 357.) — L'anesthésie générale au mélange de Schleich en « milieu confiné » comme on peut la réaliser grâce à l'appareil d'Ombrédanne présente les avantages suivants : suppression de la période d'agitation, sommeil profond et régulier, absence de vomissement et de syncope, réveil rapide et euphorique.

Ce sont du moins les conclusions qui s'imposent à l'auteur, à la suite d'une longue série d'interventions dont quelques-unes « véritables guêpiers chirurgicaux » n'ont été menées à bien que grâce à cet anesthésique de choix. En voici un exemple : une malade de vingt-six ans a pu subir en huit jours, quatre laparotomies avec résections intestinales successives commandées par des phénomènes d'occlusion.

Ricard et Desgouttes ont noté les mêmes résultats et citent le cas d'une de leurs opérées, qui, ramenée dans son lit depuis quelques minutes, se mit à lire aussitôt une lettre arrivée pendant l'intervention.

L'anesthésie peut être confiée à n'importe qui, car, point n'est besoin pour l'administrer d'un spécialiste comme pour l'éther et le chloroforme.

Aucune contre-indication hormis les ictères. 30 grammes suffisent pour une anesthésie d'une heure et 50 grammes pour toute opération, si longue soit-elle.

On observe parfois un catarrhe bronchique tardif; pourtant on a pu sans accident, endormir longuement des « gazés de guerre ».

L'auteur met au point un dispositif qui permettrait d'éviter toute action irritative sur l'appareil respiratoire. Il le fera connaître prochainement.

De l'anesthésie par les mélanges titrés d'air et d'éther. (Robert MACHAVOINE. *Thèse de Paris*, 1926.) — L'auteur a imaginé un appareil peu encombrant, facilement transportable, qui permet de donner une anesthésie générale à l'éther ou au chloroforme, presque sans danger.

Il expose en détails la structure et le fonctionnement de cet appareil. Il analyse 116 anesthésies données pour les opérations les plus variées et indique notamment l'état des réflexes, la pression, les incidents observés, la dose de l'anesthésique employée et sa concentration. D'une façon générale cette concentration oscille entre 6 et 7 p. 100 pendant la période d'état, pour tomber à 2 1/2 p. 100 pendant la période d'entretien.

Cet appareil, correctement utilisé supprime le danger de la syncope primitive et réduit au minimum le danger de la syncope toxique par administration trop brutale ou trop longtemps prolongée de doses élevées d'anesthésique.

Il supprime également les inconvénients du « rebreathing ». La méthode ne peut rien contre les risques tardifs imputables à la nature des produits utilisés; elle les diminue cependant puisqu'elle permet d'obtenir le sommeil avec une dose très faible d'anesthésique.

La technique est sensiblement la même avec l'éther ou le chloroforme.

TÊTE

Pneumatocéphale après une fracture de la base du crâne. (ALI KROGIUS. *Acta chir. scandinavica*, juin 1926, 2 fig. vol. LX, fasc. 4-5, p. 291.) — Un jeune homme se fracture le crâne et présente deux mois après l'accident une céphalée intense survenant par accès rapprochés, et des vomissements du type cérébral.

L'os frontal est comme déprimé légèrement à droite. La fièvre est irrégulière, et de temps en temps s'écoule par la narine droite un liquide incolore, riche en staphylocoques dorés. Anosmie complète et stase papillaire.

La radiographie pratiquée de face montre un espace clair de chaque côté de la ligne médiane, plus étendu du côté droit.

Un second cliché, transversal, révèle un autre espace clair ovalaire occupant la région frontale.

On porte le diagnostic de pneumatocéphale et l'on fait une trépanation ostéoplastique du frontal droit.

Une ponction du ventricule donne issue à du liquide céphalo-rachidien mélangé de bulles d'air. A la rugine on décolle la dure-mère de la face supérieure de l'ethmoïde et l'on perçoit un orifice communiquant avec la cavité nasale. Une mèche est introduite entre le lobe frontal et l'ethmoïde.

Le malade succombe au troisième jour.

A l'autopsie, on découvre un foyer de ramollissement unissant les deux ventricules latéraux, et communiquant par l'orifice de la face supérieure de l'ethmoïde avec la narine droite. La portion antérieure des deux ventricules est dilatée. Elle contient du pus et de l'air.

Les luxations irréductibles de la mâchoire inférieure. (J. PETIT. *Arch. médico-chir. de Province*, juin 1926, n° 6, p. 239.) — Les luxations de la mâchoire inférieure n'intéressent le chirurgien que lorsqu'elles sont irréductibles. Elles constituent alors une grave infirmité qui modifie l'esthétique du visage et trouble la phonation et la mastication.

Pour réduire ces luxations on a employé parfois des procédés de force. C'est ainsi que Stromeyer imagina une pince qui lui permit de guérir une luxation bilatérale datant de trente-cinq jours.

Pierre Bazy voulut utiliser le même instrument chez un malade luxé depuis trois mois. Il échoua et n'arriva qu'à ébranler les dents de sagesse supérieures.

Ce procédé est rapidement tombé dans l'oubli. Actuellement, c'est aux méthodes sanglantes qu'on s'adresse le plus volontiers.

Il y a trente ans, la seule méthode employée consistait à réséquer les deux condyles. C'est le procédé classique qu'enseignaient Duplay et Reclus; c'est lui qui permit à Bazy de guérir son malade après avoir vainement tenté la réduction avec la pince de Stromeyer. Mazzoni, au préalable avait réséqué lui aussi les deux condyles, avec un résultat parfait chez une femme de vingt-huit ans luxée depuis huit mois.

Cette technique est à son tour abandonnée, et l'on souscrit depuis la guerre à la théorie de Mathieu. Pour cet auteur, c'est le bord antérieur du ménisque qui forme cale derrière le condyle et s'oppose à son retour dans la cavité articulaire : la résection des deux ménisques est le secret d'une réduction facile.

J. Petit a employé ce procédé chez une malade de soixante-quatre ans qui, sans traumatisme, à l'occasion de bâillements et de vomissements s'était luxé la mâchoire en deux temps, à gauche d'abord, puis à droite deux mois plus tard.

Voici les détails de l'opération :

Anesthésie générale au chloroforme, réduction impossible. Incision bilatérale, transversale, de 3 centimètres le long du zygoma et un peu au-dessous, le milieu correspondant au condyle repéré. Résection du ménisque gauche en deux fragments, du ménisque droit en un seul. Aucun saignement ni d'un côté ni de l'autre. Fermeture avec trois crins sans drai-

nage. Tentative vaine de réduction des deux articulations du même coup. Mais réduction relativement facile en deux temps, en commençant par le côté gauche. Immobilisation du maxillaire dans un pansement pendant huit jours. Ablation des crins au huitième jour. Guérison fonctionnelle parfaite.

Un autre procédé préconisé par Koutjetzny s'adresse également aux ménisques qui ne sont pas réséqués mais déplacés. On procède de la façon suivante :

Découverte de l'articulation; incision du périoste sur le zygoma; ouverture de la capsule qu'on sépare du bord externe du ménisque; celui-ci est isolé de la capsule en dedans et en arrière; puis, on le fait passer en avant de la capsule par pivotement sur son insertion antérieure. Son bord postérieur devenu inférieur est fixé au pterygoïdien externe et au masseter. Il forme cloison quand la bouche est ouverte et arrête le déplacement du condyle en avant.

L'auteur n'a pas l'expérience de ce procédé qui a donné un beau succès à Koutjetzny.

Quoi qu'il en soit, il conclut à la prédominance de l'action du ménisque dans le mécanisme de l'irréductibilité de ces luxations.

THORAX ET APPAREIL RESPIRATOIRE

Epithélioma du sein chez l'homme. (G. JANNENEY et LACHAPELE. Communication à la Société anatomo-clinique de Bordeaux. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1926, n° 11, p. 475.) — La rareté relative des cancers du sein chez l'homme, (3 p. 100 des cancers du sein en général) incite les auteurs à publier le cas suivant, récemment observé.

Un cultivateur de cinquante-neuf ans consulte pour une tumeur de la région mammaire apparue en 1923.

Rien n'est à noter dans ses antécédents : héréditaires ou personnels.

En dehors de tout traumatisme, un nodule du volume d'un grain de blé, rouge, dur et douloureux à la pression est apparu à côté du mamelon gauche. Quelques croûtelles, un peu d'eczéma chronique rappelant la maladie de Paget couvrent le mamelon.

Brusquement, il y a six mois, la masse a grossi du simple au double. Légère circulation collatérale. La peau n'est pas rétractée, mais tendue, cuivrée jambonnée.

A la palpation, la base de la zone bourgeonnante est indurée, cartonnée. Adhérence légère au grand pectoral. Adénopathie axillaire discrète, rien dans le creux sus-claviculaire.

Une biopsie conclut à un épithélioma cylindrique à point de départ glandulaire.

Sous-anesthésie générale on pratique une exérèse large du sein et du tissu axillaire. La dissection de l'aisselle est faite au thermo-cautère. La peau étant envahie dans la région mammaire, le bistouri se tient à 6 centimètres au delà des lésions. La réunion primitive n'a pu être obtenue.

Revu, trois mois plus tard, le malade paraît guéri.

Déchirures du poumon par fractures de côtes. Hémopneumothorax. Suture du poumon. Guérison. (BARBIER et FLORENTIN. (*La Bourgogne méd.*, 1926, n° 4, p. 55.) — Un homme de soixante-dix ans est renversé par une voiture qui lui passe sur le côté droit du thorax.

On note à l'examen des fractures de côtes multiples (11e, 10e, 9e, 8e, 6e, 4e et 3e) qui siègent à la fois sur la face antérieure et sur la ligne axillaire. La 3e côte est enfoncée dans sa portion antérieure et la 4e l'est aussi dans l'aisselle. Il y a à ce niveau hernie de la plèvre et du poumon avec emphysème sous-cutané s'étendant rapidement à tout l'hémithorax droit. La respiration est rapide, le pouls filant, la température à 38°,2. A l'auscultation : signes d'hémothorax remontant très haut avec au sommet une zone d'hypersonorité. Le diagnostic d'hémopneumothorax est confirmé par une ponction exploratrice, intervention.

Sous-anesthésie générale à l'éther incision parallèle à la 3e côte. Les pectoraux sont réclinés. La plèvre apparaît déchiquetée et du sang s'échappe abondamment par la brèche. Résection en 4 fragments de la 3e côte enfoncée et brisée. Assèchement de la plèvre. Suture par des catguts en U d'une déchirure de 6 centimètres sur la face antérieure du poumon et d'une autre plus petite sur sa face axillaire.

L'hémorragie venait des artères pulmonaires et des intercostales.

Fermeture de la plèvre par des points au catgut prenant en même temps les intercostaux. Fermeture totale aux crins sans drainage.

Le lendemain, la température est à 39, le pouls à 100, la respiration à 40. Le ventre est souple et le malade rend des gaz.

Le cinquième jour le pouls est à 80, mais la température demeure aux environs de 38°,5. On fait une ponction exploratrice de la plèvre pour s'assurer qu'il n'y a pas de pleurésie purulente et pour hâter la résorption de l'hémothorax persistant. On retire du liquide pleural hémorragique, mais il n'y a ni pus, ni sang pur.

La température continuant à dépasser la normale on fait à deux reprises une injection de vaccin de Minet. Le malade présente bientôt un abcès du poumon qui se vide par une vomique et qui laisse après lui les signes d'une caverne.

La guérison survient sans autre incident.

L'auteur se demande quel est l'avenir de ce blessé qui, malgré un bon état général reste exposé à une infection surajoutée. Il discute l'opportunité de l'intervention qui contestable dans le cas d'hémothorax pur, est nécessaire quand, à l'hémorragie s'ajoute un pneumothorax. Il termine enfin par quelques détails de technique, et insiste sur le service considérable qu'on peut attendre d'un grand écarteur du type Gosset ou Duval et de l'éclairage par le miroir frontal.

Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du poumon. (BRESNOT. *Lyon chirurgical*, 1926, n° 2, p. 186.) — L'auteur a observé en cinq ans et demi, onze cas de kystes hydatiques du poumon dont huit ont été opérés. Chez ces onze malades le kyste était unique; dans un cas il apparut dix-huit mois après un kyste du foie. L'affection se rencontre à tous les âges ; le plus jeune malade avait six ans et le plus âgé quarante-sept.

Le diagnostic est souvent difficile : « il faut y songer pour le poser ». La symptomatologie est au début très vague, et le chirurgien ne rencontre guère que des kystes ayant déjà évolué.

Si le kyste est ouvert, l'expectoration peut donner macroscopiquement ou microscopiquement des signes pathognomoniques. Il en est de même des vomiques. Mais si l'examen de ces crachats et de ces vomiques ne montre point de crochets ou de fragments de membrane il faut que la radioscopie et le laboratoire tranchent la question, et les difficultés sont les mêmes que s'il s'agit de kystes fermés.

DIAGNOSTIC. — *L'hémoptysie* est un symptôme généralement précoce. Il s'agit plutôt de crachats hémoptoïques, très aérés qui précèdent ou accompagnent une quinte de toux, mais ne la suivent jamais. Cette hémoptysie se distingue de l'hémoptysie bacillaire par ce fait que l'état général n'est nullement altéré et que l'auscultation ne révèle rien d'anormal.

La douleur est un signe constant. C'est une sensation de compression, de serrement dans un étau. Deux fois l'auteur a constaté de la dyspnée d'effort; il s'agissait de kystes gauches refoulant plus ou moins le cœur.

L'épanchement pleural est assez fréquent, peu abondant limité, à résorption facile. Il semble être la conséquence d'une réaction inflammatoire banale. Il faut chercher sa résolution avant d'opérer.

La ponction exploratrice est à rejeter aussi bien avant que pendant l'intervention, car elle risque d'inoculer la plèvre et le poumon.

L'examen radiologique est une méthode diagnostique de premier ordre. Malheureusement, une affection pleurale ou pulmonaire concomitante peut la rendre impossible. Le kyste apparaît à l'écran sous l'aspect d'un cercle parfait opaque se détachant sur la clarté du poumon. Cette ombre est toujours séparée du diaphragme par un espace clair. Le sarcome du poumon, affection rare, peut quelquefois donner une image semblable ; mais, revue à quelques jours d'intervalle, on trouve l'ombre agrandie; d'où la nécessité de pratiquer plusieurs examens qui, dans le cas de kyste hydatique montreront une image qui ne varie pas.

Le laboratoire doit confirmer ce diagnostic. Trois réactions peuvent être pratiquées : *La réaction de Weinberg* s'est montrée infidèle 9 fois sur 11. *L'éosinophilie* n'a de valeur que si elle est très marquée. Par contre, la *cuti-réaction* a

donné 5 résultats positifs chez 6 malades porteurs de kystes; pourtant cette réaction demeure positive dix à douze mois après l'ablation du kyste; elle est donc à négliger quand on a des raisons de penser à une nouvelle localisation de la maladie.

TRAITEMENT. — La technique est celle de l'ablation de tous les kystes hydatiques. Elle comprend la découverte de la tumeur, la stérilisation de son contenu, son évacuation totale.

L'auteur n'a pas l'expérience de l'appareillage d'Enrique Finochietto qui lui paraît *a priori* très recommandable et susceptible d'éviter l'irruption du liquide dans les bronches.

Le succès de l'intervention réside d'abord dans une localisation impeccable de la tumeur. Seuls, les kystes moyens (du volume d'une orange) sont justiciables de l'opération. Les petits ne seront opérés que s'ils sont très aisément accessibles. Le voisinage des voies biliaires rend l'opération délicate.

L'anesthésie générale est dangereuse, et l'intervention peut toujours être pratiquée à la novococaïne locale.

Dans les kystes postérieurs, le sujet est opéré assis. La voie d'accès est celle qui mène le plus directement à la tumeur, en traversant le moins possible de parenchyme, évitant ainsi des hémorragies ennuyeuses.

Une incision intercostale simple mais longue est préférable à une incision courte avec résection costale. En principe, la longueur de l'incision doit être double du diamètre du kyste.

La traversée pleurale est le point délicat. Après ouverture du thorax, l'auteur fait à la plèvre une très fine moucheture. S'il existe des adhérences pleurales, il pratique de suite une pneumotomie. Si la plèvre est libre il introduit à travers la moucheture une mèche imbibée d'iode qu'il pelotonne dans la plaie pour y créer des adhérences. Sans doute, se trouve ainsi réalisé un pneumothorax, mais dans ces conditions, celui-ci ne présente que peu d'inconvénient. On aborde le poumon dix ou douze jours plus tard.

Ce second temps de l'opération comprend : l'incision du parenchyme et de la coque fibreuse résistante, l'écoulement du liquide, le tamponnement de la plaie s'il y a hémorragie.

Le formolage n'est pas de mise dans le traitement du kyste hydatique du poumon. On se contente de nettoyer la cavité à l'éther. Dans ces conditions les récidives sont possibles mais exceptionnelles.

On peut tenter l'extraction de la membrane germinative en effectuant une série de petits mouvements de torsion; tout effort de traction serait dangereux. En cas d'échec et s'il s'agit d'un kyste suppuré, on marsupialise la poche et on laisse un drain gros et court.

La cicatrisation demande en moyenne cinquante à soixante jours. L'auteur a vu une fistule durer cent dix jours.

Le lever doit être précoce. On institue rapidement une gymnastique respiratoire bien réglée.

Se basant sur ses huit opérations, l'auteur croit que la mortalité peut être considérablement abaissée, à condition de distinguer judicieusement les cas relevant de la chirurgie, de choisir le moment propice à l'intervention et d'utiliser une technique souvent « plus sage que brillante ».

VAISSEAUX

Quelle est à l'heure actuelle la meilleure intervention dans le traitement de l'angine de poitrine? (R. FONTAINE. *L'Evolution thérap. médico-chir.*, mai 1926, n° 5, p. 259.) — Une centaine de sujets atteints d'angine de poitrine ont été traités chirurgicalement, et 62,7 p. 100 de ces malades semblent définitivement débarrassés de leurs crises. Un tel résultat plaide en faveur de la méthode, encore que beaucoup de ces cas n'aient pas encore subi suffisamment l'épreuve du temps. Quand le traitement médical a échoué, il est donc indiqué de songer au traitement chirurgical. Il importe cependant de savoir choisir les sujets et de discerner parmi les différentes opérations possibles, celle qui s'adapte le mieux au malade considéré.

Jonnesco préconisait « la sympathectomie cervico-thoracique » uni ou bilatérale. Pratiquée sur 26 malades, la sympathectomie uni-latérale a donné 4 morts soit 15,4 p. 100. L'opération bilatérale a donné 3 morts sur 11 malades, soit 27,3 p. 100. La sympathectomie réalisée d'un seul côté est donc la moins dangereuse.

Danielopolu pense qu'en aucun cas, l'intervention ne devrait porter sur le ganglion étoilé; ce serait s'exposer à des troubles opératoires graves caractérisés par des douleurs de la région cervicale, de la nuque, du bras, du thorax, voire même de l'articulation temporo-maxillaire et de l'angle de la mâchoire.

Leriche a proposé au XVIIIe Congrès de médecine de Nancy (juillet 1925) une double opération comprenant : 1° la section des rameaux communicants réunissant le ganglion étoilé aux racines cervicales des VIIe et VIIIe paires et à la Ire dorsale; 2° la section du cordon sympathique cervical faite juste au-dessus du ganglion étoilé.

Il a pratiqué cette opération dix-sept fois sans incident notable dont deux fois pour des crises d'angine. Chez ces deux malades, les résultats sans être parfaits ont été cependant très encourageants : les crises majeures ont pour ainsi dire disparu, et les crises mineures se sont espacées considérablement.

Voici la technique : passant entre les chefs du sterno-cleïdo-mastoïdien, on récline en dehors l'artère thyroïdienne inférieure et l'on recherche l'artère vertébrale. Le ganglion étoilé dont on sectionne les branches externes se trouve toujours en arrière de ce vaisseau. Souvent, en arrière de l'artère vertébrale on rencontre un ganglion intermédiaire qu'il faut se garder de confondre avec le ganglion stellaire. Les racines du nerf vertébral sont également coupées. Les rameaux communicants de C^6 à D^2 inclus sont interrompus. On termine par la section de la chaîne au-dessus du ganglion étoilé.

Le mécanisme de la crise angineuse est encore entouré de trop d'inconnus pour qu'il soit possible de choisir définitivement parmi ces différentes méthodes. Pourtant, la technique de Leriche semble mettre, plus souvent que toute autre, à l'abri des troubles cardiaques et des phénomènes douloureux post-opératoires.

A propos de huit cas de retard de consolidation et de pseudarthroses traités par la sympathectomie péri-artérielle. (R. FONTAINE. *Revue de chir.*, 1926, n° 2, p. 95.) — Kappis proposa en 1923 d'utiliser dans le traitement des pseudarthroses et des fractures à consolidation lente, la vasodilatation active que crée la sympathectomie péri-artérielle. Chez deux malades il appliqua cette méthode avec un bon résultat et un insuccès.

Depuis, Fith publia deux succès, et à la Société de chirurgie de Lyon, Cotte fit connaître trois bons résultats et Wertheimer un quatrième.

D'autre part, Uffreduzzi et Palma ont étudié expérimentalement chez le lapin le processus de réparation des fractures sous l'influence de la sympathectomie. Brisant les deux cubitus de l'animal et réalisant d'un seul côte la sympathectomie péri-axillaire ou l'extirpation du ganglion cervical inférieur, ces auteurs notèrent que la consolidation fut beaucoup plus rapide du côté opéré que du côté opposé.

Reprenant les mêmes expériences chez le chien, R. Fontaine fractura symétriquement par ostéotomie au ciseau le premier métatarsien des deux côtés; du côté droit il fit en plus une sympathectomie. Le vingtième jour, les différentes pièces furent prélevées. A droite, la fracture était consolidée et le cal bien constitué; à gauche, le cal était moins avancé et la mobilité anormale encore très nette.

La valeur thérapeutique de la sympathectomie paraît ainsi incontestable dans le traitement des retards de consolidation. Il ne semble pas cependant qu'on doive l'employer systématiquement dans les pseudarthroses, et l'auteur croit avec Leriche que toute pseudarthrose est justiciable d'une intervention directe sur le foyer par ostéosynthèse ou greffe. La sympathectomie n'est vraiment indiquée que lorsque une opération *in situ* a donné la certitude qu'aucun obstacle mécanique ne s'oppose à la consolidation.

Huit observations décrites en détails confirment nettement la façon de voir de l'auteur aussi bien pour les fractures que pour les pseudarthroses.

TUBE DIGESTIF ET FOIE

La présence de spirochètes dans l'exsudat péritonéal, comme élément du diagnostic de perforation intestinale. (SABRAZÈS. *Gazette hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 1926, n° 26, p. 402.) — L'auteur a décelé, au niveau des plaques de

Peyer ulcérées, au cours de la fièvre typhoïde, la présence de nombreux microbes spiralés : tréponèmes, spironèmes, etc.

Ces microbes passent dans l'exsudat péritonéal au moment de la perforation de la paroi intestinale. Mais il est impossible de les y trouver avant cette perforation, même si l'ulcération très prononcée n'a ménagé que la séreuse.

Il ne semble pas du reste que l'ulcération des plaques de Peyer soit le fait des spirochètes. L'auteur en rend plutôt responsable le bacille typhique et le perfringens.

Cette constatation présente un intérêt pratique considérable. Au cours d'une laparatomie exploratrice pour perforation intestinale présumée, on doit rechercher extemporanément les spirochètes dans l'exsudat. On se servira du bleu de méthylène à 1 p. 500 ou du bleu de toluidine phéniqué sous lamelle. Les frottis seront desséchés par agitation. Pas de lavage. Ou bien on utilisera le procédé de Ziehl mordancé par la chaleur. Deux minutes suffisent à faire cet examen.

Le résultat est-il positif? On recherche et traite la perforation. Le résultat est-il négatif? On est en droit de conclure que la perforation qui paraissait cliniquement constituée ou tout au moins imminente, ne s'est pas encore produite.

D'autres travaux sont en cours étendant la recherche péritonéale des spirochètes aux perforations intestinales d'origine appendiculaire ou traumatique.

Diagnostic clinique et radiologique des appendicites chroniques. (Jean BAUMEL. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, mai 1926, n° 5, p. 552.) — La symptomatologie de l'appendicite chronique est complexe. Cette affection se traduit par des troubles digestifs et des troubles de l'état général qui se mélangent en proportions variables donnant des aspects cliniques à allures protéiformes.

Les points de Mac Burney, de Lorenz et de Morris ont perdu de leur valeur. Il n'y a qu'un point qui compte : le point appendiculaire, éminemment variable dans sa position avec chaque individu. C'est à la radioscopie de le localiser strictement dans chaque cas donné.

Les symptômes peuvent être purement intestinaux, purement gastriques ou mixtes, gastro-intestinaux.

L'appendicite chronique s'observe à tous les âges. D'une façon générale on peut dire qu'elle évolue sans attirer spécialement l'attention du côté de l'appendice.

On note cependant des *troubles douloureux* dans la fosse iliaque droite allant de la simple pesanteur à la véritable colique. Ces troubles se produisent au moment où le contenu du grêle arrive dans le cæcum, quatre ou cinq heures après le repas. Il s'agit d'un malaise abdominal, d'un gonflement plutôt que d'une douleur.

La constipation est plus ou moins marquée, alternant souvent avec des débacles pâteuses, en bouse de vache, se présentant deux ou trois fois par jour. On note parfois de véritables embarras gastriques à répétition se succédant à quelques jours d'intervalle.

L'amaigrissement est fréquent mais fort variable.

L'état général est tantôt relativement conservé, tantôt précaire, avec faciès terreux rappelant celui des grands infectés.

La température peut monter de quelques dixièmes à quelques degrés au moment des poussées.

Dans quelques cas, les plus fréquents, se surajoutent des troubles gastriques : appétit capricieux, ballonnement et plénitude gastrique après les repas, lenteur de la digestion qui donne au malade l'impression qu'il se met à table le soir, l'estomac encore chargé du repas de midi, pyrosis, faim douloureuse, nausées le matin à jeun, vomissements qui ne contiennent que des aliments ingérés lors du dernier repas.

Cette symptomatologie gastrique peut varier quelque peu et suivant les cas revêtir le type duodénal ou vésiculaire.

Le foie des appendiculaires et fréquemment touché. La teinte cholémique s'observe souvent et disparaît avec l'ablation de l'organe malade.

L'auteur résume dix-huit observations d'appendicite chronique de types divers qui montrent que les malades demandent très rarement conseil pour des troubles nettement appendiculaires. Soignés pour dyspepsie, dilatation gastrique, hyperchlorhydrie, ulcère, entérite, ils aboutissent plus ou moins rapidement à une appendicite compliquée et souvent mortelle.

Est-il possible d'arriver au diagnostic avant cet accident? Oui, si en présence de troubles digestifs permanents ou récidivants, on a recours systématiquement à l'examen radiologique.

La radioscopie pratiquée de quatre à six heures après l'ingestion d'un repas baryté permet en effet de voir l'appendice dans 95 p. 100 des cas soit spontanément, soit après des manipulations plus ou moins importantes pratiquées par la main de l'opérateur ou par un distincteur.

L'appendice sain apparaît à l'écran vers la cinquième heure. Son image rappelle celle d'un ver de terre, elle est opaque à peu près uniformément. L'appendice n'est douloureux ni spontanément ni à la pression.

Mais si l'organe est malade la symptomatologie est toute différente et varie selon la forme des lésions.

Le catarrhe atteint presque toujours l'appendiee et le cæcum. Tous deux sont douloureux. La pression fait naître immédiatement une vague péristaltique qui vide l'appendice de son contenu.

La dilatation accompagne souvent la stase cæcale. L'appendice est constamment vu rempli de baryte.

L'occlusion du canal appendiculaire est permanente ou temporaire. Elle se traduit par une image amorcée de l'appendice dont la longueur mesure la portion du canal demeuré perméable.

Mais le grand signe radiologique de l'atteinte appendiculaire est la douleur provoquée. L'organe malade étant repéré on exerce sur lui des pressions répétées, le malade alternativement debout et couché. Ce signe a une valeur quasi pathognomonique. Quelle que soit l'importance des *adhérences* on arrive toujours à mobiliser plus ou moins parfaitement l'appendice et à exercer sur lui, sans cause d'erreur possible, une pression douloureuse sinon désagréable.

Quant aux *signes extra-appendiculaires* ils sont gastriques, duodénaux, vésiculaires ou intestinaux. Le spasme pylorique, la périduodénite, la stase cæcale sont parmi ces signes les plus souvent observés. Il semble que la coexistence de l'appendicite chronique et de l'ulcère gastrique soit fréquente.

Treize observations personnelles de colectomies. (F. PAPIN. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1926, n° 11, p. 471.) — La chirurgie des côlons n'étant pas encore « définitivement fixée » l'auteur pense qu'il est bon, dans l'intérêt général, de publier intégralement toutes les statistiques. La sienne comporte treize observations de colectomies qui peuvent être divisées en cinq groupes.

Résections coliques pour tuberculose (2 cas). — Il s'agissait de tuberculose du cæcum. Un point intéressant à signaler quant au diagnostic : la tuberculose de cet organe est difficile à distinguer cliniquement de l'appendicite s'accompagnant de péri-appendicite.

Dans les deux cas, les malades présentent des crises douloureuses occupant la fosse iliaque droite, de la fièvre, des troubles intestinaux. La palpation révèle une tumeur ou une tuméfaction plus ou moins limitée. Si l'on n'opère pas de suite on voit en cas d'appendicite la tuméfaction diminuer de volume progressivement au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la crise. Au contraire, la tumeur bacillaire ne semble pas varier.

Sauvé a montré qu'un fil métallique entourant la tumeur palpée se projette à la radio sur le cæcum s'il s'agit de bacillose, en dehors de lui s'il s'agit d'appendicite.

En présence d'abcès ou de fistules nombreuses on doit opérer en plusieurs temps; mais dans les cas de tuberculose non fistulisée, le traitement de choix est la résection iléo-cæcocolique; elle a donné chez les deux sujets en question un excellent résultat.

Résections coliques pour cancer (6 cas). — L'opération est plus grave que s'il s'agit de bacillose, car les tissus voisins de la tumeur sont toujours infectés et les ganglions souvent suppurés.

L'auteur a perdu un malade sur six. Il présentait un cancer de l'angle hépatique avec abcès entre la masse néoplasique et la vésicule biliaire.

Dans les cancers du côlon droit, c'est une hémi-colectomie droite qui a été pratiquée d'emblée; une seule fois l'opération fut précédée de l'établissement d'un anus cæcal en raison de phénomènes d'occlusion.

Les cancers du côlon gauche ont été opérés en trois temps : anus cæcal, résection colique et suture termino-terminale, fer-

meture de l'anus. Dans toutes ces interventions on découvrit des ganglions nombreux, indurés remontant parfois très haut le long des vaisseaux mésentériques. Ils ont toujours été enlevés avec la pièce opératoire. Une fois seulement ils ont été trouvés cancérisés. L'envahissement néoplasique est donc lent dans les cancers du côlon qui apparaissent à ce point de vue, meilleurs que bien d'autres épithéliomas.

Résections coliques pour tumeurs diverses (2 cas). — Un de ces malades présentait un cancer de l'appendice perforé avec une masse inflammatoire périphérique. On fit une résection de la portion terminale de l'iléon et du cæcum.

L'examen histologique révéla un epithélioma cylindrique typique de l'appendice; les ganglions n'étaient pas néoplasiques.

L'autre malade, une femme de soixante ans chez qui on avait porté le diagnostic de cancer du cæcum subit une hémicolectomie droite poursuivie très loin sur le côlon transverse. Les coupes ne montrèrent aucun élément néoplasique. Il s'agissait d'une de ces tumeurs inflammatoires développées autour de diverticules multiples, qui sont bien connues sur l'S iliaque, mais sont beaucoup plus rares sur le cæcum.

Hémicolectomies droites pour dilatation douloureuse du côlon droit, avec péricolite (2 cas). — Dans cette circonstance il importe de discuter les indications opératoires. Les malades atteints de constipation droite peuvent guérir souvent par la seule thérapeutique médicale. Si l'on croit cependant devoir recourir au traitement chirurgical, il faut se rappeler qu'une série d'opérations relativement bénignes peuvent rendre, à moins de frais, les mêmes services qu'une hémicolectomie : pexies des ptoses, libération des adhérences, cæco-sigmoïdostomie.

Dans les cas invétérés ou dans ceux qui s'accompagnent de troubles très accusés, l'hémicolectomie droite peut être nécessaire.

Chez les deux malades en question on pratiqua cette opération qui donna un bon résultat.

Résection colique pour fistule pyo-stercorale. — La fistule avait pour origine un anus contre nature du côlon descendant, consécutif à une tuberculisation de la loge rénale après néphrectomie pour bacillose.

On fit une colectomie gauche avec suture termino-terminale du transverse à la sigmoïde.

Une telle indication opératoire paraît exceptionnelle.

APPAREIL GÉNITAL

A propos du diagnostic et du traitement de la dysménorrhée. (J. KREIS. *La Gynécologie*, avril 1926, p. 193.) — Contrairement à l'opinion classique, la dysménorrhée ne serait pas une maladie de la menstruation. Ce qui incite trop souvent à la considérer comme telle, c'est qu'elle se traduit par des phénomènes douloureux accompagnant les règles et disparaissant avec elles. Dans bien des cas, un examen clinique approfondi montre que l'origine de ces douleurs est en dehors de la zone génitale.

On ne saurait nier le rôle que peut jouer dans ces cas une obstruction fonctionnelle, une sténose du col par exemple, qui s'oppose au libre écoulement du flux menstruel et provoque ainsi un spasme douloureux de tout l'utérus, voire même des trompes. Mais il faut reconnaître qu'il existe des cols à peine franchissables par une sonde très mince chez des femmes qui ne souffrent nullement au cours de leurs règles, et qu'on rencontre aussi des spasmes douloureux chez des sujets dont l'utérus ne présente ni sténose ni déformation.

Si l'on fait porter l'examen clinique non seulement sur l'appareil génital, mais encore sur la totalité de l'organisme, on se rend compte que tout un cortège de symptômes à distance se manifeste au cours des menstrues douloureuses : nausées, vomissements, céphalée, diarrhée, constipation, tenesme, coliques, oligurie, pollakiurie ; et dès lors, la dysménorrhée n'apparaît que comme la manifestation locale la plus en vue, d'une spasmophilie généralisée.

Si cependant la dysménorrhée disparaît souvent après un redressement de l'utérus, un curettage, une dilatation du col, une résection nerveuse péri-utérine, c'est, d'après l'auteur, parce que les manœuvres chirurgicales portant sur l'utérus constituent soit des dilatations soit des sections nerveuses.

Les douleurs utérines comme celles de tous les viscères creux sont dues à la compression des fibres sensitives nerveuses par les fibres musculaires contracturés. Les manœuvres de dilatation suppriment pour un temps la contracture et par suite les douleurs. Quant aux résections nerveuses elles agissent en interrompant l'arc réflexe sensitivo-moteur. Mais dans tous ces cas il eût été plus simple de prescrire l'atropine qui, sauf erreur de diagnostic, eût donné le même résultat.

La plupart des dysménorrhées ont leur point de départ dans une affection de l'intestin ou de l'arbre urinaire. Les cas d'appendicite et de malformations du tube digestif mis à part, le traitement sera purement médical, ce sera celui des névroses et des spasmophilies.

Opérations conservatrices dans les salpingoovarites. (FORGUE. *Paris méd.*, 1926, n° 25, 19 juin, p. 580.) — La chirurgie des annexes après avoir été radicale à l'excès tend à devenir de plus en plus conservatrice, grâce aux perfectionnements de la technique, aux progrès de la physiologie ovarienne et à la vaccination pré et post-opératoire. La chirurgie radicale n'est de mise que si la vie génitale est terminée. D'autre part la conservation de la menstruation et de la sécrétion ovarienne, même dans les cas où la question de la fécondité ne se pose plus, doit encore inciter l'opérateur à ne pratiquer que des opérations limitées.

Le plus souvent, c'est seulement au cours de l'opération que pourra être choisi le meilleur procédé. L'examen clinique fournit cependant à ce point de vue certaines présomptions : les infections puerpérales sont d'ordinaire unilatérales, les infections gonococciques et tuberculeuses plutôt bilatérales; aux premières conviennent donc surtout les opérations conservatrices, aux secondes les opérations radicales.

OPÉRATIONS VISANT LA CONSERVATION DE LA FÉCONDITÉ ET DE LA SÉCRÉTION OVARIENNES. — La *castration unilatérale* s'impose dans tous les cas, plutôt rares, d'unilatéralité nette des lésions. La conservation n'est possible que si le pavillon et la trompe sont perméables. Des observations prolongées prouvent la valeur de ces interventions peu mutilantes. C'est ainsi que dans la statistique de Pollosson qui porte sur 39 malades, 30 bons résultats ont été obtenus et 7 opérées sont devenues enceintes.

La *salpingolyse* qui consiste à supprimer les adhérences englobant le pavillon tubaire n'a que peu d'indications et peu de chance de succès.

De même après la *salpingostomie*, les grossesses normales sont exceptionnelles.

Des opérations conservatrices portant sur l'ovaire, *l'ignipuncture* est une opération infidèle, la *résection partielle de l'ovaire* est un procédé satisfaisant, au moins théoriquement, car il suffit, pour conserver la fonction, d'une très faible quantité de tissu ovarien, mais trop souvent surviennent des cysthématomes à poussées menstruelles douloureuses qui forcent à réopérer et l'*implantation intra-tubaire de l'ovaire*, malgré un beau succès de *Bainbridge* est inférieure à l'*implantation intra-utérine* qui dans 56 cas (Tuffier 29, Estes 27) a donné cinq grossesses à terme.

OPÉRATION VISANT LA SIMPLE CONSERVATION DE L'OVAIRE, GLANDE A SÉCRÉTION INTERNE. — Si l'on fait la *castration unilatérale avec salpingectomie contra-latérale*, la menstruation est en générale normale et se rétablit dans les deux mois qui suivent l'opération, (76 p. 100 d'excellents résultats dans la statistique de Bollossas et Convert).

L'hystérectomie totale ou fundique avec conservation ovarienne a surtout été employée dans les fibromes utérins. L'hystérectomie fundique qui laisse subsister les règles a donné à Lecène 13 résultats parfaits sur 17 cas.

Les *greffes ovariennes* pratiquées au niveau du ligament large, sous le péritoine, dans l'épiploon, entre les muscles de la paroi abdominale ou sous la peau ne donnent que des résultats inconstants et temporaires. La durée de la greffe quand elle survit ne dépasse guère deux années. On a dû parfois réopérer des malades pour supprimer le greffon devenu douloureux.

La *vaccinothérapie* semble devoir restreindre les indications opératoires on tout au moins réduire l'acte opératoire. Elle est capable de faire la part des lésions réparables, de faciliter

une intervention économique et de stabiliser les effets obtenus en prévenant les rechutes.

Enfin dans les formes d'ovarite scléro-kystique s'accompagnant d'algies pelviennes, la chirurgie tend à s'exercer non plus sur les ovaires et l'utérus mais sur le *sympathique péri-artériel hypogastrique*.

Histologiquement ces ovaires à grandes algies et à petites lésions montrent des altérations des filets sympathiques comparables aux névromes que Sterk et Askanazy ont signalés dans les ulcères gastriques et que Masson a décrits dans certaines formes d'appendicite. La sympathectomie péri-artérielle de l'hypogastrique et la section du nerf présacré permettront peut-être de réaliser dans le traitement de ces cas une chirurgie annexielle vraiment conservatrice.

APPAREIL LOCOMOTEUR

Les fractures « trochantero-diaphysaires ». (Raoul MONOD. *Revue de chir.*, 1926, 11 fig., n° 1, p. 5.) — Cette variété de fracture ne doit être confondue ni avec les fractures de la diaphyse ni avec celles du col du fémur. L'auteur a eu l'occasion d'en observer cinq cas au cours d'une année.

Elles passent pour des fractures rares; elles le paraîtront moins quand elles seront mieux connues. On les confond souvent avec les fractures cervico-trochantériennes. Cette erreur entraîne un pronostic faux et des indications thérapeutiques mauvaises.

Les cervico-trochantériennes sont caractérisées par le point précis où commence sur le col le trait de fracture et par la pénétration de l'éperon de Merkel dans le trochanter.

Le trait de fracture oblique en bas et en dedans suit sensiblement la ligne intertrochantérienne antérieure. Le point de départ du trait ne varie jamais et correspond, dans la fossette de l'obturateur, à la jonction du col et du grand trochanter.

Dans les trochanters-diaphysaires, le trait de fracture en aucun point n'intéresse le col et il n'y a pas de pénétration des fragments.

Le trait de fracture commence sur le grand trochanter et se termine sur la diaphyse au-dessous du petit trochanter.

A ce trait principal s'en ajoute habituellement un second, qui, partant du trait principal passe au-dessus du petit trochanter. Entre ces deux traits existe donc un troisième fragment comprenant le petit trochanter et un segment de diaphyse.

L'examen radiographique met nettement en évidence tous ces détails et l'examen clinique montre le membre en adduction dans les cervico-trochantériennes, en abduction dans les trochantero-diaphysaires.

Les fractures trochantero-diaphysaires sont consécutives à une chute sur le grand trochanter. Elles se rencontrent à tous les âges et s'accompagnent d'un raccourcissement souvent considérable. Une ecchymose très étendue descendant parfois jusqu'à mi-cuisse s'observe fréquemment sur la face externe ou sur la face interne du membre blessé. On note une douleur vive à la pression du grand trochanter.

Le diagnostic peut être difficile. La position du membre fera penser souvent à une luxation traumatique; et dans quelques cas rares on devra éliminer la fracture du bassin avec déplacement d'un fragment cotyloïdien.

Le pronostic est favorable. Ce sont les moins graves de toutes les fractures du fémur. La réduction est aisée à obtenir et à maintenir. La consolidation se fait rapidement par formation d'un cal osseux solide.

Sur les cinq malades traités, trois l'ont été par l'appareil de fracture de cuisse de Delbet. Ils ont conservé l'appareil soixante jours, mais ils marchaient dès le huitième jour. Le résultat fonctionnel est satisfaisant; la marche est normale; le raccourcissement varie de 1/2 centimètre à 1 centimètre 1/2.

On peut utiliser également l'appareil à extension continue de Hennequin ou celui de Tillaux. L'enchevillement est complètement inutile.

NOTES POUR L'INTERNAT

ÉPANCHEMENTS SANGUINS TRAUMATIQUES INTRA-CRANIENS [1]

2° **Signes de localisation sont rares et diffus.** — Ce sont :

Avant tout des *signes d'excitation* :

Contracture,
Convulsions,
Exagération des réflexes,
Babinski,
Réflexes de défense.

Rarement *des paralysies.*

3° **La ponction lombaire.** — D'un intérêt capital retire un :

Liquide : *hypertendu*,
Sanglant, également hémorragique dans les 3 tubes,
Ne coagulant pas,
Hémolyse, restant teinte après centrifugation même prolongée.

Il devient dans la nuit *xanthochromique*.

Evolution. — Dépend des lésions cérébrales.

1° Par étapes successives d'aggravation correspondant à des reprises de l'hémorragie, l'évolution peut se faire vers le coma hyperthermique et la *mort*.

2° *Guérison.* — Peut aussi s'observer.

Séquelles sont fréquentes :

Crise jacksonienne,
Troubles psychiques persistants,
Abcès tardifs du cerveau.

Les formes cliniques. — **Formes frustes.** — Sur lesquelles a insisté Guillain :

Après simple contusion,
Grosse obnubilation avec céphalée,
Signes méningés frustes.

La ponction lombaire fait le diagnostic.

Formes graves. — A la suite de gros traumatisme la mort rapide est surtout le fait des lésions cérébrales associées.

Formes retardées. — A début brutal, apoplexie traumatique tardive des Allemands.

III. HEMORRAGIES SOUS-DURALES DES NOUVEAU-NES. — Surviennent, à la suite d'*accouchement difficile* après forceps, tête dernier.

Souvent chez des prédisposés. *Hérédo-syphilis.*

L'enfant naît en état de mort apparente, avec :

Soit : *asphyxie blanche*, la mort est alors rapide.

Soit : *asphyxie bleue*, l'on arrive à ranimer l'enfant.

Mais dans les jours qui suivent : apparaissent de la torpeur, ou des convulsions, de la raideur de la nuque avec tension des fontanelles.

La ponction lombaire fait le diagnostic.

La mort est fréquente.

La guérison possible mais souvent avec des séquelles Little, ariération mentale.

Diagnostic. — Se pose dans des conditions différentes : deux cas peuvent se présenter.

1° **L'intervalle lucide après trauma cranien est net.** — Diagnostic d'intervention s'impose.

Il faut cependant penser : dans certains cas à CÉPHALÉE DE L'HYPOTENSION.

MÉNINGO-ENCÉPHALITE. — Mais elle est :

Plus tardive,
L'hyperthermie est constante,
L'agitation, la rapidité du pouls.

Enfin la ponction lombaire permettent le diagnostic.

2° **Le malade est dans le coma** depuis le début de l'accident. Diagnostic devient extrêmement difficile.

1. Il faut d'abord éliminer certaines causes d'erreur, le traumatisme pouvant être la conséquence :

D'une HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE ou méningée,
D'une CRISE D'ÉPILEPSIE. Ces causes éliminées :

2. C'est alors le diagnostic des complications immédiates :

Commotion,
Contusion,
Compression cérébrale

qui va se poser chez un tel malade.

1. En faveur de la COMMOTION plaident :

Une perte de connaissance complète,
Sans paralysie, ni contracture,
Une respiration faible lente,
Un pouls lent dépressible.

La rétrocession rapide des signes dans les heures qui suivent vient affirmer le diagnostic.

2. En faveur de la CONTUSION :

L'hyperthermie,
l'apparition de signes en foyer très localisés.

En réalité le diagnostic entre l'hématome et la contusion reste très difficile.

Pour certains auteurs : (de Martel) dans le coma diagnostic impossible.

Pour d'autres : (Delbet) étudier soigneusement le pouls, la tension artérielle, la température, etc.

3, Enfin des SIGNES DE COMPRESSION peuvent être engendrés par :

Un fragment osseux. — Cause d'irritation les signes sont alors précoces, l'exploration de la voûte montre l'enfoncement.

L'œdème cérébral traumatique. — Diagnostic très difficile ; souvent ne peut être fait qu'à l'intervention.

C'est dire qu'en pratique le diagnostic qui se pose est surtout celui d'intervention.

Faut-il ou non intervenir ? — Pour Delbet, il faut trépaner :

Si l'interlobe est net.

S'il y a des signes de compression progressive. Ralentissement du pouls et de la respiration. Diminution des réflexes.

Si la température monte en flèche à 40 degrés car c'est la seule chance de sauver le malade.

Le diagnostic du côté à trépaner sera basé sur :

1° Le siège de la fracture mais possibilité d'hématome du côté opposé par contre-coup.

2° Les signes de localisation : mydriase du côté épanchement. Paralysie. Babinski du côté opposé.

Le diagnostic de la variété sus ou sous-durals est difficile à poser vu la fréquence des formes mixtes.

TRAITEMENT

1° **L'hématome extra-dural.** — Commande : la trépanation d'urgence.

Au niveau : de la lésion osseuse lorsqu'elle existe sinon faire une craniectomie sous-temporale large.

a. Puis : *Vider l'hématome* au besoin à la curette.

Lier l'artère.

b. Si la dure-mère revient et bat *fermer* avec ou sans drainage.

Si la dure-mère reste tendue, bleuâtre, il y a :

2° **Hémorragie sous-durale.** — L'incision et le drainage de la cavité sous-arachnoïdienne n'est pas sans danger d'infection.

La ponction lombaire répétée, pour certains serait suffisante pour palier aux accidents d'hypertension.

Pour d'autres (de Martel) mieux vaut faire :

Une trépanation préventive décompressive unie ou bilatéral selon la méthode de CUSHING.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 72, p. 1167, et n° 74, p. 1198.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 77. — SAMEDI 25 SEPT. 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 25 SEPT. 1926. — N° 77.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*

Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Laboratoire de radiologie. — *Mutations.* — M. Aubourg est nommé radiologiste de l'hôpital Beaujon, en remplacement de M. Desternes, démissionnaire.

MM. Quivy et Joly sont nommés assistants de radiologie à l'hôpital Beaujon.

M. Ronneaux est nommé radiologiste de l'hôpital Boucicaut.

MM. Blanche et David de Prades sont nommés assistants de radiologie à l'hôpital Boucicaut.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — Concours pour l'attribution de bourses aux candidats au titre de pharmacien. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu au siège des Facultés de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 25 octobre 1926.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 16 octobre, à 16 h.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin inspecteur général. — M. le médecin inspecteur Meyer en remplacement de M. le médecin inspecteur général Rouget, placé dans la section de réserve.

Au grade de médecin inspecteur. — MM. les médecins principaux de 1re classe Saint-Paul, en remplacement de M. le médecin inspecteur Rieux, placé dans la section de réserve. — Vidal, en remplacement de M. le médecin inspecteur Meyer, promu. (*J. O.*, 17 sept. 2926.)

— Le ministère de la Guerre vient de décider, à titre d'économie, la suppression des hôpitaux militaires de Calais, Cambrai, Toul, Thionville, Sarrebourg, Morhange, Colmar, Mulhouse, Chambéry, Bastia, les hôpitaux militaires du Bequet à Bordeaux et Villemanzy à Lyon, ainsi que l'établissement de convalescents de Sées (Orne), soit au total 13 établissements hospitaliers.

— A la suite des épreuves du concours terminant le stage de 1925-1926 à l'Ecole d'application du service de santé militaire, la liste définitive de classement des médecins aides-majors de 1re classe, ayant pris rang dans ce grade à dater du 31 décembre 1921, est arrêtée comme suit :

Série A. — MM. Sauvez, Clément, Meyer, Deslangles.

Série B. — MM. Rouzaud, Chaubet, Berthod, Monod, Giraud, Dutrey, Rolling, Fontaine, Mathieu, Hertrich, Daux, Le Guillas, Vandier, Canis, Brunel, Fouque, Patoiseau, Rolland, Julienne, Marion.

Série C. — MM. Sarroste, Crozes, Renard, Ginestet, Bernard, Morel, Placidi, Lemaistre, Maleviele, Bergeret.

Série D. — MM. Frejafon, Nicolle.

— A la suite des épreuves du concours terminant le stage de 1925-1926 à l'Ecole d'application du service de santé militaire, la liste provisoire de classement des médecins aides-majors de 1er classe ayant pris rang dans ce grade à dater du 31 décembre 1923 est arrêtée comme suit :

Série A. — M. Gaudin.

Série B. — MM. Talbot, Le Carbont, Chavialle, Galaup, Bossart, Gelard.

Série C. — MM. Rouzaud, Sauvaget, Ricard, Jacob, Lacambre, Peyrus, Garrigues, Petit, Douriaux, Blanchard, Husson, Rouzet, Schneider, Bouhet, Carbillet.

Série D. — M. Tete.

Série E. — MM. Bierer, Champouillon.

Le classement définitif de M. Gelard sera fixé ultérieurement.

— A la suite des épreuves du concours terminant le stage de 1925 à 1926 à l'Ecole d'application du service de santé, la liste provisoire de classement des médecins aides-majors de 1re classe ayant pris rang dans ce grade à dater du 29 décembre 1924, série B, a été arrêtée comme suit :

MM. Farjot, Figuière, Lanet, Luiggi, Giorgi, Levet, Sautriau, Thabourin, Carillon, Martinet, Jacquot.

Le classement définitif de MM. Sautriau, Thabourin, Carillon, Martinet et Jacquot sera fixé ultérieurement.

— A la suite des épreuves du concours terminant le stage de 1925-1926 à l'Ecole d'application du service de santé militaire, la liste provisoire de classement des médecins aides-majors de 1re classe ayant pris rang dans ce grade à dater du 30 décembre 1924 a été arrêtée comme suit :

MM. Vuillaume, Noyer, Jaulmes, Debenedetti, Gallois, Robin, Mercier, Willemin, Reissier, Germain, Bellet, Zumbiehl, Brousses, Roucaute, Chanzy, Jabot, Charbonnier, Mazeyrie, Maulin, Bousquet, Gelis, Provost, Bolzinger, Pascal, Lachaise, Vidal, Passager, Silie, Party, Peyre, Broussole, Perrin, Tricoire, Finance, Estival, Jammes, Dinichert.

Le classement définitif de MM. Finance, Estival, Jammes et Dinichert sera fixé ultérieurement. (*J. O.*, 16 sept. 1926.)

CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE. — Sur la demande d'un grand nombre de pédiatres et à cause de la baisse du change français et belge, le Congrès qui devait avoir lieu à la fin du mois de septembre, à Lausanne, est renvoyé à l'année prochaine. Des avis ultérieurs en indiqueront la date.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Cours pratique et complet de dermatologie*, du 4 octobre au 30 octobre 1926, sous la direction de M. le professeur Jeanselme, avec la collaboration de :

MM. Hudelo, Milian, Lortat-Jacob et Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Sabouraud, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Gougerot, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux; Sézary, médecin de l'hôpital Broca; Touraine et P. Chevallier, médecins des hôpitaux; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis; Schulmann, chef de clinique; Hufnagel, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis; Fouet et Terris, chefs de clinique; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté; MM. G. Lévy et Civatte, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, et Ferrand, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours aura lieu du lundi 4 octobre au mardi 30 octobre 1926, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi, à 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du Musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire (examens bactériologiques; culture des mycoses et des teignes, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Un cours semblable a lieu chaque année en avril et en octobre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 250 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Sous la direction du chef des Travaux anatomiques et de MM. les prosecteurs et aides d'anatomie auront lieu du 5 au 20 octobre douze conférences d'anatomie pratique et de dissection ouvertes à tous les étudiants.

Les étudiants assistants du cours seront pourvus par les soins de l'Ecole dont les ressources le permettent du matériel anatomique nécessaire aux dissections qu'ils voudraient faire. Se munir de trousses et de blouses.

La Maison des étudiants de Reims peut héberger dans la limite des places disponibles les assistants du cours (pension 15 fr. par jour chambre comprise).

Droit d'inscription 150 francs.

Pour renseignements et inscriptions s'adresser à M. Reillaud, prosecteur, Ecole de médecine, rue Simon (Reims).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Raguet (de Paimbœuf).

NOTES DE PRATIQUE

SELS SOLUBLES OU INSOLUBLES. KYSTES BISMUTHIQUES (1)

Par MM. FOURCADE, LEMAY, JALOUSTRE.

Sous ce titre les auteurs étudient les indications respectives de l'arsenic et du bismuth et montrent tout l'intérêt de ce dernier dans le traitement de fond de la syphilis, parce qu'il donne des résultats plus stables et plus sûrs.

Ils font ressortir les avantages multiples des sels insolubles de bismuth, et en particulier de l'hydroxyde, sur les sels solubles. En effet ceux-ci sont toxiques et ne peuvent être administrés qu'à faibles doses; de plus, ils s'éliminent très rapidement. Au contraire, les sels insolubles sont d'une élimination lente, qui permet l'imprégnation continue et prolongée de l'organisme sans donner d'accidents. Or, la bismuthothérapie, d'après les auteurs, doit rester une méthode d'imprégnation lente et soutenue et ne saurait être, sans risques, une méthode d'inondation médicamenteuse brusque.

A ce propos, MM. Fourcade, Lemay et Jaloustre font ressortir, en qualité d'introducteurs de l'hydroxyde de bismuth en thérapeutique antisyphilitique, que celui-ci ne donne jamais d'accidents lorsqu'il est bien préparé et bien employé. L'hydroxyde de bismuth radifère (muthanol) dont ils se sont servis, et qui est employé largement dans le monde entier depuis quatre ans (plusieurs millions d'ampoules) n'a jamais donné lieu aux inconvénients qu'on a signalés à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie à propos d'un produit défectueux.

Ce serait une grave erreur que de généraliser et de rendre responsable de cette série malheureuse l'hydroxyde de bismuth qui a fait ses preuves et dont l'efficacité et l'innocuité ne peuvent plus se discuter.

(1) *Journ. des praticiens*, 10 avril 1926.

REVUE GÉNÉRALE

CRÉATININÉMIE ET PERMÉABILITÉ RÉNALE

Par le docteur JEAN TURRIÈS,
Chef de clinique adjoint à l'École de médecine de Marseille.

Les tendances actuelles de la médecine qui visent à remplacer de plus en plus le penser anatomique par le penser physiologique ont eu déjà pour conséquence la recherche minutieuse des différentes tares humorales capables de déceler les troubles plus profonds des organes. Le sang a été à ce point de vue particulièrement étudié.

Les lésions qui doivent à cet égard retentir le plus rapidement et le plus profondément sur les humeurs paraissent *a priori* (et l'expérience vérifie cette notion) devoir être celles qui frappent les parenchymes des organes dont la fonction essentielle est de maintenir la constance physico-chimique du milieu intérieur : foie, reins, endocrines. Aussi la mise en évidence à l'heure actuelle du dysfonctionnement ou de l'insuffisance de l'un de ces organes se base-t-elle nécessairement à la fois et sur des signes cliniques et sur la recherche des perturbations humorales.

Ces réflexions sont particulièrement exactes en ce qui concerne l'étude de la perméabilité rénale. Les glandes rénales sont placées sur le trajet de la circulation comme des organes dépurateurs et des régulateurs physico-chimiques; leurs lésions retentissent fatalement sur la composition du sang, et tout le monde connaît l'intérêt extrême qui s'attache au taux de l'azotémie, au chiffre de la constante uréo-secrétoire, aux variations du pH et de la réserve alcaline, dans les états d'insuffisance rénale. On connaît moins l'importance de la créatininémie, à ce même point de vue. C'est pourquoi nous désirons y insister ici, après avoir rappelé en quelques mots l'essentiel de nos connaissances sur la créatinine et son métabolisme.

La *créatinine* est une substance quaternaire, cristallisable. Elle dérive chimiquement de la créatine dont elle est l'anhydride. L'origine de la créatine elle-même paraît devoir être recherchée du côté de la guanidine et de l'arginine; il existe très vraisemblablement ainsi des relations étroites entre la créatine et le noyau fondamental des substances albuminoïdes.

Le *métabolisme des corps créatiniques* est encore fort mal connu. On admet le plus généralement à l'heure actuelle qu'à l'intérieur de l'organisme c'est la créatine qui est la première formée; elle prend naissance au cours de la désassimilation azotée endogène, par usure des tissus dont elle est un produit de réduction. Pour beaucoup d'auteurs, le tissu musculaire serait essentiellement créatinogène. La créatine ainsi formée serait ensuite transformée dans le foie en créatinine; celle-ci, reprise par la circulation, serait enfin éliminée en totalité par le rein.

Nos recherches cliniques personnelles ne nous paraissent pas légitimer les données classiques ci-dessus, concernant les différentes phases du métabolisme créatinique. Mais cette discussion n'entre point dans le cadre de ce travail. Ce qui est certain, c'est que le rein est chargé d'éliminer toute la créatinine du sang, qui passe ainsi dans l'urine comme un produit excrémentitiel.

Avec l'alimentation ordinaire, *la créatinine de l'urine* oscille dans les vingt-quatre heures entre 1g50 et 2 grammes. Il n'y a pas normalement de créatine dans l'urine. Mais il y a un rapport entre la créatinine éliminée et le poids du corps : pour des individus différents la quantité de créatinine totale excrétée par kilogramme est toujours sensiblement la même.

Les chiffres précédents ne varient que peu à l'état normal. Il n'en est pas de même à l'état pathologique : les affections propres du rein paraissent influencer nettement le taux de créatinine des humeurs de l'organisme. Deffins a signalé l'hypocréatininurie des lésions rénales, en se demandant s'il n'y aurait pas diminution de la formation de créatinine dans les tissus. Cette hypothèse ne correspond pas avec les taux élevés de créatinine sanguine observés dans ces cas. C'est cette hypercréatininémie que nous allons étudier plus bas. Auparavant nous dirons quelques mots de la créatininémie normale.

La créatininémie normale. — Le dosage de la créatinine sanguine se fait en général colorimétriquement par la méthode de Myers et Lough, qui n'a pas à être décrite ici. Par ce mode de recherche, les taux normaux de créatininémie oscillent d'après nos recherches entre *15 et 25 milligrammes* de créatinine par litre de sang. L'ensemble des auteurs qui se sont occupés de la question donnent des résultats un peu plus bas oscillants entre 10 et 20 milligrammes. Fonteyne et Ingelbrecht toutefois admettent que la valeur maxima normale doit être poussée jusqu'à 24 milligrammes. Nos chiffres concordent avec les leurs; il y a lieu de faire remarquer que leurs dosages ainsi que les nôtres sont faits sur le sang total, alors que ceux de la majorité des autres auteurs sont pratiqués sur le sérum. Les hématies contenant à l'état normal plus de créatinine que le plasma, on trouve peut-être dans ce fait l'explication de la divergence notée.

Ni l'alimentation, ni le sexe, ni l'âge, ne sont capables de faire varier le taux de la créatinine sanguine en dehors des étroites limites fixées plus haut. Ce taux est donc à l'état normal d'une *constance remarquable*. Il n'en est pas de même dans le cas d'affection rénale.

La créatininémie dans l'insuffisance rénale. — Comme l'ont fait remarquer Boukovala et Marc, alors qu'en France on s'attachait à la suite de Widal et de son école à l'étude de l'azotémie, en Amérique au contraire on a tâché de préciser l'intérêt de la rétention dans le sang des différents corps azotés résultant de la désintégration de la molécule albuminoïde : acide urique, créatinine; acides aminés, etc. Ces travaux américains furent repris en France par Jeanbrau et Cristol (de Montpellier) et par leurs élèves Nikolitch et Boukovala. Comme autres travaux publiés en langue française on ne trouve guère que les mémoires de Fonteyne et Ingelbrecht, la note de Lesné, Hazard et Langle et celle de Cantinieaux.

Après ces auteurs, nous avons repris l'étude de la créatininémie, mais surtout dans ses rapports avec le métabolisme créatinique. Quoi qu'il en soit de ce point de vue un peu particulier, nos recherches dans les cas d'insuffisance rénale ont corroboré entièrement les résultats des auteurs précédents. Voici à titre d'exemples quelques-uns des résultats que

nous avons obtenus et qui sont véritablement typiques :

DIAGNOSTIC	CRÉATININÉMIE P. 1000 EN MILLIGRAMMES	AZOTÉMIE
Néphrite chronique......	43	2 gr.
Néphrite chronique......	39	2,40
Néprite saturnine.......	64	1,40
Néphrite chronique.....	80	3,30
Hypertendue..........	40	0,60
Cancer utérin...........	70	2,20
Fracture suivie de coma chez un vieillard......	58	1,15
Néphrite hydropigène...	17	Normale.
Etat comateux..........	64	2,10
Néphrite chronique......	50	1,75
Ictère grave............	45	2,40
Ictère grave............	110	5 gr.
Cirrhose Laënnec en période terminale.......	35	0,90

Les résultats publiés par les auteurs mentionnés ci-dessus sont exactement du même ordre que ceux que nous venons de fournir. De cet ensemble de travaux, il y a lieu de retenir les principales données suivantes :

Les lésions graves du rein s'accompagnent le plus souvent d'une forte créatininémie et cette élévation du taux de la créatinine sanguine serait un phénomène propre aux néphrites. La néphrite hydropigène cependant ne paraît pas provoquer l'hypercréatininémie d'après les observations de Fonteyne et Ingelbrecht et un de nos cas. Cette restriction faite l'accord paraît unanime, et la question est résolue au point de vue scientifique : *le taux de la créatinine sanguine a une valeur diagnostique réelle pour les états d'insuffisance rénale.* Mais on ne peut pas dire qu'une créatininémie normale signifie absence de lésions du rein, car il existe des cas de néphrite où la créatinine du sang n'est pas augmentée (Fonteyne et Ingelbrecht). Ces derniers auteurs constatent que sur 28 cas de néphrite le dosage de l'urée fournit des renseignements positifs dans 93 p. 100 des cas et la créatinine dans 61 p. 100 seulement. En général d'ailleurs une lésion rénale ne détermine de l'hypercréatininémie qu'autant qu'elle s'accompagne d'hyperazotémie (toutefois deux cas que nous avons observés paraissent faire exception à cette règle sans que nous ayons pu trouver à cette exception d'autre explication que des hypothèses). D'autre part l'étude des cardiaques asystoliques et oliguriques nous a personnellement montré que leur insuffisance certaine de dépuration urinaire ne s'accompagnait pas d'hypercréatininémie, même au cas d'une légère hyper-uricémie.

Il ne peut donc être question en clinique de remplacer le dosage de l'urée par celui de la créatinine. *Aussi bien, le dosage de ces deux substances ne répond-il pas à une signification identique.* L'insuffisance rénale n'est pas unique et, comme le rappelait encore récemment Cristol, si l'on suit l'évolution des néphrétiques, on voit s'installer progressivement plusieurs insuffisances. « Celles-ci ne peuvent pas être jugées uniquement sur le taux de l'urée sanguine ; il faut admettre la rétention en échelon des auteurs américains. » En général l'hypercréatininémie n'apparaît qu'après l'hyperazotémie et celle-ci n'apparaît elle-même qu'après l'hyper-uricémie. Ce rythme en échelon a été bien mis en lumière par Myers. Il permet de comprendre que le dosage de la créatinine ne fait pas double emploi avec celui de l'urée ; par son apparition plus tardive l'hypercréatininémie révèle une phase avancée de l'évolution des lésions rénales et comporte en conséquence des *indications pronostiques* plus précises encore que celles fournies par l'azotémie.

A peu près tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont abouti à des conclusions très rapprochées à ce sujet et qui peuvent se résumer ainsi : un taux de 40 milligrammes de créatinine par litre de sang témoigne d'une néphrite très grave ; un taux de plus de 50 milligrammes comporte un pronostic fatal avec une échéance de quelques jours à trois ou quatre mois. Nos résultats concordent parfaitement avec ces données (1). Il n'est toutefois guère possible d'établir une échelle de survie analogue à celle de Widal pour l'azotémie et de dire qu'à tel taux de créatinine correspond telle durée approximative de survie.

Cette valeur pronostique de la créatininémie est un des résultats les plus intéressants fournis par sou étude ; il y a également lieu de rappeler ici que chez un malade mis à la diète, puis au régime hypoazoté, le taux de l'urée sanguine peut baisser rapidement. Dans ce cas le dosage de la créatinine, qui est indépendante de l'alimentation, permet de suivre avec plus de sécurité l'évolution de la maladie.

Cependant, comme toute recherche biologique, l'étude de la créatininémie a *ses défaillances et ses erreurs.* Tout dernièrement Henri Marc a rapporté l'observation prolongée d'un malade qui, depuis six mois, présentait une azotémie au-dessus de 3 grammes et une créatininémie dépassant constamment 145 milligrammes. Il y eut dans ce cas échec complet du pronostic basé sur le dosage de l'urée sanguine et de la créatinine.

L'importance de cette rétention créatinique dans les affections rénales, et le fait que la créatinine s'élimine uniquemeut par les urines devaient engager les chercheurs à se demander qu'elles étaient les conditions dans lesquelles s'effectuait cette élimination. Il y avait lieu tout d'abord de préciser si cette dernière obéissait ou non aux lois des constantes sécrétoires. Fonteyne et Ingelbrecht ont pu mettre ainsi en évidence les points suivants : il existe un *coefficient créatinino-sécrétoire* pour le rein oscillant entre 0,033 et 0,010 ; mais si au lieu de la créatinine préformée, on dose la créatinine totale (2), le coefficient évolue entre 0,080 et 0,231. Ce coefficient augmente dans les lésious rénales ; mais cette augmentation est plus tardive que celle de la constante d'Ambard.

Cantinieaux a abouti à des résultats assez concordants dans l'ensemble. Il admet l'existence d'une constante dans l'excrétion rénale de la créatinine, oscillant entre 0,018 et 0,026 c'est-à-dire environ le tiers du chiffre pour l'urée. Mais en remplaçant dans la formule d'Ambard le taux sanguin de la créatinine préformée par celui de la créatinine totale on trouve à peu près la même constante que pour l'urée. Si le fonctionnement rénal est déficient, il existe un parallélisme entre la constante uréique et la constante créatinique (Cantinieaux).

Quoi qu'il en soit de ce point encore à l'étude de la constante créatinino-sécrétoire, il est permis de conclure des données précédents que l'élévation de la créatininémie est un signe spécifique, quoique

(1) Cette règle ne s'applique qu'aux processus chroniques, et n'a pas de valeur dans les néphrites aiguës.

(2) Créatinine préformée + créatine.

assez tardif, de l'insuffisance rénale — et d'autre part, que dans les processus chroniques, l'élévation de son taux au delà de certaines limites indique en général un pronostic grave ou même fatal. Ainsi donc, l'étude de la créatinine sanguine dans les états d'insuffisance rénale fournit des renseignements précieux d'ordre à la fois diagnostique et pronostique, d'où son réel intérêt clinique.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera toute la bibliographie de la question dans les travaux suivants :

1° Boukovala. Contribution à l'étude physio-pathologique de la créatininémie. *Th. de Montpellier*, 1924.

2° Turriès. Créatininémie et métabolisme créatinique. Recherches cliniques. *Th. de Montpellier*, 1926.

ACTUALITÉS

L'INSULINE (BANTING ET BEST, 1922)

CHIMIE ET PHYSIOLOGIE

Depuis longtemps on avait rapproché des symptômes cliniques du diabète les troubles observés chez l'animal après ablation totale du pancréas et Lancereaux dès 1877 avait édifié une conception pancréatique du diabète. Mais l'expérimentation n'avait pu pendant longtemps élucider l'origine précise ni la pathogénie des troubles dont la plupart semblaient indépendants de la sécrétion digestive de la glande. Une portion minime du pancréas suffisait à empêcher leur apparition; il en était de même d'une suppléance indirecte (injection du sang de la veine pancréatique; efficacité pour la femelle gravide de la sécrétion du pancréas fœtal (Hédon).

Dès 1916, alors que la sécrétion interne était mieux caractérisée par le raisonnement que par les expériences Schäfer (d'Edimbourg) dénommait insuline ce produit endocrine, en reportant l'élaboration aux îlots de Langerhans; mais la substance demeuraient inconnue et les extraits pancréatiques alors connus étaient impurs, infidèles, parfois toxiques.

C'est aussi ce nom d'insuline qu'adoptèrent en 1922 les savants de Toronto pour désigner l'extrait qu'ils avaient réussi à préparer.

Il s'agit actuellement non d'un corps chimique défini mais d'un *extrait pancréatique agissant sur la glycémie et influençant les diabètes cliniques ou expérimentaux.* Sans doute le principe actif est-il un corps de poids moléculaire élevé, peut-être protéique, proche de la ricine et de certaines toxines. Il existe d'ailleurs entre les insulines ou produits analogues des différences notables tenant au mode de préparation et à la pureté du produit.

Matière première. — On a pu trouver des insulines chez tous les animaux à peu près; on en a trouvé aussi, ou des corps à fonction analogue, chez bien des végétaux et même dans des cultures microbiennes; on l'a trouvé aussi chez les fœtus des mammifères domestiques en raison de la précocité de la fonction endocrine du pancréas.

On l'extrait du *pancréas des animaux domestiques :* porc (sauf en France), bœuf, mouton, cheval; et le rendement proportionnel est aussi avantageux chez le jeune que chez l'adulte.

Mode de préparation. — Il est basé à la fois sur les propriétés physiques et les chimiques.

1° Récolte. — Il importe avant tout qu'elle soit *rapide* en raison de la grande altérabilité de la glande et de la sécrétion. On recueille le pancréas dès l'abatage et à l'abattoir même il est mis en présence du liquide d'extraction.

2° Extraction. — Les auteurs ont employé divers liquides et divers procédés; c'est en général la macération prolongée et l'agitation suivies d'expression.

Le liquide employé est surtout l'*alcool* à froid ou à chaud (Chabanier) mais presque toujours *acidulé* (chlorhydrique, sulfurique, acétique). D'autres auteurs emploient l'eau acidulée, froide ou chaude, l'acide picrique (Dodds et Dickens).

3° Séparation. — On élimine *les graisses* par refroidissement ou lavage à l'éther ou au chloroforme; *la choline*, des produits de structure voisine mais toxiques et souvent hyperglycémiants. On se sert surtout de sulfate d'ammoniaque, de chlorure de sodium, d'acide picrique, d'acide benzoïque.

4° Purification. — Elle se fait par précipitations successives par dialyse ou emploie des procédés basés sur la précipitation au point isoélectrique.

Propriétés physico-chimiques. — L'insuline se présente comme une poudre blanche ou à peine jaunâtre, inodore et presque insipide en l'absence de sels minéraux.

Solubilités et précipitations. — Elle est *soluble dans l'eau* neutre, alcaline ou acidulée *sauf pour une réaction allant* de pH 4,7 à pH 5; à pH 5,7 la solution est complète. Elle est *soluble dans l'alcool faible,* quelle qu'en soit la réaction; mais précipite quand la concentration approche de 90 degrés surtout en réaction neutre ou alcaline; elle est *insoluble dans l'alcool absolu*, éthylique ou méthylique surtout en réaction neutre.

La plupart des substances employées comme solvants la précipitent, en particulier le benzène, le toluène, le chloroforme, l'acétone. *Il en est de même pour la plupart des sels :* chlorure de sodium, sulfate d'ammoniaque, sulfates de soude et de magnésie, de cuivre et de zinc; certains même la détruisent ou la fixent de façon durable (sublimé, iodure double de potassium et de mercure).

Pouvoir rotatoire. — Il est mal connu; l'insuline est suivant les auteurs lévogyre ou inactive.

Dialyse. — A travers le collodion elle est à peu près nulle,

Adsorption. — L'insuline est *facilement adsorbée* par les corps poreux (charbon, porcelaine) et surtout par les précipités formés dans la solution, et par les colloïdes de toute réaction électrique; l'adsorption est plus prononcée en milieu acide qu'en milieu neutre ou alcalin.

Action de la chaleur. — L'insuline paraît assez indifférente à la chaleur surtout en réaction faiblement acide; l'ébullition à feu nu la détruit cependant beaucoup plus rapidement que le chauffage au bain-marie.

Les rayons ultraviolets et les rayons X paraissent sans action.

Action des acides. — Les *acides étendus dissolvent l'insuline et conservent ses proprietés*; cependant l'acide sulfurique déci-normal à chaud la détruit; il en est de même des acides minéraux concentrés.

Action des alcalis. — *La plupart des alcalis inactivent l'insuline de façon définitive.* Cependant après l'action d'ammoniaque, l'activité peut reparaître par adjonction d'acide; peut-être même l'insuline est-elle de ce fait suractivée. Avec une trace de soude ou de potasse au contraire la perte d'activité est définitive.

Les sels alcalins (phosphate disodique, carbonate et bicarbonate de soude) agissent comme l'ammoniaque.

Réducteurs et oxydants. — Même doux ils inactivent l'insuline de façon définitive.

Ferments protéolytiques. — Ils suspendent son activité de façon temporaire mais l'activité reparaît par acidification légère; au contraire *la pepsine et surtout la trypsine détruisent l'insuline de façon rapide.*

Réactions colorées. — Elles sont nombreuses mais nous ne signalerons que les plus connues obtenues avec les réactifs des albuminoïdes : réaction violet pourpre au biuret, orange au réactif xanthoprotéique; réaction de Millon positive.

Composition; nature chimique et structure. — Elles sont mal connues et l'on ne peut encore assurer que l'insuline soit un corps défini; il semble qu'il s'agisse d'un *corps* quaternaire, contenant du soufre mais pas de phosphore et qui peut-être se rapproche des albumoses. Des auteurs en font les uns une protéose; d'autres une polypeptide adsorbée par des protéoses. Pour certains ce ne serait pas un corps défini; il y aurait un *groupement insuline* accolé à diverses molécules auxquelles il conférerait la *fonction insuline* ce qui expliquerait la diversité des propriétés chimiques entre des produits si différents parfois d'origine.

Conservation. — Bien que certains auteurs l'aient vue se conserver en solution pendant des mois à la condition que le milieu soit stérile et la réaction acide, ce qui rendrait superflus les ampoules et l'état solide, il semble jusqu'à plus ample informé que la poudre soit d'une bonne conservation moyennant les précautions d'usage pour les poudres organiques.

Titrage. — On ne peut actuellement faire qu'un *titrage physiologique.* On opère sur un lapin de 2 kilogrammes environ, normal au point de vue glycémique et à jeun depuis 16 à 24 heures. On provoque par injection *des crises convulsives* qui attestent une glycémie de 0,045 p. 100 (au lieu de normale 0,11). On opère sur plusieurs animaux simultanément. Il existe aussi d'autres procédés moins courants où l'on prend d'autres tests physiologiques.

Action physiologique. — Nous n'envisageons ici que les effets sur l'animal sain.

I. Action sur les échanges. — *Glycémie.* — C'est sur elle que l'insuline agit avant tout. Abstraction faite des variations individuelles, son action est sous la dépendance du produit employé (action plus lente et plus durable des insulines impures par lenteur d'absorption); elle est *proportionnée à la dose employée et surtout à la richesse de l'organisme en hydrates de carbones* qui agissent à la fois sur la rapidité d'éclosion des symptômes et sur leur durée. Avec rapidité et même brusquerie se produit une *chute du taux sanguin du glucose* qui pour une dose appropriée atteint ou dépasse 0g,40 par litre (normale : 1g,10); la glycémie se maintient à ce niveau plus ou moins longtemps accompagnée de symptômes particuliers, parfois temporairement relevée par les crises convulsives. Si la libération des réserves organiques suffit à rétablir l'équilibre l'état normal reparaît graduellement sinon la mort survient plus ou moins rapidement dans une hypoglycémie croissante. L'administration de glucose fait disparaître les accidents de façon presque instantanée; elle entrave leur développement ou empêche leur apparition.

L'élévation de la température ambiante, l'absorption de phosphate disodique favorisent l'action de l'insuline; l'extrait d'hypophyse, l'adrénaline, l'atropine, la morphine, les sels de calcium, le chlorure de potassium sont parmi ses antagonistes; des doses antérieures très fortes d'insuline auraient un effet prédisposant.

Collip a montré que ce pouvoir hypoglycémiant pouvait se transmettre en série par transfusion à partir d'un animal insuliné.

Le syndrome clinique d'hypoglycémie. — L'injection d'insuline est suivie d'une période d'incubation généralement brève et silencieuse; on note seulement de la fringale chez l'animal bien nourri. Puis l'animal s'immobilise, sa respiration devient accélérée et superficielle, puis, à l'occasion d'un bruit ou d'un contact même légers apparaissent des *crises convulsives* correspondant à une glycémie de 0g,40 par litre : opisthotonos, raideur des membres, chute, exophtalmie; l'animal se roule ou prend une course folle qui le fait se heurter à tous les obstacles; ces crises durent quelques minutes et se répètent plus ou moins, séparées par des périodes d'épuisement; puis apparaît le coma. La mort survient par syncope respiratoire. L'administration de glucose supprime très rapidement tous les accidents qui peuvent cependant reparaître si la dose d'insuline a été trop forte.

Autres effets sur le sang. — L'administration d'insuline fait diminuer conjointement la lipémie, la cholestérinémie, l'urée sanguine et l'azote total et produit une concentration sanguine.

Le glycogène diminue dans le foie.

L'action sur la thermogénèse est encore mal connue; il semble y avoir augmentation du quotient respiratoire et de la consommation d'oxygène.

II. Action sur les appareils. — *Rein.* — Le seuil d'excrétion du glucose semble relevé; l'élimination azotée diminue ainsi que, temporairement au moins, celle du phosphore organique.

Appareil circulatoire. — Une tension normale semble peu modifiée, une tension forte diminuée; sur le cœur l'insuline semble avoir une action à la fois dépressive et accélératrice.

Système nerveux. — En dehors des effets de l'hypoglycémie l'action sur le système nerveux paraît très douteuse.

Appareil digestif. — L'insuline augmenterait la sécrétion biliaire et inhiberait la sécrétion gastrique, peut-être aussi la sécrétion pancréatique.

L'insuline semble également inhiber l'ovulation et la lactation et diminuerait la teneur du lait en lactose.

Les effets produits par l'insuline sur le diabétique sont comme nous le verrons comparables, tout compte tenu des différences de terrain.

L'UNITÉ D'INSULINE. — Faute de notions chimiques précises sur la nature et la structure de l'insuline on en est actuellement réduit tant par les usages physiologiques que pour son emploi thérapeutique à un *titrage physiologique* de ses préparations.

L'unité physiologique qu'ont établie les savants canadiens est la quantité de produit qui chez un lapin de 2 kilogrammes environ à jeun depuis vingt-quatre heures produit en quatre heures de temps une *glycémie de 0,049 p. 100.*

Pour éliminer les causes d'erreur dues au mode d'injection et surtout à la résistance individuelle de chaque animal les injections pour titration doivent-être pratiquées à la fois sur tout un lot d'animaux placés autant que possible dans les mêmes conditions.

Le taux critique de 0,049 p. 100 chez le lapin semble décelé avec une fidélité suffisante par *l'apparition des phénomènes convulsifs.*

L'unité physiologique étant trop forte pour l'usage médical est remplacée en thérapeutique par l'*unité clinique.*

1 unité physiologique = 3 unités cliniques. — Malgré la faiblesse comparative de la dose l'usage du médicament a déjà donné en un temps fort court de tels succès non seulement chez les diabétiques mais dans diverses affections ou syndromes dus à des troubles de la nutrition qu'on peut espérer beaucoup d'un médicament nouveau; beaucoup aussi des voies nouvelles qu'ouvre cette méthode pour le progrès des diverses opothérapies. R. LEVENT.

REVUE DES THÈSES

La mesure des rayons X par la méthode ionométrique (1) par le docteur Jean QUIVY, Moniteur de physique médicale à la Faculté.

CONCLUSIONS. — 1° Par son principe, la méthode ionométrique est une méthode excellente et précise, et sans causes d'erreurs subjectives, de mesure de la quantité et de la qualité des rayons X.

2° Il résulte de l'étude théorique et pratique des lois d'absorption que la méthode ionométrique, comme d'ailleurs toutes les autres méthodes de mesure, ne peut donner de résultats exacts qu'à la condition d'utiliser une bonne technique.

Cette technique consiste, pour la détermination de la qualité, à toujours se placer dans les mêmes conditions de distance, de largeur de champ et de structure et capacité du fantôme; pour la détermination de la quantité, la mesure doit être faite de manière à évaluer non seulement la quantité d'énergie incidente, mais l'appoint résultant de la dispersion.

3° Les mesures faites dans ces conditions peuvent être faussées par les imperfections des ionomètres en usage, à la suppression desquelles doivent s'appliquer les constructeurs.

4° Même dans le cas où la technique de mesure était bonne et l'erreur résultant des imperfections connue, les indications données par l'ionomètre ne peuvent être prises en considération absolue que si les quantités de rayonnement comparées se rapportaient à une même qualité.

5° Dans le cas où l'on compare des quantités de rayonnements de qualités différentes, cette comparaison est entachée d'erreur si le courant d'ionisation observé est censé proportionnel à la quantité de rayonnement. Cette erreur est due aux faits que les parois de la chambre d'ionisation sont irradiées en même temps que l'air qu'elle contient, et que les dimensions de la chambre sont trop petites par rapport à la longueur des trajectoires électroniques.

6° Il en résulte non seulement que la grandeur du courant d'ionisation est en rapport variable suivant la λ avec la quantité absorbée par le gaz de la chambre, mais encore que chaque ionomètre a sa sensibilité propre. D'où l'impossibilité de comparer entre elles, d'une manière absolue, les diverses unités ionométriques employées.

7° Le problème de l'existence d'une spécificité de la λ étant étroitement lié à l'unification de la méthode ionométrique, nous avons étudié les travaux faits sur cette question controversée.

De cette étude nous croyons pouvoir conclure, avec Dauvilliers, que les résultats discordants obtenus par les divers auteurs s'expliquent par des erreurs d'expérimentation et d'interprétation, et que tous ces travaux, après correction, semblent infirmer l'hypothèse d'une spécificité de la λ, d'ailleurs théoriquement peu probable.

Nous admettons donc que l'action biologique est proportionnelle à la quantité réellement absorbée (c'est-à-dire transformée en émissions électroniques et secondairement en travail d'ionisation) et absolument indépendante de la qualité.

8° Dans le problème de l'unification de la méthode ionométrique, nous pensons qu'en l'absence d'une unité physique absolue, qui ne peut être déterminée faute d'un corps noir aux rayons X, il y a lieu de choisir une unité physique relative à l'absorption vraie par l'unité de volume de tissus; de cette manière l'unité choisie serait autant une unité biologique que physique, si toutefois il n'y a pas de spécificité de la λ.

Nous pensons donc que la meilleure méthode est celle utilisée par Dauvilliers pour l'étalonnage de son dosimètre; mais, au lieu d'admettre comme cet auteur que le pouvoir absorbant des tissus est, à égalité de volume, toujours 820 fois plus élevé que celui de l'air, nous proposons la vérification de ce rapport en mesurant le pouvoir absorbant d'un mélange gazeux contenant les quatre constituants du corps humain dans les proportions où ils se trouvent dans les tissus. L'étalonnage par rapport à l'air ne serait conservé que dans le cas où la différence des pouvoirs absorbants entre le gaz en question et l'air ne serait pas trouvée trop considérable.

Quant à l'unité à adopter, c'est l'erg qui paraît le plus indiqué; mais on pourrait aussi bien utiliser une unité électrique ou une unité radioactive comme celle de Solomon, l'essentiel étant la fixation d'une chambre d'ionisation-étalon.

L. G.

(1) *Thèse de Paris*, 1926. — Librairie médicale et scientifique Marcel Vigné, 13, rue de L'Ecole-de-Médecine.

Les huiles de chaulmoogra. Leurs origines, leurs caractères et leur mode d'action (1). par le docteur René JUMELLE.

D'usage immémorial en Asie tropicale, l'huile de chaulmoogra reste, dans le traitement de la lèpre, l'un des meilleurs remèdes dont dispose la thérapeutique moderne pour obtenir, sinon la guérison complète de la maladie, du moins une amélioration très sensible de l'état du malade.

Depuis toutefois le commencement de ce siècle, et, tout particulièrement, depuis une dizaine d'années, les modes d'emploi de l'huile se sont, à tous égards, modifiés.

L'huile de chaulmoogra était autrefois exclusivement utilisée en ingestion ou comme topique. Actuellement, l'absorption par voie buccale, de plus en plus abandonnée, par suite des troubles gastriques qu'elle détermine, et aussi en raison de la lenteur de son action, est remplacée par les injections intramusculaires ou intraveineuses.

C'est vers 1900 que furent faites les premières injections hypodermiques, et elles le furent d'abord avec l'huile seule, puis avec l'huile additionnée d'autres huiles ou d'autres substances, destinées à prévenir ou à atténuer les accidents locaux. Aujourd'hui, où l'on pratique, non seulement des injections hypodermiques ou intramusculaires, mais aussi intraveineuses, le produit injecté est, soit l'huile émulsionnée et amenée à l'état de pseudo-solution colloïdale, soit les sels ou les éthers de ses acides gras.

(1) *Thèse de Paris*, 1926. — Orléans, Imprimerie Henri Tessier.

Ces derniers dérivés sont, d'ailleurs, également administrés parfois, mais surtout comme traitement complémentaire, par voie buccale.

L'emploi des solutions de sels ou des éthers des acides gras de la série chaulmoogrique est d'autant plus rationnel que, sans aucun doute, les effets de l'huile sont dus à la constitution très particulière de ces acides. qui sont des acides non saturés, à pouvoir rotatoire dextrogyre élevé.

Cette action bactéricide ne peut, d'ailleurs, s'exercer que sur les bactéries qui, comme le bacille de Hansen, sont acido-résistantes. L'acido-résistance étant due aux substances lipoïdes qui imprègnent la cellule, les bactéries qui offrent ce caractère sont très avides d'acides gras; mais, tandis que les acides gras végétaux ordinaires sont sans influence nuisible sur le bacille, la décomposition de ces acides spéciaux de la série chaulmoogrique, au contraire, le tue.

Tous les faits précédents sont relatifs aux modes d'emploi et d'action des huiles de chaulmoogra; c'est surtout sur les diverses origines possibles de ces huiles — point fort important, et peut-être trop négligé dans les recherches actuelles — que nous avons insisté dans notre travail.

On a cru très longtemps que l'huile de chaulmoogra provenait, et à peu près uniquement, des graines d'une Bixacée, le *Gynocardia odorata*. En réalité, l'huile de *Gynocardia odorata*, dépourvue de tout acide de la série chaulmoogrique, et sans pouvoir rotatoire, n'a aucune des propriétés qui font la valeur de la véritable huile de chaulmoogra; et, comme l'établissait, en 1900 M. Desprez, cette vraie huile de chaulmoogra est donnée par un autre arbre de la même famille, le *Taraktogenos Kurzii*.

Mais, en outre, ce qu'ont bien établi surtout les études botaniques de ces dernières années, nombreuses en somme, sont les autres Bixacées dont les graines peuvent également fournir des huiles analogues, par leur composition générale, à celle du *Taraktogenos*. Et ces graines appartiennent à des espèces des genres *Hydnocarpus*, *Oncoba* et *Carpotroche*.

Les *Hydnocarpus* sont asiatiques et océaniens; l'*Oncoba echinata* est de l'Ouest-Africain; le *Carpotroche brasiliensis* est du Brésil. Pour cette dernière espèce, il y aurait lieu de reprendre les anciennes études de Peckolt et de s'assurer si, comme il est vraisemblable, l' « acide carpotrochique » de Peckolt n'est pas un des acides de la série chaulmoogrique.

L'intérêt d'une étude complète de toutes ces huiles, et, en particulier des huiles d'*Hydnocarpus* — dont nous avons donné tous les caractères actuellement connus — c'est déjà que, très souvent, les « huiles de chaulmoogra » du commerce ne sont pas des huiles du *Taraktogenos Kurzii*, mais proviennent tout aussi bien de certains de ces *Hydnocarpus*. La composition de toutes ces huiles, comme nous avons pu nous en rendre compte, étant assez variable, ainsi peuvent s'expliquer les discordances relevées entre les résultats de divers expérimentateurs qui ont cru opérer avec le même produit.

Une autre utilité encore de la même étude, c'est de nous montrer que, contrairement à ce qu'on pouvait jusqu'ici penser, l'huile proprement dite de chaulmoogra, du *Taraktogenos Kurzii*, la plus anciennement connue et usitée, n'est peut-être pas la plus efficace; certaines huiles d'*Hydnocarpus*, comme celles de l'*Hydnocarpus Wightiana*, du Sud-Ouest de l'Inde, et de l'*Hydnocarpus anthelminthica*, le *krabao* du Cambodge, seraient, semble-t-il, plus actives.

La cause de cette différence se dégagerait peut-être, et tout au moins en partie, des observations cliniques et bactériologiques rapportées dans ce travail. Les constatations cliniques de Rogers et les expériences *in vitro* de Schöbl, qui cultive le bacille de la tuberculose en présence de divers sels des acides de la série chaulmoogrique, aboutissent à cette conclusion, qui pouvait paraître inattendue, que l'*acide hydnocarpique aurait un pouvoir bactéricide notablement plus élevé que l'acide chaulmoogrique*.

Une telle conclusion devrait influer sur les recherches à venir. Presque toujours, en effet, principalement en France, les essais cliniques ont été faits avec l' « acide gynocardique », qui est l'ensemble de tous les acides gras d'une huile de chaulmoogra; il importerait de voir ce que donneraient les sels ou les éthers éthyliques de ces acides séparés, et, en particulier, de l'acide hydnocarpique, comparé à l'acide chaulmoogrique.

Et c'est surtout pour les études chimiothérapiques relatives à la tuberculose qu'une orientation en ce sens offrirait un réel intérêt.

On a sans doute remarqué que nous avons relativement peu parlé, au cours de ce travail, de la tuberculose, dont le bacille est pourtant un acido-résistant, tout comme le bacille de Hansen, et nous avons surtout relevé les observations faites à propos de la lèpre. La raison en est que les plus récentes recherches sur le traitement des tuberculoses par les dérivés des huiles de chaulmoogra semblent avoir laissé quelques déceptions : ces dérivés ont été moins actifs que le morrhuate de sodium.

S'il est vrai cependant que, comme le pense Schöbl, le pouvoir bactéricide de ce morrhuate de sodium sur le bacille de Koch, tout en étant supérieur à celui du chaulmoograte, est inférieur à celui de l'hydnocarpate, de nouvelles expériences cliniques ne seraient pas inutiles avant qu'on pût définitivement conclure que les dérivés des huiles de chaulmoogra ne conviennent pas pour le traitement des tuberculoses. Il importerait, en effet, de rechercher encore si, pour la tuberculose comme pour la lèpre, les sels ou les éthers *de l'acide hydnocarpique seul* ne donneraient pas de meilleurs résultats que ceux qui ont été obtenus jusqu'ici avec les sels ou les éthers préparés avec l' « acide gynocardique », c'est-à-dire *avec un mélange des acides hydnocarpique et chaulmoogrique*.

L. G.

Un grand médecin du XVIe siècle : Jean Fernel (1),
par le docteur P.-A. Capitaine.

Conclusions. — A côté de la partie médicale, il y a dans l'œuvre de Fernel une importante partie philosophique. Dans la plupart de ses ouvrages, elles sont intiment mêlées.

Nous n'avons fait que quelques allusions rapides à ses théories psychologiques et métaphysiques, pour ne pas sortir du cadre de notre exposé. D'ailleurs, cette partie de son œuvre a été étudiée en détail dans l'ouvrage de Figard : « Un médecin philosophe au xvie siècle » que nous avons eu souvent l'occasion de citer.

« Quel dommage, dit Bordeu (2), que Fernel ait vécu dans un siècle aussi peu favorable à l'éclat ou du moins à la durée que méritaient ses ouvrages.

A peine virent-ils le jour qu'ils furent éclipsés par le tourbillon impétueux des chimistes qui vint bouleverser la médecine; à peine ces ouvrages eurent-ils le temps d'être connus et goûtés que les plus savants médecins s'empressèrent de courir la nouvelle carrière ouverte par Paracelse, à qui rien ne résista, qui assujettit tout à ses lois, qui ébranla le galénisme jusque dans ses fondements.

Si quelque médecin résista aux doctrines de Paracelse, s'il y en eut qui ne furent point éblouis par ses paradoxes hardis et par ses découvertes, qu'on ne pouvait méconnaître, ce furent en partie des esprits paresseux et timides, obligés enfin d'abandonner ce Fernel, lorsque la circulation du sang vint répandre sur la médecine un jour éblouissant.

J'aurai voulu, dit cet historien, que Fernel ait eu tous ces matériaux à manier; quelle différence de son style à celui de nos faiseurs d'institute! Quoi qu'il en soit, Fernel ne fut point un génie créateur, inventeur, destiné à réformer l'art : il l'embellit de l'ouvrage le mieux fait qui ait paru. Il fut un peu trop enfoncé dans l'école : il en éclaira les dogmes, jusqu'à lui obscurs, traînants, mêlés de toutes les fadeurs de la dialectique.

Fernel s'attacha au char pesant des Arabes et des sectateurs corrompus de Galien; mais il fit un corps élégant de leur doctrine fastidieuse.

Les modernes ont pris de lui l'ordre et la clarté; il n'en est point qui ait pu en saisir le style et l'expression. Il a fourni quelque chose à l'extension et au développement de toutes les nouvelles sectes qui ont pris naissance dans la chimie et dans la circulation du sang; il a toujours été d'un grand secours à ceux qui ont enseigné la médecine; ses ouvrages seront à jamais une sorte de code du dogme, ils seront toujours supportables et toujours lus.

Ils serviront de guides à ceux qui entreprendront de réduire

(1) *Thèse de Paris*, 1925. — Le François.
(2) Bordeu. *Recherches sur l'histoire de la médecine.*

la médecine à des principes généraux et à la traiter suivant les vœux des dogmatiques; c'est ainsi que le fond des opinions de Descartes vieillira, mais que sa méthode ne cessera point d'avoir tous les agréments de la nouveauté.

Il fut le plus grand, le plus élégant des régents ou des professeurs : une école faite pour instruire la jeunesse des éléments du dogme ne saurait choisir un meilleur modèle. »

Fernel avait eu de son vivant l'honneur fort rare de voir ses œuvres commentées et enseignées à l'égal de celles des Anciens. Elles furent tenues en haute estime longtemps après lui et jusqu'au cours du XVIIIe siècle gardèrent une place importante dans la littérature médicale.

C'est pour toutes ces raisons et pour le mérite de sa vie laborieuse que nous avons essayé de raviver la mémoire de ce grand maître. L. G.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

MÉDECIN-PHARMACIEN

SOCIÉTÉ ANONYME

Les contrats conclus par un médecin donnent lieu souvent à des difficultés qui trouvent leur solution devant la justice. La Cour de Paris, dans un arrêt du 30 mars 1926 (*Gaz. des tribunaux* des 9-10 juillet 1926), a examiné la question de savoir si l'exercice de la profession médicale est ou non compatible avec le lien de subordination qui naît du contrat de louage de services; et elle a résolu la question en ce sens qu'il n'y a aucune incompatibilité. Sa décision et ses motifs doivent être portés à la connaissance de nos lecteurs.

M. J..., titulaire d'un diplôme de docteur en médecine de la Faculté de Paris en date du 9 décembre 1909 était inventeur d'un traitement de rajeunissement de l'espèce humaine, par des injections de sang humain, et aussi d'un sérum « aviaire » pour la cure des affections de poitrine. Le 5 janvier 1924 il a passé avec Ch. S... un contrat sous seings privés, aux termes duquel celui-ci s'est engagé, avec un groupe de capitalistes, à fonder, sous l'appellation « Traitements et sérums du docteur J... », une Société anonyme ayant pour objet d'exploiter les découvertes et les formules de ce docteur. Dans cet acte, il était énoncé notamment que la Société serait constituée avant le 15 mars 1924; qu'elle aurait une durée de trente ans; que son capital serait de 100.000 francs, divisé en 200 actions nominatives de 500 francs à souscrire en numéraire; qu'il serait émis 100 parts bénéficiaires, dont 40 seraient attribuées à J... en représentation de ses apports, et 60 à S... et à son groupe en rémunération de leur garantie de souscription et de paiement du capital social, ainsi que de l'apport d'un bail de partie de l'immeuble situé à Paris.

L'article 4 de ce contrat était ainsi conçu : « M. J... s'oblige : 1° à installer et diriger son cabinet médical pour le rajeunissement de l'espèce humaine et le traitement des maladies pulmonaires dans la partie de l'immeuble sis.....; 2° à recevoir et soigner sa clientèle actuelle de la rue..... dans ce nouveau cabinet médical, et, par conséquent, à faire bénéficier la Société anonyme « Traitements et Sérums du docteur J... » des recettes de toutes sortes provenant de sa clientèle actuelle. Le docteur J... aura seul le droit de diriger le cabinet médical et le laboratoire et aura seul la haute main exclusive sur tout le personnel. »

Aux termes de l'article 5 du même contrat, le docteur J... s'obligeait jusqu'au 31 décembre 1932, sauf le cas de dissolution de la Société « à consacrer tout son savoir et tout son temps, sauf six semaines de vacances annuelles, à la direction et à l'exploitation du cabinet médical et du laboratoire »; en compensation de ce travail personnel, le docteur J... recevait de la Société la somme de 4.000 francs par mois comme appointements; il avait droit à l'occupation gratuite du troisième étage de l'immeuble sis....., au chauffage et à l'éclairage. A l'article 6, il était mentionné que « les apports du docteur J... seraient la propriété exclusive de la Société Traitements et Sérums du docteur J... » pendant toute la durée de la Société et ses prorogations; l'article 7 portait que dans l'hypothèse de dissolution ou de mise en liquidation de la Société, les apports du docteur J... lui feraient retour en toute propriété et sans indemnité.

Après avoir ainsi traité avec J..., S... soutint que la convention au pied de laquelle il avait pourtant apposé sa signature, était entachée de nullité par la raison qu'*une Société anonyme ne peut être propriétaire d'un cabinet médical, et qu'elle ne saurait légalement avoir pour objet ni la vente de remèdes et produits pharmaceutiques, ni l'administration de sérums par la voie d'injections sous-cutanées.*

La Cour examine les prétentions émises par S... :

« Considérant que la Cour n'a pas à faire état de la valeur, discutable ou non, des procédés cliniques de J..., ni à rechercher s'ils sont susceptibles de réaliser ses ambitieuses promesses; qu'elle a uniquement à se prononcer sur le caractère licite ou illicite des obligations synallagmatiques contractées par les parties;

Considérant qu'aux termes des articles 1er, 2 et 6 de la déclaration royale du 25 avril 1777 et 25 de la loi du 21 Germinal an XI, l'exercice de la pharmacie est interdit à quiconque n'est pas pourvu du diplôme de pharmacien; qu'un individu non muni de ce diplôme ne peut être propriétaire d'une officine, et que, lorsqu'une Société anonyme a été constituée pour l'exploitation d'une pharmacie, les membres du Conseil d'administration qui la font tenir par un gérant même diplômé se rendent coupables du délit d'exercice illégal de la pharmacie;

Considérant, d'autre part, qu'est nul et dépourvu de sanction de justice, tout contrat intervenu en vue de l'exploitation commerciale d'un produit qui, par sa nature, son objet et son mode d'emploi, est un remède secret, dont la vente est interdite par les articles 32 et 36 de la loi du 21 Germinal an XI, et les décrets des 23 Prairial an XIII et 3 mai 1850;

Mais considérant qu'il n'est pas question dans l'espèce, de l'exploitation d'une officine pharmaceutique, de vente de médicaments par des non-diplômés, ni du débit de remèdes secrets dans le sens des textes précités; qu'il s'agit de l'emploi, par un médecin revêtu du titre professionnel, de recettes ou de formules qu'il croit curatives; que tout médecin diplômé est libre, sous le contrôle de sa conscience, d'administrer à ses malades les médicaments qu'il juge nécessaires; que son diplôme lui confère l'aptitude de soigner ses malades comme il l'estime bon; qu'il n'est pas lié par les formules du Codex, et que d'ailleurs les remèdes se distinguent en remèdes officinaux, c'est-à-dire tenus préparés dans les pharmacies, et en remèdes magistraux, c'est-à-dire composés selon les ordonnances particulières des médecins;

Considérant que l'acte du 5 janvier 1924 énonce expressément que J... dirigera seul le cabinet médical, ce qui signifie que, par une imprudence qui serait dangereuse pour les malades et profondément répréhensible, il n'abdiquera pas aux mains de S... ou des préposés de la Société son indépendance et sa responsabilité médicales;

Considérant que ni la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, ni aucun texte ne défendent à un médecin d'engager ses services moyennant appointements préalablement fixés, et qu'en cette matière, rien ne met obstacle à l'application des principes de droit commun édictés par le Code civil pour le louage d'ouvrage. »

Un médecin peut donc, sous sa responsabilité professionnelle, engager ses services par contrat. La jurisprudence s'est déjà prononcée en ce sens (Trib. Civ., Seine, 24 mai 1921, Sirey 1924-2-57. C. de Paris 14 décembre 1922, *Rec. Gaz. Trib.*, 1923-2-161). Mais la convention n'est valide qu'à la condition qu'il y soit stipulé que le médecin dirigera seul le cabinet au point de vue technique.

Après avoir résolu cette question, la Cour se préoccupe du point de savoir si le contrat intervenu n'était pas en contradiction avec la loi du 25 avril 1925. On sait que cette loi interdit, dans l'intérêt de la santé publique, toute pratique professionnelle d'un sérum thérapeutique non autorisé, alors même qu'il s'agirait d'injections faites par un médecin à ses malades en vue d'un traitement. Elle s'exprime ainsi :

« Considérant, qu'il échet d'examiner si diverses autres conditions insérées au contrat du 5 janvier 1924 ne sont pas incompatibles avec les dispositions de la loi du 25 avril 1895, suivant laquelle, les virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées, et produits analogues pouvant servir à

la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses, et les substances injectables d'origine organique non définies chimiquement, appliquées au traitement des infections aiguës ou chroniques, ne doivent être débités, à titre gratuit et onéreux, qu'autant qu'ils ont été l'objet d'une autorisation du gouvernement, délivrée après avis du Comité consultatif d'hygiène et de l'Académie de médecine ;

Considérant en droit que la loi de 1895, ayant entendu prohiber dans l'intérêt de la santé publique, tout emploi des produits par elle spécifiés, quand l'usage n'en est pas officiellement autorisé, le fait par un médecin d'injecter à des malades un sérum de sa fabrication et pour lequel il n'a pas obtenu l'autorisation prescrite, en constitue le débit au sens de ladite loi, et que le médecin, dans les cas visés par ce texte, ne peut plus, comme dans le cas d'emploi de remèdes secrets, se prévaloir du droit qu'il tient de son diplôme, de prescrire et d'administrer tous les traitements curatifs qu'il juge appropriés ;

Considérant, néanmoins, et en fait, que la convention litigieuse impliquait virtuellement que J... s'assurerait par la suite les autorisations légalement indispensables pour les injections de ses sérums ; que ces autorisations lui ont été ultérieurement accordées par décret ;

Considérant ainsi que S... est mal venu à prétendre que le contrat est encore nul sur ce point, par application des articles 1131 et 1133 du Code civil comme ayant une cause illicite. »

La Cour a, en définitive, reconnu la validité du contrat qui avait été conclu par le docteur J... ; et, comme M. S... n'en avait pas exécuté les clauses, notamment en ne poursuivant pas la constitution de la société qu'il s'était engagé à créer, elle a prononcé la résiliation du contrat dont il s'agit à ses torts et griefs et accordé des dommages-intérêts au médecin pour la réparation du préjudice qu'il avait subi.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des maladies de la prostate (1), par Georges Luys, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien assistant du service des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière ; lauréat de la Faculté et de l'Académie de Médecine. **Prostatectomies et tumeurs malignes**, par Victor Pauchet, chirurgien de l'hôpital Saint-Michel.

Publié sous la double signature de Georges Luys et de Victor Pauchet, ce livre marque bien quelle doit être la collaboration intime de l'urologie et de la chirurgie. Fruit de trente ans de pratique, il répond à un double but : 1° réunir dans un ouvrage d'ensemble tout ce qu'il faut savoir de la pathologie et de la thérapeutique actuelle de la prostate ; 2° mettre à la portée du praticien les notions qui lui sont indispensables aussi bien pour traiter les cas d'urgence qui peuvent se présenter à lui, que pour assurer aux prostatiques chroniques qu'il peut posséder dans sa clientèle les soins minutieux nécessaires.

Ces notions, le lecteur les trouvera exposées avec tout le détail voulu, mais sans développement inutile dans les 700 pages de ce beau livre dont la forme irréprochable est à la hauteur du fonds. Plus de 450 figures en noir, et 5 planches en couleurs hors texte, lui permettront en effet de suivre les manœuvres et les opérations décrites presque comme au cinéma.

C'est dire que cette utile mise au point de tout ce qui touche à la prostate est à la portée du plus profane. Originale par sa conception, elle se lit avec plaisir et avec fruit parce qu'on y retrouve à chaque page le jugement de l'expérience et de la pratique personnelle des auteurs et qu'on n'y sent nulle part la compilation. C'est ce qui ne peut manquer de faire son succès auprès des praticiens.

(1) Beau volume in-8 de 700 pages, avec 457 figures dans le texte et 5 planches en couleurs hors texte. Prix : 90 fr. — Paris, G. Doin.

Parmi les principaux chapitres de cet ouvrage, signalons en particulier ceux qui ont trait à l'exploration clinique de la prostate, à l'hypertrophie de la prostate (Description macroscopique ; histologie pathologique ; rapports de la tumeur avec la prostate et avec l'urètre ; coexistence de polypes et d'abcès ; les prostatiques sans prostate ; rapports de la tumeur prostatatique avec le col vésical ; film cinématographique des obstacles prostatiques ; développement et évolution pathologique, etc. Recette pour devenir prostatique, influence de l'âge, de la congestion locale, de la continence sexuelle, des infections antérieures ; conditions climatériques. Symptômes ; période congestive, période de rétention, période de distension. Diagnostic de l'existence, diagnostic différentiel, diagnostic de l'état général ; analyse des urines, épreuve du bleu de méthylène, de la phénosulfophtaléine, constante d'Ambard, urée sanguine. Complications : Traitement de l'hypertrophie de la prostate (traitement palliatif général exercices physiques, massage général, hygiène cubiculaire, vestimentaire, alimentaire, sexuelle, etc., médication. Traitement palliatif local : massage de la prostate, lavements, suppositoires, sondages, sonde à demeure, radiothérapie, dilatation de l'urètre, ponction de la vessie, cystostomie, castration, résection des canaux déférents, igni-puncture, électrolyse, injections médicamenteuses, à la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate (prostatectomie périnéale, sus-pubienne, par voie ischio-rectale, anesthésie régionale), enfin au forage de la prostate (historique, instrumentation technique opératoire, soins consécutifs, contrôle de la réussite, avantages. contre-indications, pronostic opératoire, objections, résultats).

Toutes les autres maladies de la prostate sont ensuite décrites complètement dans les chapitres suivants qui étudient la prostate, le cancer de la prostate, la tuberculose, la syphilis, la lithiase, les plaies et les parasites de la prostate.

De belles figures et de magnifiques planches en couleurs enlèvent toute aridité à ce livre et en complètent heureusement le caractère hautement didactique. L.G.

La sécrétion interne du pancréas et l'insuline (1), par André Choay, docteur en médecine, pharmacien, médaille d'or de l'internat des hôpitaux de Paris, licencié ès sciences naturelles.

Monographie complète. L'auteur a lu, dans leur texte, plus de 2.000 publications françaises ou étrangères. De cette masse de documents, 1.377 références ont été retenues. Leurs éléments ont été classés et assemblés en quatre parties.

La première est purement historique et s'étend de Brunner à Von Mering et Minkowski et à Lépine.

La seconde partie établit la réalité d'une sécrétion interne du pancréas. Après étude détaillée du diabète qui suit l'extirpation totale ou subtotale du pancréas, il est démontré que le tissu insulaire satisfait aux trois conditions exigées par Gley pour caractériser une glande endocrine. Le dernier chapitre expose l'histoire des extraits pancréatiques antérieurs à l'insuline et la genèse des travaux du laboratoire de Toronto.

La troisième partie expose l'état de nos connaissances sur l'insuline à la date du 1er janvier 1926.

Un premier chapitre intéressera spécialement les pharmaciens et les chimistes : il porte sur la préparation et les propriétés physico-chimiques de l'insuline. A ce titre, on y trouve la description complète des différents procédés de préparation en usage, avec tous les détails sur la matière première, le mode opératoire et le rendement. Les propriétés chimiques et physiques de l'insuline sont ensuite exposées méthodiquement ainsi que les hypothèses sur sa nature chimique. Un long développement est consacré au mode de titrage du produit et à la discussion des unités adoptées. Le chapitre se termine par quelques données sur la conservation de l'insuline et sur ses formes pharmaceutiques.

Un deuxième chapitre présente toutes les propriétés pharmacodynamiques de l'insuline, groupées par appareil.

Un troisième chapitre est consacré aux propriétés thérapeutiques de l'insuline et à son usage en clinique.

La quatrième partie est proprement physiologique. Elle

(1) Un volume de 570 pages avec 7 figures. Prix : 50 fr. (hausse 20 p. 100). — Paris, Masson et Cie.

LE JEUDI 14 OCTOBRE 1926

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, salle des concours de l'Administration générale de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication de la fourniture d'*articles de coucher, linge, habillement et pansements* nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant l'année 1927.

Ladite fourniture, divisée en 87 lots, comprend les articles suivants : couvertures de laine et de coton, langes de laine et de coton, laine blanche, crin, plume, toiles diverses et étoffes de fil, cotonnades blanches et écrues, cotonnades de couleur, draperies, molleton, étoffes de laine et de laine et coton, toile imperméable caoutchoutée, bonneterie, chapellerie, sabots, chaussons et espadrilles, coton hydrophile et coton cardé, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin central des hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes jusqu'au samedi 2 octobre 1926.

envisage successivement le lieu de production de l'insuline, ses voies d'excrétion, les circonstances qui influent sur sa formation, enfin son mode de disparition.

Un long développement est consacré au mode d'action de la sécrétion interne du pancréas. L'auteur localise cette action, puis expose et discute les principales hypothèses sur son mécanisme chimique.

Muni de ces faits, l'auteur propose de considérer la sécrétion interne du pancréas comme un excitant fonctionnel des sécrétions tissulaires réglant le métabolisme du glucose.

Un chapitre supplémentaire examine les relations réciproques du pancréas endocrine et des autres glandes à sécrétion interne.

Les tables donnent à l'ouvrage une grande valeur documentaire : Toutes les références, chiffrées dans le texte, peuvent être retrouvées dans une table alphabétique des auteurs. On peut réciproquement, retrouver dans le texte les citations des auteurs qu'elle comporte. Enfin, l'ouvrage comprend une table alphabétique des matières. L. G.

Précis de radiothérapie profonde (1), par I. Solomon. Préface de A. Béclère. radiologiste de l'hôpital Saint-Antoine.

Ce beau précis succède au manuel bien connu de l'auteur. M. Béclère, avec sa haute autorité le présente aux lecteurs. Il fait un exposé magistral de la radiothérapie profonde en montrant combien son ancien assistant était désigné pour écrire ce précis.

Le mot de précis paraît bien modeste quand on parcourt le volume. C'est un véritable traité. Il est divisé en deux parties, la première est consacrée à la technique, la seconde étudie la radiothérapie clinique. La richesse de la documentation, la clarté de la présentation, les résultats pratiques fruits d'une longue expérience en font un livre précieux qu'il est indispensable à tout médecin de posséder. L. G.

Consultations sur les maladies de l'estomac et de l'intestin: *Les périviscérites digestives* (2), par MM. P. Carnot, Blamoutier, Libert et Friedel.

Ce volume est formé par les leçons faites au cours de gastro-entérologie de l'hôpital Beaujon sous la direction du professeur Carnot. La réputation bien connue de ces cours dispense d'en faire un long éloge, on sait qu'ils mettent au point de la façon la plus pratique les questions d'actualité. Les périviscérites digestives qui ont été l'objet d'un grand nombre de travaux récents méritaient de figurer parmi ces actualités. Elles y sont traitées de la façon la plus complète et la plus claire.

De belles figures facilitent la lecture de ce petit livre essentiellement pratique. L. G.

CONGRÈS

XVe Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale (Reims, 1er, 2 et 3 octobre 1926). — La séance d'ouverture du Congrès aura lieu le vendredi 1er octobre, à 9 h., au musée de la ville de Reims, 8, rue Chanzy.

Les questions à l'ordre du jour seront examinées dans l'ordre suivant :

I. L'hygiène sociale dans le département de la Marne. — Rapport général sur les œuvres sociales dans le département de la Marne, par M. Pierre, inspecteur de l'Assistadce publique du département de la Marne.

La lutte contre la mortalité infantile (crèches, gouttes de lait, etc.), par le docteur Paul Gosset, président de la Société protectrice de l'enfance.

La lutte contre la tuberculose (écoles de plein air, colonies de vacances, préventoria, dispensaires antituberculeux), par le docteur Téchoueyres, directeur du bureau municipal d'hygiène de la ville de Reims, inspecteur départemental d'hygiène.

Les habitations à bon marché, par M. Georges Charbonneaux, président des Foyers Rémois.

La lutte contre le cancer, par le docteur Baud, directeur du centre régional anti-cancéreux de Reims.

II. L'infirmière visiteuse. — Les infirmières visiteuses. Leur organisation dans le département de la Seine. Les services qu'elles y rendent, par Mlle Marie Leconte, inspectrice des infirmières visiteuses de l'Office d'hygiène sociale du département de la Seine.

L'infirmière visiteuse scolaire, par Mlle J. Delagrange, directrice du bureau central des infirmières de l'Office national d'hygiène sociale.

L'Association des infirmières visiteuses de France, par Mlle de Caters, présidente de l'Association des infirmières visiteuses de France.

L'infirmière hospitalière, par Mlle d'Haussonville, vice-présidente de la Société française de secours aux blessés militaires.

Le rôle économique des infirmières visiteuses, par M. le docteur Rocaz, médecin des hôpitaux de Bordeaux, vice-président de la Fédération des Œuvres girondines de la protection de l'enfance.

Le rôle des infirmières visiteuses dans la prophylaxie de la syphilis héréditaire, par Mlle Yvonne Fritsh, directrice du service des infirmières visiteuses de la Fédération des Œuvres girondines de protection de l'enfance.

III. La lutte contre la syphilis. — L'organisation sociale de la lutte contre la syphilis dans le département de la Marne, par le docteur Railliet. Avec la participation du docteur Louis Queyrat, médecin des hôpitaux de Paris.

IV. Communications particulières. — L'effort accompli par l'Office national des Pupilles de la Nation pour sauvegarder la santé des Pupilles, par M. Emile Leven, vice-président de la section permanente de l'Office national des Pupilles de la Nation.

L'utilisation des ressources provenant des Assurances Sociales pour le développement de l'hygiène sociale par M. d'Estournelles de Constant, directeur des Assurances Sociales à Strasbourg.

V. La lutte contre la tuberculose. — La vaccination anti-tuberculeuse des nourrissons, par le docteur Albert Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine.

Cette communication aura lieu le dimanche 3 octobre au cours de la séance de clôture.

VI. Visites. — Les différentes cités du Foyer Rémois. — Les habitations à bon marché de l'office public de la ville de Reims. — Maison maternelle. — Consultations des nourrissons. — American memorial hospital (hôpital pour enfants, fondation américaine). — Ecoles de plein air. — Dispensaires de l'Union des Femmes de France et de la Société de secours aux blessés militaires. — Centre du cancer. — Ecole régionale d'infirmières. — L'Usine des eaux et de la stérilisation des eaux de la ville de Reims. — Le parc des sports. — Les monuments de la ville de Reims. — Les caves de champagne.

Ces visites se feront le vendredi et le samedi après-midi.

VII. Exposition. — Une exposition concernant les différentes parties de l'hygiène sociale sera organisée dans une des salles du Musée de la ville de Reims, rue Chanzy.

La séance de clôture sera présidé par M. André Fallières, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Après la séance de clôture, un banquet sous la présidence de M. André Fallières réunira les congressistes, salons Degermann, 35, rue Buirette. (Prix : 30 fr.).

Les adhésions au congrès sont gratuites. Le compte rendu des séances du congrès, contenant les rapports in extenso, sera envoyé aux adhérents qui verseront la somme de 20 fr.

Les adhésions au congrès et au banquet seront reçues par M. le docteur A. Jacquinet, 2, rue de l'Université à Reims *jusqu'au 28 septembre*. Prière de joindre les différentes cotisations.

(1) Un volume in-8. Prix : 72 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un volume in-8. Paris 1926, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — Un concours pour une place de chef de clinique obstétricale sera ouvert le vendredi 22 octobre 1926 devant l'Ecole de médecine et de pharmacie de Dijon.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 23 septembre 1926, les médecins nouvellement promus dont les noms suivent ont été maintenus dans leur affectation actuelle, savoir :

M. le médecin inspecteur général Meyer, directeur du Service de santé du 19e corps d'armée, à Alger.

M. le médecin inspecteur Saint-Paul, directeur du Service de santé de la 20e région, à Nancy.

M. le médecin inspecteur Vidal, directeur du Service de santé de la 1re région, à Lille.

— Par décision ministérielle du même jour, les mutations ci-après ont été prononcées, savoir :

M. le médecin inspecteur Marotte, directeur du Service de santé de la 14e région, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, membre du Comité consultatif de santé (emploi vacant).

M. le médecin inspecteur Sacquépée, directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, membre du Comité consultatif de santé, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée (emploi vacant).

— (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Blan, Léon, Guitard, Trassagnac, Perrin.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Schnaebele, Dugrais, Pichon, Genevrier, Morel, Grulé, Talabère, Pourcines, Capdevielle, Hornus.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Avril, Mulot, Grenot, Laffont, Roux, Liégeois, Wateau, Gourdon, Delorme, Fauqué, Clot, Bellon, Godar, Lafon, Bureau, Gauthier, Barbier, Voizard.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Roques, Bourdon, Detang, Noaillac, Farjot, Rone, Badouin, Maillet-Guy, Donon, Geay, Talbot, Baur, Ayme, Le Carbont, Ponsan, Gaudin, Galaup, Chavialle, Bossard, Ricard, Gelard, Rouzaud, Garrigues, Sauvaget, Jacob, Blanchard, Lacambre, Peyrus, Carbillet, Guilmain.

— Service de santé des troupes coloniales. — (Armée active.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. le médecin-major de 1re classe Rousseau.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Chastel, Barlet, Ledentu, Noël, Agostini, Dartigolles, Combaudon.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Cheneveau, Marchat, Chaput, Lhoste, Gilis, Sarran, de Gouyon de Pontourade, Mollandin de Boissy.

— Mutations (active) :

Médecins principaux de 1re classe. — MM. Stitelet, des salles militaires de l'hospice mixte de Valence, est affecté à l'hôpital Pasteur à Nice, médecin chef, désigné comme président de commission de réforme; Delbru, de l'hôpital militaire de Bayonne, est désigné comme médecin chef de cet hôpital et comme président de commission de réforme.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Neumann, de l'hôpital militaire de Bayonne, est affecté à l'armée française du Rhin; Sciaux, du 32e d'artillerie, est affecté au recrutement de la Seine; Delahousse, du 43e d'artillerie, est affecté au centre de réforme de Marseille; Querleux, désigné pour le 159e d'infanterie (n'a pas rejoint), est affecté au 95e d'infanterie à Bourges; Richard, de la 19e région, est affecté au 43e d'artillerie à Caen; Simoni, du centre de réforme de Tunis, est affecté au 32e d'artillerie à Vincennes; Duprey-Le-Mansois, de l'hôpital Pasteur à Nice, est affecté à l'hôpital Maillot, à Alger; Boisseau, des territoires du Sud algérien, désigné pour la 19e région (n'a pas rejoint), est affecté aux troupes du Maroc (volontaire).

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Cazalas, du 2e rég. du génie, est affecté aux troupes du Maroc; Tamalet, de l'hôpital Michel-Lévy à Marseille, est affecté aux troupes du Maroc; Arène, du 1er escadron du train des équipages militaires, est affecté aux troupes du Maroc; Dreyfuss, du 4e bat. de chasseurs mitrailleurs, est affecté aux territoires du Sud-Algérien; de Bernard de Seigneurens, des troupes du Maroc, est affecté aux troupes du Levant; Radais, des troupes du Maroc, est affecté au 2e rég. du génie à Montpellier; Rigoulet, du 31e d'infanterie à Paris, est affecté au 12e rég. de cuirassiers à Paris; Couette, du 405e rég. de défense contre aéronefs, est affecté à l'armée française du Rhin; Dumont, de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, est affecté à la 19e région; Tisné, des troupes du Maroc, désigné pour l'armée française du Rhin (n'a pas rejoint), est affecté au 23e rég. de dragons à Meaux; Rochette, du 24e d'infanterie à Versailles, est affecté au 24e d'infanterie à Paris; Fil, du 401e rég. de défense contre aéronefs, est affecté à l'hôpital militaire Bégin à Saint-Mandé, détaché à l'Ecole militaire d'administration de Vincennes; Palafer, désigné pour le 126e d'infanterie (n'a pas rejoint), est affecté aux troupes du Maroc (volontaire).

Médecin aide-major de 1re classe. — M. Douriaux, des troupes du Maroc, est affecté aux troupes du Levant.

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. Gallacy et Guermeur.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'argent.* — MM. le médecin aide-major de 1re classe Thabourin; le médecin-major de 2e classe Grimaud.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Professeur : M. MARFAN.) — *Cours de perfectionnement.* — *Matière médicale et thérapeutique appliquées à l'enfance* (première et seconde enfance), par MM. Dorlencourt, G. Blechmann et Hallez.

Cet enseignement sera consacré à l'étude des principes généraux et des agents de la thérapeutique infantile (médicaments : formes médicamenteuses, posologie, etc.; agents physiques; sérothérapies, vaccinothérapies) et au traitement des principales affections de l'enfance.

Ce cours commencera le lundi 4 octobre 1926 et prendra fin le 30 octobre 1926; il comprendra 24 leçons qui auront lieu chaque jour, de 17 h. à 18 h. 30, à l'hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau (pavillon Pasteur).

Pour remise du programme et pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire de l'hospice des Enfants-Assistés, à partir du 25 septembre.

Droits d'inscription : 200 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les undis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

HÔPITAL BROUSSAIS. (Service de M. le docteur Ch. LAUBRY.) — COURS DE CARDIOLOGIE, du 11 au 27 octobre 1926, sous la direction de M. le docteur Ch. Laubry, avec la collaboration de MM. les docteurs Daniel Routier, Jean Walser, assistants; Marchal, ancien interne médaille d'or, et Chaperon, assistant de radiologie, et de MM. Marcel Thomas, Trocmé et Henri Vadon, internes des hôpitaux de Paris.

Les cours auront lieu tous les matins, sauf le jeudi, de 11 h. à midi, complétés dans l'après-midi par des exercices pratiques de radiologie, d'électrocardiographie et de méthodes graphiques.

Le jeudi, de 9 h. 1/2 à midi, consultation de cardiologie (policlinique), par M. le docteur Ch. Laubry.

Le mardi et le samedi, consultations de cardiologie, par MM. les docteurs Daniel Routier et Jean Walser, de 9 h. 1/2 à 11 heures.

Le vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 h., examen radiologique des consultants externes, par M. le docteur Ch. Laubry, assisté de M. le docteur Chaperon.

Le mercredi et le samedi, examen radiologique des malades du service et des consultants du mardi et du samedi.

Visite dans les salles et leçons, au lit du malade, par M. le docteur Ch. Laubry, tous les matins, de 9 h. 1/2 à 11 h., sauf le jeudi et le vendredi.

Programme du cours. — Pathogénie de l'hypertension. — Formes cliniques des myocardies. — L'électrocardiogramme des insuffisances ventriculaires. — Diagnostic des aortites syphilitiques. — Radiologie de l'aorte. — Angine de poitrine et algies précordiales. — Signes et évolution du rétrécissement mitral. — Les artérites pulmonaires. — Infarctus du myocarde. — Persistance du canal artériel et souffles continus. — Accidents nerveux et troubles de la conductibilité. — Règles générales de thérapeutique cardiaque.

Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire dès à présent et jusqu'au jour d'ouverture du cours, dans le service de M. le docteur Laubry, à l'hôpital Broussais, 96, rue Didot, ou par correspondance adressée à M. le docteur Daniel Routier.

A L'OCCASION DU CONGRÈS DE CHIRURGIE. — M. Calot fera le mercredi 6 octobre à 9 h. 1/4 dans sa clinique de Paris 69 quai d'Orsay, un exposé pratique de *ce que tout médecin et chirurgien doit savoir* de la *rénovation de la pathologie de la hanche* par les travaux des dix dernières années et prouvera que tous les cas baptisés ostéochondrite ou coxa-plana, arthrite sèche ou déterminante, rhumatisme localisé, morbus coxæ-senilis, ainsi que près de moitié des cas étiquetés actuellement coxalgies, sont, en réalité, des subluxations congénitales que l'on avait méconnues.

Démonstration des traitements des tuberculoses chirurgicales (adénites, coxalgies, maux de Pott) et des *luxations congénitales*. Examen de sujets en cours de traitement et guéris.

LES

SYMPTOMES MINEURS DE L'HYPERURICÉMIE

ET LEUR TRAITEMENT

Par le docteur P. TISSIER,
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

Si les manifestations majeures de l'hypéruricémie, au premier rang desquelles se place la goutte articulaire, sont bien identifiées et ne risquent pas de s'égarer dans les obscurités de la nosologie, il n'en est plus de même de ses manifestations mineures, qui ne donnent lieu qu'à un syndrome assez vague et d'une interprétation quelquefois malaisée.

Cependant, l'interrogatoire serré et l'examen systématique des urines de ces malades, qui sont surtout des arthralgiques et des myalgiques, permet d'établir dans beaucoup de cas, la filiation morbide qui rattache au vieil arthritisme leurs symptômes divers.

Ce sont souvent aussi des dyspeptiques, des urticariens, des névralgiques ; on relève dans leur ascendance ou leur collatéralité, des obèses, des asthmatiques, des « rhumatisants », des diabétiques. Et fréquemment dans la même famille pourrait se répéter le dialogue d'Erasme et Thomas Morus : « Tu as la goutte, j'ai la gravelle ; nous avons épousé les deux sœurs. »

C'est qu'en effet ces affections, — exception étant faite pour le rhumatisme articulaire aigu, qui de plus en plus apparaît comme une affection nettement infectieuse, à localisation non seulement articulaire, mais aussi et presque toujours cardiaque, — sous la diversité de leurs apparences, ne sont que des rameaux issus d'une souche primitive, constituée par un vice constitutionnel de la nutrition intime des cellules, qui ne s'effectuant plus sur le rythme normal, prend du retard sur celui-ci, d'où accumulation dans l'organisme de déchets et de substances insuffisamment dégradées, dont la graisse et l'acide urique représentent les termes principaux. Ces troubles peuvent s'intriquer et s'associer dans des complexes dystrophiques où prédomine plus ou moins le symptôme obésité, goutte ou glycosurie.

Mais il est toute une catégorie de sujets, qui pour ne pas être à proprement parler des malades, n'en sont pas moins des hyperuricémiques légers et, de ce fait, plus ou moins gênés et entravés dans leur activité.

Ce ne sont point des goutteux, ni des rhumatisants au sens propre du mot, mais ils ont la goutte et le rhumatisme en puissance ; c'est d'eux que Brodie avait raison de dire qu'un grand nombre de malades sont sous l'influence du poison goutteux qui circule dans leur corps, quoiqu'ils ne présentent aucun des symptômes de ce qu'on appelle ordinairement la goutte.

Ces sujets ont une formule d'utilisation des aliments azotés, plus ou moins déviée qui se traduit par une augmentation d'acide urique dans leur sang et leurs humeurs, mais qui souvent n'est pas apparente dans leurs urines. Celles-ci correspondent au type suivant qui représente une moyenne d'analyses des urines d'un de nos malades que nous avons bien observé et suivi longtemps.

	Par litre.	Par 24 h.	NORMAL Par litre.	NORMAL Par 24 h.
Urée	12,48	18,72	20	25
Acide urique	0,48	0,72	0,45	0,65
Chlorures	6,70	10,05	7	13
Rapport $\frac{\text{acide urique}}{\text{urée}}$	3,84		2,50	
Rapport $\frac{\text{azote de l'urée}}{\text{azote total}}$	0,65		0,87	
Eléments anormaux (sucre, glucose, indican).	néant.	néant.		

Bien que l'urine ne puisse être considérée comme le miroir absolument exact et fidèle où vient se refléter la vie chimique des tissus (puisque entre elle et les humeurs s'interpose le rein), l'examen méthodique de ses constituants, *surtout s'il est répété, de façon à éliminer les causes d'erreurs par suite des variations alimentaires*, n'en constitue pas moins un témoignage de haute valeur de l'activité de la nutrition cellulaire. Les renseignements que donne son analyse demanderaient à être confrontés avec ceux d'une analyse concomitante du sang — et de cette confrontation ressort précisément l'état d'intégrité du filtre rénal — mais dans la pratique, pour de petits malades, des investigations aussi poussées sont rarement réalisables. Force est donc de se cantonner, dans la plupart des cas, aux données tirées de l'examen des urines seul.

Comme on le voit, ce qui frappe dans l'examen des urines de notre malade-type, c'est la faible quantité d'urée excrétée, une proportion légèrement élevée d'acide urique, et surtout des rapports $\frac{\text{acide urique}}{\text{urée}}$ et $\frac{\text{azote urée}}{\text{azote total}}$ très différents de ce qu'ils sont normalement. L'absence d'éléments anormaux, et notamment de sucre et d'albumine, et étant donné qu'il n'existe aucun symptôme, même fruste, d'azotémie, nous fait rejeter l'hypothèse d'une insuffisance rénale que la diminution de l'urée pourrait faire soupçonner. Le rapport $\frac{\text{acide urique}}{\text{urée}}$ qui, normalement, est de 2,50, s'élève à plus de 3,80, ce qui indique un certain degré de dysfonctionnement de la cellule hépatique. Le rapport $\frac{\text{azote urée}}{\text{azote total}}$ qui normalement est de 0,87, s'abaisse de son côté à 0,65 à 0,70. On sait que cet abaissement se remarque dans toutes les maladies qui s'accompagnent d'un ralentissement de la nutrition : une certaine quantité des aliments azotés sont éliminés sans avoir été transformés jusqu'au stade de l'urée, peut-être sous forme d'acides aminés.

Cliniquement, nous l'avons dit, ces sujets ne sont pas de vrais malades, souvent ils ne consultent pas et vivent en assez bon ménage avec leur diathèse qui pendant de longues années ne se manifeste autrement que par un certain degré de raideur des articulations et de lourdeur des muscles. Ils ont bien remarqué qu'ils réagissaient facilement au froid, à l'humidité, à l'exercice, par des myalgies, des lumbagos, des courbatures, mais le plus souvent sans y attacher beaucoup d'importance, et en mettant ces symptômes sur le compte d'un « tempérament rhumatismal » qu'ils estiment tenir de leurs ancêtres, et de fait très souvent leurs ascendants ont présenté une symptomatologie analogue, ou de l'asthme, ou du diabète, ou de l'obésité, de la gravelle ; du côté maternel les migraines sont fréquentes. Le vice nutritif générateur de ces troubles est, en effet,

éminemment transmissible d'une génération à l'autre.

Mais ces symptômes présentent souvent aux abords de la cinquantaine une exacerbation marquée qui poussent alors les malades à consulter. Ils se plaignent de douleurs diffuses dans les muscles, particulièrement d'une lombalgie habituelle ; restés un instant courbés, ils ont de la peine à se relever. Ils sont las, et leurs muscles endoloris leur donnent l'impression d'avoir fourni un gros travail physique, alors qu'il s'agit généralement de sédentaires. S'ils se livrent d'occurence à une activité physique qui dépasse leur moyenne, excursion, chasse, ils sont fourbus et courbaturés pour plusieurs jours. Leur cerveau est plus ou moins embrumé, ils sont ensommeillés, se couchent volontiers tôt, et ont du mal à quitter leur lit le matin. Ils accusent, en somme, un vieillissement prématuré.

Que convient-il de faire en présence de malades de ce genre, ne présentant par ailleurs aucun autre signe d'affection chronique caractérisée?

Leur prescrire un *régime*, une *hygiène physique*, un *traitement médicamenteux*.

Le *régime* sera mixte, mais les végétaux domineront et la viande ne sera permise qu'en quantité modérée; on exclura, bien entendu, comme chez les goutteux, les viandes jeunes, le gibier, la charcuterie, le foie, le ris de veau, les rognons, et, d'une façon générale tous les viscères. Pas de crustacés ni de coquillages. On permettra les œufs, en quantité modérée, et on recommandera les légumes verts (sauf asperge, aubergine, oseille), notamment les salsifis, les carottes, les oignons. Les salsifis ont une influence très heureuse sur les fonctions intestinales, grâce à leur cellulose et à leur mucilage, et c'est avec raison que le docteur Leclerc a attiré l'attention sur leurs bienfaits à ce point de vue.

Les fruits seront largement autorisés, crus et cuits, de même les fromages frais (fromages fermentés à déconseiller). Le vin en quantité modérée est un bon excitant de la digestion; il sera donc autorisé mais avec les réserves que comporte l'état gastrique toujours plus ou moins défectueux chez ces malades. Le thé, le café, le chocolat, aliments riches en purines, doivent être exclus de leur alimentation, ou permis, seulement à titre exceptionnel.

L'*hygiène physique* comprendra des exercices musculaires avec entraînement progressif. La marche à allure accélérée est excellente; le canotage, le patinage, la natation, la bicyclette, sont à recommander. Mais tous ces exercices seront surveillés et subordonnés à l'état du cœur. Il est indispensable, pour en obtenir les meilleurs effets, qu'ils soient accomplis au grand air (la gymnastique de chambre ne les remplace qu'assez imparfaitement). Ils seront suivis d'une friction sèche ou alcoolisée qui active les fonctions de la peau. Le massage pourra intervenir opportunément dans les périodes douloureuses, pour favoriser la mise en circulation des urates dans le torrent circulatoire, mais il faudra alors lui associer le traitement uricolytique, sans quoi il déplacerait les urates plutôt qu'il ne favoriserait leur élimination.

Le *traitement médicamenteux* visera à activer les échanges, à désintoxiquer l'organisme et à favoriser l'uricolyse. La constipation, qui existe souvent, devra être combattue par des laxatifs doux : bourdaine, cascara. Tous les deux mois, on prescira une purgation saline : sulfate de soude, sulfate ou citrate de magnésie. On ntilisera aussi les cholagogues : oléate de soude, bile, boldine, en vue de stimuler la cellule hépatique.

S'il y a lieu de tonifier le malade, on donnera la préférence aux phosphates plutôt qu'à la voix vomique et à l'arsenic ; on pourra leur associer un traitement endocrinien à base d'extrait surrénal ou d'extrait testiculaire, qui donne souvent d'excellents résultats chez les sujets frisant la cinquantaine.

Enfin, traitement de fond de la diathèse, par les uricolytiques. Le salicylate de soude, la pipérazine, l'aspirine, peuvent être employés mais il ne faut pas leur demander plus qu'ils ne peuvent donner c'est-à-dire pas grand'chose. La véritable médication uricolytique efficace est constituée par les dérivés de l'acide phénylcinchonique, et notamment par le phénylcinchoninate d'allyle, ou *atoquinol*. On sait que ce corps est obtenu par éthérification allylique de l'acide phénylcinchoninique, ce qui augmente son efficacité et sa tolérance. On le prescrira à la dose de 2 cachets de 0gr,50 par jour, pendant cinq ou six jours durant les périodes douloureuses. Ce médicament possède une activité vraiment élective sur l'acide urique, dont il active considérablement la mobilisation intra-organique et l'élimination rénale par un processus assez complexe, sur lequel nous ne croyons pas à propos de nous étendre ici (1).

Il n'est pas rare de voir au cours de son administration, le taux de l'acide urique dans les urines passer du simple au double. Cette élimination abondante, cette « saignée urique », s'accompagne vite de la rémission des phénomènes douloureux, d'une aptitude plus grande à l'exercice, d'une sensation d'allégement et de souplesse que les malades ne tardent pas à apprécier à sa juste valeur.

Chez le sujet dont nous avons parlé plus haut, et que nous considérons comme le prototype de l'hyperuricémique avec manifestations mineures, nous avons observé au cours du traitement une augmentation des taux uriques urinaires variant suivant les jours de 0gr,20 à 0gr,80.

Après le traitement, cessé depuis deux ou trois jours, la formule urinaire devient la suivante :

	Par litre.	Par 24 h.	NORMAL Par litre.	NORMAL Par 24 h.
Urée	20,45	30,65	20	25
Acide urique	0,60	0,90	0,45	0,65
Chlorures	7,20	10,80	7	13
Rapport $\frac{\text{acide urique}}{\text{urée}}$	2,98		2,50	
Rapport $\frac{\text{azote de l'urée}}{\text{azote total}}$	0,82		0,87	
Eléments anormaux	néant.	néant.		

Les différences avec les chiffres des analyses faites avant le traitement sautent aux yeux. Alors que le chiffre de l'urée était abaissé à 12gr,48, bien inférieur à la moyenne, il s'élève après le traitement atoquinolique à 20,45, se rapprochant ainsi sensiblement de la moyenne. Le taux d'acide urique reste plus élevé qu'avant le traitement, et ceci mérite de retenir notre attention. Alors que chez le sujet normal, un traitement par l'atoquinol élève le taux de l'acide urique urinaire pendant son cours et l'abaisse ensuite au-dessous de la moyenne, le sujet se comportant comme s'il s'était vidé de ses réserves ura-

(1) Voir à ce sujet : Reynaud. Contribution à l'étude thérapeutique de la goutte ; le phénylcinchoninate d'allyle, *Th. de Paris*, 1925.

tiques (1), dans le cas de notre sujet nous voyons le taux de l'uricémie persister après le traitement atoquinolique plus élevé qu'il ne l'était avant. La conclusion qui s'impose est que : 1° Ce sujet avait des réserves importantes et insoupçonnées d'acide urique; 2° que sa capacité d'élimination rénale a été augmentée, autrement dit que son seuil d'élimination a été abaissé. Ainsi se trouvent réalisées des conditions physiologiques bien meilleures pour opposer à la diathèse une défense organique durable et éloigner ses manifestations morbides déclarées.

Les rapports $\frac{\text{acide urique}}{\text{urée}}$ et $\frac{\text{azote de l'urée}}{\text{azote total}}$ qui, avant le traitement, s'écartaient beaucoup de la moyenne et semblaient indiquer un pronostic assez réservé sur l'avenir pathologique du sujet, se trouvent, après le traitement, presque ramenés à la moyenne.

On peut dire, en somme, que chez le sujet en question, qui n'était pas encore à proprement parler un malade, mais un pré-malade, la cure préventive par l'atoquinol, en éliminant des réserves uriques déjà constituées, en s'opposant par abaissement du seuil rénal, à la reconstitution de réserves nouvelles, a neutralisé le trouble métabolique, permettant ainsi d'écarter les dangers morbifiques dont il paraissait menacé.

Un traitement modéré, mais *habituel*, par le phénylcinchoninate d'allyle, apparaît donc comme le meilleur moyen de combattre le vice nutritif constitutionnel aboutissant à une production excessive d'acide urique.

Aux sujets de cette catégorie, nous conseillons, par conséquent, un traitement de fond par l'atoquinol à raison de un cachet de 0gr,50 par jour, trois ou cinq jours par mois, et ainsi nous avons la satisfaction d'assister à la disparition définitive de leurs myalgies, ce qui se traduit, chez beaucoup, par une transformation de leur habitus, qui devient plus alerte, plus vif, plus jeune. C'est un bienfait qu'ils apprécient grandement, et d'autant plus qu'ils avaient auparavant la sensation de s'acheminer avec une vitesse accélérée vers la vieillesse et ses infirmités.

(1) Cf. Thèse Reynaud. Loc. cit. Cas d'un homme sain, trente-deux ans, régime mixte : L'excrétion urique, dont la moyenne avant la médication était de 0g54, monte à 1g24 à la première prise de 2 grammes d'atoquinol. Arrêt de deux jours pendant lesquels la moyenne s'abaisse à 0g46. A nouveau 2 grammes d'atoquinol pendant trois jours; l'excrétion remonte à une moyenne de 0g67. Nouvel arrêt de quatre jours : elle baisse à 0g42. L'atoquinol, chez le sujet sain soumis au régime mixte, permet donc l'élimination d'un petit stock d'acide urique. Après quoi, l'uricurie tombe au-dessous de la moyenne.

THÉRAPEUTIQUE

CANCER DU RECTUM ET RADIO-CHIRURGIE

D'après l'Institut de radium de Bruxelles (1925).

Par A. TIERNY (d'Arras),
Chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-Jean.

La méthode radio-chirurgicale comprend :

a. L'établissement d'un anus artificiel définitif;

b. La création d'une voie d'accès chirurgicale destinée à permettre la radiumpuncture de la tumeur d'une manière homogène et complète, et à assurer le blocage lymphatique des voies hémorroïdales supérieures, moyennes et inférieures par le placement de tubes radifères fortement filtrés, au voisinage immédiat des premiers relais ganglionnaires correspondants.

Après deux années d'expérimentation et d'observation clinique, cette technique semble donner des résultats supérieurs aux méthodes d'exérèse chirurgicale simple, dont la mortalité opératoire est élevée. Elle permet d'appliquer une thérapeutique parfois curative, toujours bienfaisante, aux malheureux porteurs de cancers dits « inopérables », pour lesquels la chirurgie est sans ressource.

Il est possible de résumer les étapes successives de la méthode radio-chirurgicale de la manière suivante :

1° L'application intrarectale pure et simple : méthode aveugle, incomplète, et partant inefficace, cause de rectites parfois intolérables, a été complètement abandonnée;

2° La méthode de radiumpuncture avec voie d'accès chirurgicale, présentée pour la première fois à la Société belge de radiologie de 1923, a subi dans la suite quelques modifications. La technique a été considérablement simplifiée, la dissection étendue de l'ampoule rectale, supprimée; elle se réduit à une simple incision des téguments, résection du coccyx et écartement des releveurs. Cette voie d'accès postérieure, *toujours suffisante*, peut être exécutée en quelques instants et crée une voie d'abord large et facile de l'ampoule rectale, siège de la tumeur, et permet même l'aiguillage de la paroi antérieure.

Dans la technique actuelle, non seulement la tumeur, mais aussi les voies lymphatiques et les premiers relais ganglionnaires, sont irradiés par le placement à distance de tubes fortement filtrés ou l'enfoncement de longues aiguilles d'or chargées de deux cartouches de 1,33 R. E.

D'ores et déjà, il peut être admis que tous les cancers inopérables du rectum seront ainsi traités au lieu d'avoir recours à l'abominable méthode intrarectale qui torturait les patients et servait peu leurs intérêts. Mais vouloir substituer cette méthode à la chirurgie dans les cas opérables, serait reculer encore la période où les malades auraient recours à la chirurgie, ce qui serait déplorable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1926)

Sur le prétendu sympathicotropisme de l'Uzara. — M. Raymond-Hamet.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCES DES 23 JUIN ET 6 JUILLET 1926)

Syndrome sympathique cervico-brachial : pleurite apicale et spina bifida occulta. — MM. Jean Tapie, Villemur, Lyon et Sanières présentent une malade de vingt-six ans qui, depuis plusieurs mois, accuse un syndrome douloureux cervico-brachial coïncidant avec des troubles vaso-moteurs localisés, de l'hyperidrose, une mydriase unilatérale et une dissociation syringomyélique de la sensibilité à topographie radiculaire.

Cette malade est atteinte d'une pleurite apicale; mais

celle-ci ne peut expliquer les troubles d'origine médullaire. La radiographie de la colonne vertébrale a permis de préciser le diagnostic en montrant un spina bifida de la VIIe cervicale.

Les auteurs insistent sur l'importance de l'examen radiographique du rachis dans l'étude de tous les syndromes douloureux à topographie radiculaire.

Deux cas d'abcès sous-phréniques suivis de complications. — MM. Baillat, Bertrand et Vieu.

Oblitération athéromateuse d'une artère coronaire. — MM. R. Sorel et Gadrat présentent une pièce d'autopsie provenant d'un malade ayant succombé au cours d'un état de mal angineux. La coronaire antérieure était complètement oblitérée par des lésions athéromateuses; il n'existait pourtant pas d'infarctus du myocarde.

Un cas de mammite kystique atypique. — MM. Dambrin, Trouette et Pommepuy.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire et perforation de la partie inférieure de la cloison interventriculaire. — MM. Ch. Morel, J. Tapie, Lyon et Labro présentent une pièce d'autopsie sur laquelle on peut voir une sténose orificielle de l'artère pulmonaire et une perforation siégeant à la partie inférieure de la cloison interventriculaire.

Cette double lésion se traduisait par un souffle systolique ayant son maximum à la partie interne du troisième espace intercostal gauche, se propageant à la fois vers le tiers interne des deux clavicules. Il n'existait ni cyanose, ni déformations hippocratiques des doigts. Cette malade, âgée de soixante-neuf ans, est morte d'un cancer de l'estomac.

Les auteurs insistent sur cette très longue et parfaite tolérance d'une cardiopathie congénitale complexe. Ils signalent aussi l'extrême rareté du siège de la perforation au niveau de la partie inférieure de la cloison.

Forme bénigne du laryngo-typhus. — MM. Viéla, R. Sorel et Galy-Gasparrou rapportent l'observation d'un cas de laryngo-typhus qui, contrairement à la règle, a évolué d'une façon très simple vers la guérison.

Perforation pulmonaire bénigne au cours du pneumothorax artificiel. — M. Jean Tapie présente un cas typique de perforation pulmonaire survenue après la première insufflation chez une jeune femme de vingt-huit ans. Cette perforation n'a donné lieu qu'à des troubles fonctionnels peu intenses; mais l'aspect radiologique et les modifications de la pression intrapleurale étaient très caractéristiques. La fissure pulmonaire s'est oblitérée spontanément et la malade a été remarquablement améliorée par le pneumothorax artificiel.

L'auteur insiste sur la fréquence relative de cette petite complication, bien décrite par Bard dès 1913, au cours de la collapsothérapie.

REVUE DES THÈSES

Les Protéines méningococciques. Leur emploi dans le traitement des méningococcies (1), par le docteur Pierre Luton, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — I. Le sérum antiméningococcique, après les brillants résultats enregistrés à son avènement, semble actuellement avoir perdu une grande partie de son efficacité. Ses insuccès sont dus en particulier à l'intervention de plus en plus fréquente du méningocoque B dont on connaît la virulence spéciale. Indépendamment des formes foudroyantes qui sont au-dessus de toute thérapeutique, des méningites, même traitées dès leur début avec une technique rigoureuse, se terminent trop fréquemment en quelques jours et même en plusieurs semaines par une issue fatale. Pendant cette évolution, les méningocoques persistent dans le liquide céphalo-rachidien et aucune amélioration clinique n'est observée. Enfin, les infections secondaires, dues à l'intervention du pneumocoque ou du streptocoque et favorisées par la longueur de l'évolution, viennent encore assombrir le pronostic. Devant ces échecs, on est très souvent obligé de recourir à d'autres médications dites adjuvantes dont l'emploi tend de plus en plus à se généraliser.

II. En l'absence d'une chimiothérapie spécifique, de nombreuses méthodes ont été utilisées avec plus ou moins de succès. Deux sont à retenir : la vaccinothérapie et la protéinothérapie par voie sous-cutanée. Les résultats de ces médications, souvent remarquables dans les septicémies méningococciques à forme pseudo-palustre, sont encore trop inconstants dans les méningites cérébro-spinales. Cherchant surtout à engendrer une action de choc, ces méthodes ne peuvent combattre efficacement l'infection méningée, étant donné l'indépendance relative des espaces sous-arachnoïdiens qui les soustrait aux perturbations physiques provoquées dans le milieu plasmatique. Nous nous sommes donc proposé, en partant des méningocoques, de préparer une protéine microbienne qui puisse être injectée sans danger dans les espaces sous-arachnoïdiens et qui soit bien tolérée par les méninges.

III. En injection sous-cutanée, cette endoprotéine méningococcique n'a aucun pouvoir toxique pour la souris, le cobaye, le lapin et le mouton. L'inoculation intraveineuse à ces animaux ne détermine aucun trouble morbide. Dans certains cas, notamment chez le mouton, on observe un choc plus ou moins violent. Répétées à différentes reprises, les injections font apparaître, dans le sérum des animaux, des sensibilisatrices et des précipitines spécifiques du méningocoque, mais communes aux trois variétés du germe A. B. C. Toutefois, le sérum ne contient pas d'agglutinine et est dépourvu de tout pouvoir bactéricide. L'injection intrarachidienne, chez le lapin, n'est suivie d'aucun phénomène morbide apparent; mais elle provoque une réaction leucocytaire étendue à tout l'axe cérébro-spinal, débutant deux ou trois heures après l'inoculation qui persiste au moins pendant vingt-quatre heures.

IV. Injectée par voie sous-cutanée ou intramusculaire à un individu sain, l'endoprotéine détermine une réaction générale plus ou moins accentuée suivant la dose inoculée et la susceptibilité du sujet vis-à-vis des albumines étrangères. Cette réaction, caractérisée par un frisson, une élévation thermique passagère, paraît être la traduction clinique d'un choc protéinique. Celui-ci est également produit, avec une intensité beaucoup plus forte, par l'injection intraveineuse d'une quantité infime d'endoprotéine.

V. Dans le traitement des infections méningococciques rebelles au sérum, l'endoprotéine a une très heureuse influence sur l'évolution de ces maladies. Les injections sous-cutanées, intramusculaires ou intrarachidiennes sont suivies des mêmes symptômes généraux observés chez le sujet sain, mais elles sont parfaitement tolérées. La guérison des méningococcémies revêtant le type pseudo-palustre est acquise en quelques jours après deux ou trois injections intramusculaires; s'il existe une réaction méningée concomitante, il faut leur associer l'injection intrarachidienne. Dans les méningites cérébro-spinales, les injections par voie rachidienne prennent la première place; mais cependant il est nécessaire de compléter leur action par des injections sous-cutanées.

Les méningites d'intensité moyenne, qui ne s'accompagnent pas de signes encéphalitiques et qui sont avant tout des méningites spinales, guérissent rapidement après une ou deux injections intrarachidiennes.

La guérison est plus longue à obtenir dans les formes graves avec symptômes cérébraux; elle peut être retardée par l'apparition de rechutes qu'une nouvelle injection d'endoprotéine arrête; même dans ces cas sévères, le malade guérit complètement, sans séquelle et sans autre traitement que les injections d'endoprotéine.

VI. Ces résultats, qu'au début de nos recherches nous attribuions à une action spécifique, nous paraissent actuellement plutôt en rapport avec une action de choc protéinique. Ils montrent l'intérêt de la protéinothérapie intrarachidienne associée à la protéinothérapie générale et mettent en évidence la sensibilité particulière du méningocoque vis-à-vis des modifications physiques apportées dans le milieu humoral.

L. G.

(1) *Th. de Paris*, 1926.

Syndromes des nerfs de la queue de cheval (1), par le docteur Jean-Noël PÉRON.

CONCLUSIONS. — Les syndromes des nerfs de la queue de cheval méritent à l'heure actuelle une étude d'ensemble; les racines inférieures de la moelle qui occupent le canal rachidien depuis la IIe vertèbre lombaire jusqu'à la fin du canal sacré, sur une longueur considérable, offrent une vulnérabilité particulière aux accidents pathologiques de tout ordre.

L'étude clinique de tels syndromes a bénéficié largement dans ces dernières années de procédés d'examen nouveaux et passés dans la pratique courante. Les renseignements fournis par la ponction lombaire, la radiographie, l'épreuve du lipiodol permettent de mieux connaître les causes et l'étendue des désordres chirurgicaux et médicaux qui intéressent les nerfs de la queue de cheval. L'examen clinique lui-même a bénéficié des précisions fournies par l'étude plus approfondie des réflexes, dont certains récemment décrits (tibio-fémoral postérieur, péronéo-fémoral postérieur, médio-plantaire) permettent un diagnostic topographique meilleur.

Ce sont ces éléments nouveaux qui donnent à l'étude de tels syndromes un intérêt d'actualité.

Eliminant du cadre de cette étude les malformations congénitales et les blessures de la queue de cheval, envisagées pendant la guerre dans de remarquables ouvrages, notre effort a porté sur l'étude des divers syndromes acquis rencontrés en clinique.

Les syndromes traumatiques fermés s'observent à la suite des grosses lésions osseuses rencontrées dans la pratique civile; fracture du rachis et du sacrum. Ils se caractérisent par leur évolution régressive qui permet une amélioration partielle des troubles nerveux observés initialement. Le pronostic, cependant, reste sévère du fait des séquelles motrices, urinaires et surtout génitales.

Les tumeurs primitives de la région réalisent, par contre, des syndromes à évolution progressive très douloureux et très graves; ils sont souvent méconnus au début de leur évolution où ils revêtent le masque d'une sciatique banale, d'un lumbago ou d'un rhumatisme vertébral, d'un mal de Pott parfois. La ponction lombaire fournit de précieux renseignements : le cul-de-sac sous-arachnoïdien peut être oblitéré par une tumeur volumineuse, d'où ponction blanche; on peut obtenir un liquide coloré en jaune, coagulant spontanément, ou un liquide clair très albumineux, la xanthochromie peut être observée sur deux ponctions étagées au-dessous et même au-dessus de la tumeur. La radiographie jointe à l'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien permet de préciser la hauteur de la compression. Le traitement chirurgical, malgré sa gravité, donne d'appréciables résultats.

Les syndromes de compression osseuse relèvent du mal de Pott, du cancer secondaire ou primitif, du rhumatisme vertébral ostéophytique.

Le mal de Pott détermine souvent des syndromes de compression radiculaire, mais très rarement des syndromes vrais de la queue de cheval. Presque toujours la compression dépend d'un abcès intrarachidien.

Le cancer vertébral secondaire est relativement fréquent; il crée des lésions vertébrales variables; souvent il décalcifie, rarement il opacifie les corps vertébraux; il provoque dans certains cas des syndromes de compression radiculaire. Le cancer primitif des vertèbres est exceptionnel. Le rhumatisme vertébral a pu parfois comprimer par ses ostéophytes les racines de la queue de cheval.

Les infections peuvent atteindre des racines rachidiennes basses; la syphilis, cause habituelle des radiculites, réalise au niveau de la queue de cheval une variété de méningo-radiculite basse, caractérisée par l'intensité des réactions biologiques; cette forme clinique de syphilis spinale basse, distincte du tabes, est très heureusement modifiée par l'action du traitement.

Les réactions inflammatoires méningées intéressent souvent les nerfs de la queue de cheval, par arachnoïdite diffuse, par kyste méningé, par méningo-radiculite primitive. Dans ce chapitre rentrent des faits disparates, d'étiologie discutée, mais dont l'individualité clinique est incontestable. Certains processus méningés localisés, les méningites séreuses circonscrites, les kystes méningés tirent souvent un grand profit du traitement chirurgical.

La précision du diagnostic topographique et étiologique permet souvent une thérapeutique active; l'étude de syndromes de la queue de cheval doit comporter un chapitre de thérapeutique chirurgicale et médicale. L'électrothérapie, la physiothérapie et même l'orthopédie peuvent s'allier utilement pour soigner et guérir un assez grand nombre de malades ou de blessés atteints de lésions des nerfs de la queue de cheval. L. G.

(1) *Thèse de Paris*, 1926. — A. Legrand.

Recherche sur le métabolisme basal et les épisodes d'hyperthyroïdie au cours de la tuberculose pulmonaire (1), par le docteur A. CECCALDI.

Aussi bien dans un but pronostique que diagnostique on a mesuré les échanges respiratoires des tuberculeux; une revue rapide des divers conceptions fait ressortir leurs contradictions; même aboutissement pour la plupart des recherches de métabolisme basal en dépit de l'intérêt de cette méthode.

L'auteur en examine les viciations possibles chez l'individu normal (alimentation, travail musculaire, etc.); il est d'autres causes particulières au tuberculeux : la dyspnée: cardiaque, nerveuse ou chimique (perturbation de l'équilibre acide-base, Cordier et Delore), fièvre tendent à l'augmenter; la diminution de la ration alimentaire, l'anorexie, les troubles intestinaux qui entravent l'absorption, l'insuffisance hépatique, l'altération du pouvoir glycolytique des tissus et la déficience des pouvoirs lipolytique et lipopexique du poumon tendent à l'abaisser; tous facteurs qui se combinent plus ou moins.

On ne peut donc tabler sur l'état du métabolisme basal chez un tuberculeux toutes les fois que les lésions sont accentuées ou l'évolution en cours,

La comparaison de l'observation clinique et des mesures physiologiques a montré à l'auteur que chez des malades fibreux ou apyrétiques (15 cas) il y a peu de changement du métabolisme basal; très légère augmentation et plutôt diminution; au contraire dans des formes caséeuses et pneumoniques (47 cas) il y a une augmentation constante (jusqu'à 60 p. 100). C'est l'explication anatomique de bien des divergences entre auteurs.

Des mesures répétées du métabolisme basal chez les mêmes malades ont mis de plus l'auteur en présence d'une notion précieuse. Il arrive que chez des bacillaires au début ou chez des sujets stabilisés on constate une brusque augmentation du métabolisme basal que n'expliquent ni les fautes de régime ni les symptômes constatés; la clinique ne permet pas toujours de saisir la raison du phénomène (présence inconstante des signes d'hyperthyroïdie) ni de prévoir son évolution. Coulaud et Rist ont cependant montré l'importance du corps thyroïde dans la tuberculose et les divers tests sont infidèles, surtout chez des sujets fébriles.

Les recherches du professeur Cordier et de l'auteur les ont amenés à reconnaître la valeur du métabolisme basal comme élément d'appréciation de l'état thyroïdien (les lésions anatomiques ne prouvent pas toujours, même par leur absence et l'état des autres glandes paraît comparativement de peu d'importance). Mais il faut comparer à l'état du métabolisme basal avant la crise, son état pendant et après pour éliminer l'erreur due à la fièvre.

On peut alors distinguer deux catégories de malades :

1° Métabolisme basal augmenté avant ou pendant l'évolution; il ne faut alors attendre aucun amendement ultérieur; la caséification va faire de rapides progrès.

2° Métabolisme basal non augmenté (pas plus de 10 p. 100). Le pronostic est alors favorable et le calme revient après un ou deux mois.

Il faut s'associer aux regrets de l'auteur que ces conceptions ne mettent encore sur la voie d'aucune thérapeutique efficace. Il n'en reste pas moins que ces recherches si délicates font la preuve de leur utilité; il faut souhaiter qu'elles puissent entrer davantage dans la pratique; elles seront alors un précieux élément de pronostic tant pour les malades apparemment bénins que pour ceux en cours d'évolution.

R. LEVENT.

(1) *Th. de Lyon*, 1926. — Bosc et Riou, édit.

Recherches sur la médication ergotée. Etude pharmacologique et clinique du tartrate de l'ergotamine cristallisée [$C^{33}H^{35}N^{5}O^{5}$] (1), par A. VAZEILLE.

En présence de l'inconstance thérapeutique des préparations galéniques d'ergot de seigle et de l'activité imprécise des divers alcaloïdes isolés, il est devenu indispensable de reprendre scientifiquement cette question et par des procédés analytiques nouveaux.

Grâce à sa méthode dite de protection, Stoll est arrivé à isoler le principal alcaloïde de l'ergot, l'ergotamine, qui se cristalise sous la forme rhomboïdale.

Avec une toxicité égale à celle de l'ergot de seigle, cet alcaloïde a deux propriétés essentielles : un pouvoir hémostatique considérable [300 fois plus actif que l'ergotinine d'après Hamet (2)] et une action inhibitrice directe sur le sympathique.

L'auteur publie de nombreuses observations prises en gynécologie et en obstétrique et qui montrent les effets remarquables de l'ergotamine (gynergène) dans l'hémorragie du post partum, le fibrome, la métrite fongueuse et le cancer de l'utérus.

En ce qui concerne les sympathoses (maladie de Basedow, prurit, migraines, tachycardie paroxystique, etc.), le docteur Vazeille, d'accord en cela avec les auteurs français et étrangers, montre l'action sédative de l'ergotamine sur l'excitabilité du sympathique, substratum physiologique de ces affections.

Voici d'ailleurs les conclusions de cette thèse qui, par son importance pratique, marque une date dans la thérapeutique.

Les deux effets physiologiques de l'ergotamine, c'est-à-dire son action hémostatique utérine et son action inhibitrice sur le sympathique lui donnent les indications suivantes :

En obstétrique, l'ergotamine est indiquée toutes les fois qu'il y a hémorragie utérine, à la condition formelle que l'utérus soit complètement vide.

On utilisera donc ce principe actif dans les hémorragies de la délivrance et dans les suites de couches.

La puissance hémostatique de l'ergotamine indique, en outre, l'usage préventif de cet alcaloïde dans l'opération césarienne afin de rendre l'intervention peu sanglante.

En gynécologie, toutes les hémorragies de l'utérus sont justiciables de l'ergotamine, à la condition qu'il n'existe pas d'hypertension artérielle. Les meilleurs résultats sont obtenus dans l'hémorragie du fibrome, des métrites fongueuses, de la ménopause, du cancer utérin.

Dans le cancer de l'utérus, plus spécialement, les effets hémostatiques sont des plus remarquables.

Les observations cliniques permettent d'établir deux conclusions principales :

1° L'ergotamine possède une puissance hémostatique supérieure à celle des préparations galéniques du seigle ergoté.

2° Les effets thérapeutiques de l'ergotamine sont constants.

Dans le domaine du sympathique, l'ergotamine amène une diminution des phénomènes fonctionnels et généraux en rapport avec l'hypersympathicotonie.

Les récentes expérimentations cliniques militent en faveur de cette thèse que l'ergotamine peut prendre une valeur intéressante, soit comme agent thérapeutique, soit comme moyen de diagnostic différentiel dans les diverses affections sympathicotoniques, notamment dans le syndrome de Basedow.

L'ergotamine s'emploie sous la forme d'ampoules, de comprimés ou de gouttes (gynergène).

En obstétrique et en gynécologie, les doses sont les suivantes :

a. Ampoules à 1 centimètre cube : 0,0005 de tartrate d'ergotamine, une demie à une ampoule et plus selon les nécessités cliniques.

b. Comprimés à 0,001 : un à deux comprimés, une à trois fois par jour ; gouttes (solution à 0,1 p. 100) : xv à xxx gouttes une à trois fois par jour.

Dans l'hypersympathicotonie, les doses sont les suivantes : Une demi-ampoule deux à trois fois par jour ou bien deux à cinq comprimés par jour. Il faut tâter la tolérance et la susceptibilité des malades.

La médication doit être poursuivie pendant une à trois semaines, séparées chacune par un intervalle de trois à cinq jours où l'on cesse l'administration de l'ergotamine.

Les conséquences pratiques du travail de M. Vazeille sont considérables puisque l'introduction du tartrate d'ergotamine dans la médecine contemporaine apporte à l'obstétricien et au gynécologue un moyen d'action puissant, rapide, constant, « une force hémostatique neuve à laquelle nous n'étions pas habitués » (1). Elle fournit aussi au neurologue une méthode thérapeutique active contre les sympathicotonies et sert de méthode diagnostique pour préciser, dans les cas difficiles, la part qui revient au sympathique dans la pathologie du système nerveux organo-végétatif.

L. G.

(1) Paris 1926, Fonsèque et Métivier.

(2) HAMET. Communication à l'*Acad. de méd.*, 27 juillet 1926.

(1) J. THOMAS. *Paris méd.*, 13 mars 1926.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAIL A LOYER. LOI DU 1er AVRIL 1926

DROIT DE REPRISE DU BAILLEUR

On sait que la condition d'un motif légitime mise par la loi du 31 mars 1922 à l'exercice du droit de reprise du bailleur a été supprimée par la loi du 1er avril 1926. Mais ce droit de reprise ne peut s'exercer d'une manière absolue sur un immeuble ou partie d'un immeuble : en effet, la condition du motif légitime paraît bien avoir été remplacée par l'obligation où le bailleur se trouve d'occuper ou faire occuper effectivement le local d'où il a fait partir le locataire ; de plus le bailleur ne peut exercer son droit qu'une seule fois au profit des bénéficiaires désignés par la loi.

Or, un propriétaire avait acquis, en 1923, tout le troisième étage d'un immeuble sis à Paris 65 avenue de La Bourdonnais, comprenant trois appartements occupés par trois locataires différents à qui il avait donné congé, en déclarant expressément vouloir reprendre pour son usage personnel et exclusif, toute cette partie de l'immeuble dont il était devenu propriétaire. La question s'est posée de savoir si la loi du 1er avril 1926 lui accordait un droit de reprise aussi étendu.

La solution est intéressante à connaître ; sans doute le médecin est protégé par la loi contre l'exercice du droit de reprise du propriétaire. Néanmoins, il est utile d'indiquer cette solution pour qu'on puisse se rendre compte de l'esprit dans lequel est appliquée cette loi du 1er avril 1926.

La décision sur la question dont il s'agit a été rendue par le juge de paix du 7e arrondissement de Paris le 9 juillet 1926.

« Attendu, dit-il, que l'interprétation stricte et littérale des termes de l'article 5 paragraphes 1er et 3 de la loi du 1er avril 1926, en ce qui concerne le droit du bailleur, conduit à décider que S... ne peut faire valoir son droit qu'une seule fois et se substituer qu'à un seul des preneurs occupant l'un des appartements de l'étage acquis par lui.

Attendu que, pour ses commodités ou convenances personnelles, il ne peut méconnaître une situation de fait qui existait déjà à l'époque de son acquisition et soutenir sérieusement que cette partie d'immeuble forme un tout indivisible sur lequel doit pouvoir s'exercer un droit de reprise illimité ;

Attendu que le législateur, après avoir consacré à nouveau le droit de reprise du bailleur, en le dégageant même de toute entrave par la suppression du motif légitime, a eu le souci de prévenir, en ce qui concerne les modalités d'application de ce principe qui marque un retour progressif incontestable au droit commun, les abus éventuels qui n'eussent pas manqué de se produire si, tout à coup, le bailleur avait eu le droit absolu et sans limite, d'exercer le droit de reprise sur un immeuble ou une partie d'immeuble comportant très souvent de nombreuses locations ;

Attendu que S... objecte vainement que son droit de reprise peut s'exercer aussi largement que l'exigent ses commodités ou ses besoins personnels et que notamment, abandonnant un local d'habitation d'une superficie déterminée,

il doit pouvoir faire porter son droit de reprise sur une superficie égale ou même supérieure, quel que soit le nombre des preneurs à expulser.

Attendu que cet argument de pur fait, reposant uniquement sur l'appréciation des commodités ou des besoins personnels du bailleur, essentiellement variables avec chaque espèce, conduirait inévitablement le juge à connaître de la légitimité de ces commodités ou besoins particuliers à chaque bailleur, et par là même, à rechercher indirectement s'il y a lieu ou non à reprise ;

Attendu qu'une pareille interprétation de la loi du 1er avril 1926, outre qu'elle prêterait à l'arbitraire, irait à l'encontre de la volonté du législateur qui a voulu que le droit de reprise pût s'exercer désormais, librement, c'est-à-dire, sans être assujetti à la preuve d'un motif légitime laissé à l'appréciation souveraine du juge :

Que, cependant, pour éviter des interprétations divergentes sur l'étendue et la partie de ce droit de reprise élargi, tout en respectant l'économie générale de la loi qui a, avant tout, pour but de protéger pendant un certain temps la situation actuelle de la grande majorité des preneurs, il a cru devoir spécifier que si, à l'avenir le bailleur peut user de ce droit, en ce qui concerne un immeuble ou une partie d'immeuble, c'est à la condition de ne pouvoir l'exercer qu'une seule et unique fois, pour son usage exclusif, à l'encontre d'un seul locataire. auquel il entend se substituer.

Qu'il est seul juge de savoir si le local d'habitation qu'il veut reprendre est ou non à sa convenance ;

Attendu que, dans ces conditions, il apparaît que le texte de l'article 5 paragraphes 1er et 3 de la loi du 1er avril 1926, net, exempt d'ambiguïté, d'interprétation stricte, puisqu'il vise une exception, est absolument exclusif de l'idée d'un droit de reprise illimité pouvant s'exercer, en une fois ou séparément. au profit de la même personne rentrant dans la catégorie des bénéficiaires visés à l'article 5 paragraphe 1er, contre deux ou plusieurs locataires occupant différents locaux d'habitation dépendant d'une partie d'immeuble acquise antérieurement au 1er mars 1926. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Facteur acide-base et tuberculose pulmonaire (1). *Etude physiologique du terrain dans la tuberculose,* par le docteur Pierre Delore.

Si chez l'enfant la tuberculose est le résultat de l'infection et de la contagion, on ne peut trouver dans les caractères habituels du bacille de Koch, ni dans ses formes anormales ni dans les formes filtrantes récemment décrites une explication qui convienne à tous les caractères de la tuberculose de l'adulte, tuberculose par réinfection et surtout par réveil.

C'est donc le terrain qu'il faut étudier. Certains auteurs en ont édifié une conception purement bactériologique ; les théories de l'allergie et de l'anergie si séduisantes ne sont cependant pas exemptes de contradictions internes ni toujours suffisantes à expliquer les réalités cliniques.

Les auteurs qui ont recherché les caractères physiologiques du terrain tuberculeux ont été, par la diversité et l'insuffisance des moyens de recherches, amenés aux résultats les plus opposés.

Considérant qu'il faut pour cette recherche combiner conceptions bactériologiques et conceptions physiologiques au lieu de les opposer, l'auteur se propose de prendre pour guides les techniques récentes de chimie biologique et de chimie physique qui peuvent donner des résultats moins fragmentaires et permettre de résoudre certaines antinomies.

Certains facteurs physiologiques de réveil ou d'évolution sont habituellement postérieurs à la primo-infection du jeune âge, certains sont en tout cas antérieurs aux réveils.

Il est des facteurs locaux ; parmi les plus importants l'auteur place l'insuffisance de l'irrigation sanguine du poumon et l'insuffisance de la fonction pulmonaire où l'on doit comprendre non seulement l'insuffisance respiratoire mais l'insuffisance lipolytique et lipodiérétique de la cellule pulmonaire tout aussi importantes. Pour ce qui est des facteurs généraux on ne peut plus guère accepter les conceptions contradictoires et trop peu fondées proposées jusqu'ici. Mais il faut placer en première ligne le facteur hépatique et le facteur lipoïdique ; leur rôle dans l'oxydation des corps gras (bacillaires ou non) semble non moins important que celui du poumon. Le facteur leucocytaire a sans doute aussi son importance.

Il est au contraire difficile d'apprécier actuellement celles du facteur endocrinien, des modifications du métabolisme basal. Le déficit minéral — calcique en particulier — joue sans doute un rôle différent de celui que lui ont attribué les auteurs.

Le trouble apporté à la sécrétion de l'adrénaline et à la fonction vagosympathique n'ont sans doute aucun cachet spécial à la nature tuberculeuse de l'infection.

Quittant alors le terrain purement critique pour celui des recherches personnelles, l'auteur s'attache à préciser la valeur des notions d'acidité et d'alcalinité des humeurs qui ont toujours particulièrement retenu l'attention des auteurs ; il joint aux résultats fournis par la mesure de la réserve alcaline du plasma veineux celle de la concentration en ions hydrogène (pH) et l'évaluation de la tension du Co^2 alvéolaire.

La mesure de la réserve alcaline faite chez 87 sujets avec le professeur Cordier montre une relation très nette avec l'étendue des lésions pulmonaires quel qu'en soit du reste le type anatomique ; la réserve alcaline est normale pour des lésions peu étendues, elle augmente quand celles-ci s'aggravent pour s'abaisser quand la fin approche. L'auteur attire cependant l'attention sur l'influence possible d'autres facteurs et sur la perte totale de valeur de cette notion dans l'association diabète-tuberculose.

Le pH recherché chez 45 sujets varie peu, lui aussi, pour des lésions peu étendues, peu évolutives et peu fébriles ; il tend à augmenter (alcalose) quand les lésions s'aggravent ou s'étendent et fléchit à la période terminale. L'augmentation graduelle chez un même malade est un signe d'aggravation ; sa diminution graduelle (acidification) un signe d'amélioration anatomo-clinique.

La tension du Co^2 alvéolaire paraît d'autant plus considérable que les lésions sont plus étendues (acidose gazeuse) ; il peut cependant y avoir alcalose gazeuse par surventilation pulmonaire lorsque les lésions progressent.

La synthèse de ces résultats montre qu'au début (lésions limitées) l'équilibre acide-base demeure normal ; quand les lésions s'étendent se produit une acidose gazeuse compensée par augmentation parallèle de la tension alvéolaire de Co^2 et de la réserve alcaline puis par hyperventilation pulmonaire une alcalose gazeuse mal compensée ; l'alcalinité sanguine varie alors en fonction de l'état général ; à la période agonique enfin la déficience du centre respiratoire amène une décompensation totale d'où acidose gazeuse non compensée.

Les variations de l'équilibre acide-base semblent donc bien consécutives et proportionnées aux lésions pulmonaires ; cet équilibre est toujours normal au début quelle que puisse être l'évolution future. Si l'on ne peut faire de ces modifications un facteur de réveil et d'évolution chez l'adulte il est certain qu'elles influencent défavorablement la résistance organique. L'augmentation du Co^2 dans le sang favorise certainement la déminéralisation générale ; l'alcalose gazeuse compensée occasionne une diminution du Ca ionisé du sang ; l'oxyhémoglobine se dissocie moins facilement en milieu alcalin.

Les modifications urinaires ne sont que le reflet d'un mécanisme compensateur trop complexe pour qu'on en puisse tenir compte en clinique.

Mais l'auteur ne s'en tient pas aux conséquences sur l'organisme des modifications de l'équilibre acide-base. Il considère avec raison qu'elles influent sur le bacille. Il est en effet remarquable que comme divers champignons, le bacille de Koch pousse mieux en milieu acide, que cette acidité favorise la caséification des tissus et leur autolyse ainsi que l'action des toxines.

Les leucocytes y perdent au contraire beaucoup de leur pouvoir phagocytaire.

Ces notions fournissent à l'auteur un critérium pour l'examen critique des diverses thérapeutiques alcalines ou acides

(1) In-8, 380 pages. — Paris, 1926, G. Doin.

si souvent défavorables faute d'indications précises et des arguments en faveur des traitements dirigés contre l'insuffisance hépatique et pulmonaire et le manque de lipoïdes.

A l'appui de cet important travail une très belle bibliographie montre autant l'importance de l'étude entreprise que celle du travail critique auquel les recherches personnelles n'enlèvent rien de son intérêt. R. LEVENT.

Technique des prélèvements et des biopsies dans la pratique clinique (1), par Robert DUPONT, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-chef de clinique à la Faculté; Roger LEROUX, chef des travaux d'anatomie-pathologique à la Faculté de Paris; Jean DALSACE, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine. Préface du professeur G. Roussy.

Il existe de nombreux et d'excellents traités ou précis de technique de laboratoire dans lesquels les préceptes des prélèvements sont minutieusement exposés, mais le plus souvent sous une forme trop détaillée.

Ce petit livre fruit de la collaboration d'un chirurgien et de deux techniciens s'adresse au praticien; les auteurs lui montrent comment avec un matériel réduit et une technique facile à réaliser, il peut être à même d'effectuer dans de bonnes conditions presque tous les prélèvements que peut nécessiter l'exercice de sa profession.

Si le médecin ne peut lui-même pratiquer l'examen microscopique ou chimique des prélèvements, il pourra les envoyer au laboratoire tout en évitant les erreurs commises fréquemment dans la pratique, qu'il s'agisse d'un fragment de tissu à examiner en vue du diagnostic d'une tumeur, d'une fausse membrane ou du prélèvement d'un liquide en vue d'un examen bactériologique, cytologique ou chimique. Il les accompagnera d'indications précises sur leur origine, sur les symptômes qui ont nécessité tel ou tel prélèvement.

L'ouvrage est présenté sous une forme claire et très concise; chaque fois qu'il en est besoin, la compréhension du texte est facilitée par des figures.

La première partie traite des prélèvements destinés aux recherches hématologiques, bactériologiques et chimiques. Elle est précédée d'un chapitre sur les instruments, la stérilisation, la technique générale des prélèvements.

La seconde partie traite des prélèvements tissulaires par biopsie ou par exérèse chirurgicale.

Pour la première fois se trouve exposée dans un ouvrage de ce genre la technique des biopsies avec examen extemporané au cours même de l'intervention chirurgicale, méthode qui a le grand avantage de fournir en quelques minutes au chirurgien les renseignements précis sur la nature histologique de la pièce qu'il vient de prélever et de lui dicter la conduite à suivre.

L. G.

Pratique chirurgicale illustrée. *Fascicule IX* (2), par Victor PAUCHET.

Ce fascicule est le neuvième de la série déjà publiée et dont six ont déjà été réédités. La collection comprendra vingt volumes. Toute la petite et la grande chirurgie sera traitée.

Dans le fascicule IX, nous retrouvons des opérations de chirurgie instestinale, gastro-duodénale et biliaire, dont Victor Pauchet est depuis longtemps l'un des plus ardents animateurs.

Pour les autres interventions, l'auteur a fait appel, encore une fois, à des chirurgiens spécialisés dans tel ou tel ordre d'opérations. C'est ainsi que Liébault, oto-rhino-laryngologiste, le gendre du professeur Moure (de Bordeaux), a traité la mastoïdite; Pierre Mornard, les opérations plastiques sur les seins, Louis Bazy, la néphrectomie; Tierny (d'Arras) indique un procédé simple de traiter l'orteil en marteau. L'hallux valgus termine la série.

L'auteur veut aider non seulement les chirurgiens spécialistes, mais aussi les praticiens qui pratiquent les petites opérations ou les interventions courantes. La suite de cette publication sera faite de plus en plus dans cet esprit.

Les dessins de Dupret sont toujours admirables et aident puissamment à la compréhension de cette technique « à la page ». L. G.

Le Lait desséché (1), par le professeur Ch. PORCHER, de l'Ecole vétérinaire de Lyon.

Les lecteurs de la première édition de l'ouvrage de M. le professeur Ch. Porcher trouveront ici, non pas une réédition — revue et augmentée, suivant la formule — mais une refonte totale de l'ouvrage qui en fait une œuvre entièrement nouvelle.

Cette mise au point s'imposait. Les différents procédés de fabrication de la poudre de lait, les indications de plus en plus nombreuses que comporte son utilisation, exigeaient qu'il fût dressé le bilan de ces acquisitions actuelles. Nul n'était mieux qualifié pour ce faire que M. le professeur Porcher, de l'Ecole vétérinaire de Lyon, dont l'action — l'apostolat, devrions-nous dire — et l'activité scientifique en pareille matière sont universellement connues. L. G.

Les Entéropathies microbiennes (2), par le professeur G. SANARELLI, directeur de l'Institut d'hygiène de l'Université de Rome.

M. le professeur Sanarelli, dont la vie de labeur et d'activité ne connaît pas de repos, vient de publier un nouvel et bel ouvrage qui groupe les acquisitions nouvelles sur la pathologie des maladies infectieuses intestinales et sur les déductions prophylactiques et thérapeutiques qui en découlent.

Les recherches expérimentales poursuivies par l'auteur sur la pathogénie de quelques infections ordinairement considérées comme d'origine et à siège entérique, l'ont amené à concevoir d'une façon nouvelle le mécanisme d'action des agents pathogènes de ces infections.

Il découle de ces recherches que les agents spécifiques des maladies dites intestinales, sont doués de la propriété de se transporter, de se fixer, et d'exercer leur action pathogène dans les parois du canal digestif, quelle que puisse avoir été leur voie de pénétration dans l'organisme, propriété que l'on peut appeler *gastro-entérotropisme microbien.*

On doit regarder *les fièvres typhoïdes* comme des processus morbides généraux à localisation et à manifestation intestinales de nature hétérogène et non entérogène.

Les agents spécifiques *du choléra* ne se multiplient point dans le canal digestif, mais ils atteignent les parois de cet organe par la voie de la circulation générale; ils s'y arrêtent et produisent, directement ou indirectement des phénomènes locaux et généraux, tout différents de ceux envisagés jusqu'à présent.

Le même fait s'est vérifié pour un autre processus morbide, considéré d'abord comme une mycose intestinale typique : *le charbon* dit interne ou intestinal et ses formes végétatives, les bactéridies, ne résistent pas à l'action microbicide des sucs digestifs.

En outre à propos d'une autre maladie de l'appareil digestif, l'*appendicite* les recherches expérimentales de l'auteur sur l'entérotropisme microbien et sur les phénomènes anaphylactiques qu'il peut produire apportent des éléments nouveaux à cette question si controversée.

La connaissance de l'état actuel de ces problèmes dont l'étude a pour base de patientes recherches de laboratoire, ne présente pas seulement un intérêt théorique, elle apporte encore à la médecine pratique des notions nouvelles utilisables pour la séméiologie, la thérapeutique et la prophylaxie des maladies infectieuses de l'appareil digestif, et en général, de toutes les entéropathies aiguës ou chroniques de nature microbienne. L. G.

---

(1) Un volume de 142 pages avec 50 figures. (Collection « Médecine et Chirurgie pratiques »). Prix : 12 fr., plus 20 p. 100 de hausse — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume in-8 de 260 pages, avec 246 figures dessinées par S. Dupret. Prix : 40 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) Deuxième édition complètement remaniée, un volume petit in-4 de xx-298 pages, 9 figures dans le texte et 8 planches hors texte. — Prix : 35 fr, port en sus (36 fr. 50 pour la France, 38 fr. pour l'Etranger). — Edité par « Le Lait », 2, quai Chauveau, Lyon.

(2) Un volume de 228 pages avec 28 figures. — Prix : 20 fr., plus 20 p. 100. — Paris, Masson et Cie.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os, par MM. R. LERICHE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg et A. POLICARD, professeur d'histologie à la Faculté de Lyon. Un volume de 230 pages avec 33 figures. — Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

Traitement des maladies infectieuses en clientèle. (*Comment guérir?* Bibliothèque des praticiens), par MM L. RIEUX, professeur au Val-de-Grâce; Chr. ZŒLLER, professeur agrégé au Val-de-Grâce. In-8 de 248 pages, avec 24 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, N. Maloine.

Les rêves et leur interprétation psychanalitique (1), par le docteur R. ALLENDY.

L'auteur commence par étudier la nature du rêve, en résumant les résultats de tous les travaux antérieurs à la psychanalyse. Après avoir constaté la nature symbolique du rêve, il s'arrête longuement sur cet aspect de la pensée primitive, montrant l'extrême généralité de ce processus dans tous les cas où la critique mentale est en défaut et insistant sur ce fait que le rêve n'est qu'un cas particulier d'une tendance très générale. Il étudie ensuite les éléments du rêve, souvent en rapport avec des facteurs physiologiques (une sensation corporelle amenant une certaine représentation onirique), mais montre que l'élaboration du rêve, la manière dont le scénario évolue, relève de facteurs psychologiques; il en arrive ainsi à la conception psychanalytique du rêve et en décrit les principaux mécanismes d'élaboration. Enfin, il expose la méthode d'interprétation avec des exemples inédits, tirés de sa pratique personnelle. Un appendice contient le résumé d'une observation psychanalytique, donnant tous les rêves successifs d'un sujet en cours de traitement, avec leur interprétation, pendant une soixantaine de séances : c'est la première fois qu'est publié en France un document clinique de cet ordre.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PÉRITONITES TUBERCULEUSES

GÉNÉRALITÉS. — La péritonite tuberculeuse est due à la localisation du bacille de Koch au niveau du péritoine.

Primitive, elle est rare; en règle générale il s'agit d'une localisation secondaire s'effectuant plus souvent par voie sanguine que par voie lymphatique.

Du point de vue clinique les péritonites tuberculeuses se manifestent sous des aspects très différents que nous étudierons successivement.

I. Péritonites tuberculeuses aiguës. — Elles se présentent sous la forme de péritonites latentes, passant inaperçues, et se révélant d'une manière brutale.

A. **Péritonites tuberculeuses au cours de la granulie généralisée.** — Dans cette forme les signes généraux sont au premier plan, les signes fonctionnels et locaux qui pourraient traduire la localisation péritonéale sont très estompés. En règle, le diagnostic n'est pas fait.

Le tableau clinique rappelle le plus souvent de très près la *dothiénentérie*.

Le malade est abattu, prostré, son facies est plombé, altéré.

Le syndrome typhique s'installe parfois avec tous ses caractères, même celui des taches rosées et de la splénomégalie qui manque souvent mais que l'on peut cependant rencontrer. La température est élevée.

Dans d'autres cas c'est un syndrome méningitique qui domine la scène.

Au milieu de ce tableau grave quelques signes fonctionnels et physiques, s'ils sont minutieusement recherchés, pourront permettre de faire le diagnostic de localisation péritonéale. Interrogé le malade se plaint de douleurs abdominales diffuses, de vomissements, de diarrhée; palpé, l'abdomen peut être douloureux; et même, si les granulations prédominent sur la région vésicale on peut observer des troubles urinaires (dysurie, rétention).

Bref, dans la majorité des cas, la localisation péritonéale est masquée par la gravité de l'état général.

Rapidement, du reste, l'amaigrissement progresse, la cachexie s'installe et la mort survient.

B. **Tuberculose frappant uniquement les séreuses** (Sergent). — Il s'agit de polysérites frappant plèvre, péritoine, péricarde, dont l'allure et le pronostic sont les mêmes que dans la forme précédente.

C. **Granulie localisée à forme péritonéale.** — Cette forme se voit surtout entre sept et quinze ans. Elle est presque spéciale à la seconde enfance.

Le début en est brusque, d'emblée l'attention va être attirée par des accidents locaux graves simulant la perforation intestinale, des accidents d'origine pelvienne, ou plus souvent encore l'affection prend le masque de l'*appendicite aiguë* avec péritonite septique diffuse.

Douleur violente dans la fosse iliaque droite, vomissements, diarrhée, constipation, tel est le cortège symptomatique habituel qu'accompagnent un météorisme abdominal marqué et une hyperesthésie étendue à tout l'abdomen.

Le facies est grippé, les extrémités sont froides, la fièvre est modérée, le pouls est petit, filant, incomptable.

Bref, dans la majorité des cas, l'intervention semble s'imposer. Seule la recherche des signes d'imprégnation tuberculeuse (fatigue, amaigrissement, petites poussées fébriles) pourrait permettre d'éviter une erreur de diagnostic, celle-ci se découvre le plus souvent à l'intervention qui montre l'absence d'appendicite et la présence de nombreuses granulations miliaires sur le péritoine.

Diagnostic des formes aiguës. — Il est des plus difficiles; lorsque les manifestations d'ordre général, l'allure infectieuse dominent, c'est avec la méningite, la typhoïde que la péritonite tuberculeuse sera confondue; lorsque les signes abdominaux sont au premier plan c'est avec l'appendicite [en écarter l'idée quand le toucher rectal ne donne aucune douleur à droite (Hutinel)], la perforation ou l'occlusion intestinale, l'étranglement herniaire que le diagnostic se posera.

II. Péritonites tuberculeuses subaiguës. — *A*. **Forme péritonéo-pleurale** (Fernet, Boulland). — La tuberculose du péritoine s'étend fréquemment à la plèvre.

Pour Godelier, « quand il y a tuberculose du péritoine il y a toujours aussi tuberculose de l'une des deux plèvres ».

En réalité, il n'en est pas toujours ainsi; bien que trop absolue la loi de Godelier doit en présence d'une association plèvre + péritoine éveiller l'idée de bacillose.

La forme péritonéo-pleurale est, en effet, une des formes les plus fréquentes de tuberculose subaiguë du péritoine. Elle s'observe chez les enfants, les adolescents et aussi chez les adultes.

a. DÉBUT. — Soit *progressif* et *insidieux*, marqué par des signes d'imprégnation tuberculeuse, de la constipation, du ballonnement du ventre, de l'ascite.

Soit *aigu*, marqué par des douleurs abdominales, des vomissements, de la diarrhée, augmentation de volume du ventre.

b. ETAT. — Les signes abdominaux (douleurs, constipation, diarrhée, etc.) prédominent.

L'ascite s'est rapidement développée. En général elle reste peu abondante. Il faut savoir qu'elle peut même manquer.

Au bout de huit à dix jours ces symptômes régressent; les phénomènes pleuraux font leur apparition.

On note un point de côté, une petite toux sèche, de la dyspnée, l'auscultation révèle des frottements, puis apparaît un épanchement. La ponction ramène un liquide citrin à formule lymphocytaire.

c. EVOLUTION. — Bien que parfois mortelle cette péritonite subaiguë est susceptible de guérir après de longues semaines laissant les convalescents sujets à des rechutes. Elle peut passer à la chronicité.

B. **Tuberculose pleuro-péritonéale** (Hutinel). — Elle est beaucoup plus rare que la précédente. Les phénomènes pleuraux sont les premiers en date. Une ascite d'origine mécanique est la conséquence de leur chronicité; elle se tuberculise ensuite; la mort survient par asystolie ou syncope.

(A suivre.)

(1) Un volume in-16 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Prix : 10 fr. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Visitez la Corse, l'Ile de Beauté. — A une nuit de traversée de Marseille, à quelques heures de Nice par les Services maritimes de jour, la Corse est par excellence la région des belles excursions. Ici la mer s'allie à la montagne et le paysage exerce sur le voyageur un véritable attrait. Aucune description ne saurait montrer l'Ile dans toute sa beauté; il faut la visiter pour en goûter tout le charme captivant.

Des billets directs avec enregistrement direct des bagages permettent aux touristes de se décharger de tout souci en cours de route. Ils trouveront à Ajaccio, Bastia, et Corte des cars de la Compagnie P.-L.-M. qui leur permettront de visiter, jusqu'au 15 octobre, dans des conditions de confort très appréciées, les sites les plus intéressants de l'île : les Calanche de Piana qui dressent leurs blocs gigantesques au-dessus du golfe de Porto qu'elles dominent de plus de 400 mètres; les défilés imposants de la Scala de Santa Regina et de l'Inzecca; les aiguilles de Bavella taillées en dents de scie; la falaise de Bonifacio qui s'avance au-dessus des flots comme une proue de navire; enfin le tour du Cap Corse où la montagne et la mer semblent s'être réunies pour procurer au touriste une extase qu'il ne saurait goûter ailleurs.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste, par ordre alphabétique des candidats admis à l'épreuve orale :

1. Mlle Abricossoff, MM. Adida, Aïdan, Allard, Ardouin, Arnaud, Arnaudet, Asselin, Audemard, Audouin,

11. Avril, Bachelier, Baillet, Baron, Barthes, Beaux, Benoist, Bernal, Bernard (Etienne), Berton,

21. Bertrand (Jean), Bertrand (Pierre), Mlle Blanchy, MM. Blanquine, Bocquentin, Bolger, Bompard, Bonnard, Boquel, Boquien,

31. Bosquet, Boureau, Brehier, Briau (Louis), Briault (Roger), Brisard, Brongniart, Mlle Brosse, M. Bruneton, Mlle Bucsan,

41. MM. Bufnoir, Busson, Cachera, Mlle Cahen, MM. Calmels, Canonne, Chadourne, Chatagnon, Chauveau, Chenevière,

51. Mlle Choquart, MM. Cofino, Cohen-Deloro, Mlle Corbillon, MM. Cord, Cordier, Corman, Cossa, Coste, Couvelaire,

61. Cros, Cuvillier, Dany, Darré, Mlle Dartin, MM. David (Maurice), Davioud, Decourt, Degos, Delaporte,

71. Delmas, Delthil, Deransart, Desbuquois. Mlle Desgruelles, MM. Desoille, Devaux, Douady, Douvry, Dreyfus (Pierre),

81. Dublineau, Dufour, Duvernoy, Elbaz, Falaise, Favre, Fayot (Robert), Fouquet, Gadaud, Gallais,

91. Garnier, Gaulier, Gavois, Georges, Gerson, Gibert (Henri), Gilbrin, Gloppe, Goldberg, Gomet,

101. Gouyen, Grenaud, Griveaud, Guédé, Mlle Guéry, MM. Guibé, Guihéneuc, Guillain, Guillon, Guillot (Jacques),

111. Guran, Guyot (Jean), Hamelin, Hamon, Hayon, Hébert (Jean), Hébert (Roger), Héber-Suffrin, Mlle Heimann, MM. Hepp,

121. Hesse (Didier), Hussenstein, Jame, Jeanne, Jonard Joseph, Jourdan, Julien, Kaufmann, Mlle Lacan (Simone),

131. MM. Laffaille, Lafitte, Lançon (René), Langumier, Lapeyre, Lapiné, Le Baron, Le Becq, Lebel, Mlle Lebourlier,

141. MM. Lecomte (Georges), Lejeune, Lelourdy, Lemoyne, Lenègre-Thourin, Lepage, Lereboullet, Mlle Lévy (Françoise), MM. Longuet, Lortat-Jacob,

151. Loup, Louvet (Louis), Maison, Mamon, Marot, Martin (René-Henri), Massot, Mauric, Mlle de Mayo, MM. Mégnin,

161. Merger, Merklen, Meyer, Mézard, Mialaret, Miget, Milhiet, Mimin, Minot, Mirallié,

171. Monnerot-Dumaine, Monod, Mourrut, Moïse (Pierre), Naggiar, Odinet, Mlles Odru, Oguse, M. Palmer, Mlle Papaïoannou,

181. M. Parent (Maurice), Mlle Pau (Cécile), MM. Pellé, Périn, Peytavin, Pichon, Mlles Pichot, Pithon, MM. Plessier, Porin,

191. Priollet, Querneau, Quivy, Racine, Rault, Ravier, Renard, Robin (Maurice), Mlle Ronget, M. Roquejeoffre,

201. Mlle Rosembaum, MM. Rouquès (Pierre), Roy (Louis-Marie), Roy (Louis-Octave), Rudolf, Sacuto, Saingery, Saint-Pierre, Sallé (André), Salomon (Jean),

211. Schwob, Sée, Seidmann, Sourice, Stérin, Tabuteau, Tacquet (Maurice), Thévenard, Thomas, Thoyer,

221. Triau, Trubert, Trocmé, Uhry, Van der Elst, Vanier (Jean), Vannier (Edouard), Vaudour, Verger, Veslot,

231. Vialle, Mlle Vidal (Suzanne), MM. Vidal-Naquet, Vincent, Voillemin, Vuillième, Weill (Adrien), Mlles Weill (Suzanne), Weiss (Jeanne), Wertheimer,

241. MM. Wester, Zagdoun.

— CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE. — Jury : MM. Martin, Leveuf et Claisse.

LÉGION D'HONNEUR. — *Chevalier*. (A titre posthume.) — M. Loumaigne (Léon-Benjamin-André), médecin aide-major de 2e classe : médecin consciencieux et dévoué. A été tué à l'ennemi, le 26 novembre 1916, à Orahovo (Serbie), après s'être distingué sur le front français. Croix de guerre avec étoile d'argent. (*J. O.*, 22 sept. 1926.)

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Le docteur Jean Charcot, qui fait un séjour à Bruxelles avec le bateau le *Pourquoi-Pas*, dont il est le commandant, a reçu de S. M. le Roi des Belges la croix de commandeur de l'ordre de Léopold.

GUERRE. — Sont réintégrés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé :

Avec le grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les docteurs Girard (de Mougon), Caizergues (de Montpellier), Capdepon (de Pontivy), Courgenou (de Courbevoie), Desjardin (de Vitry-le-François), Makereel (de Cannes).

Avec le grade de médecin aide-major de 1re classe. — MM. les docteurs Babeau (de Tours), Fauré (d'Agen), Hamant (de Nancy).

Avec le grade de médecin aide-major de 2e classe. — M. le docteur Castanier (de Montpellier).

XXXVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — La séance d'inauguration du Congrès aura lieu le lundi 4 octobre 1926, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

L'ordre du jour comporte le discours de M. J.-L. Faure, président du Congrès, et le compte rendu de M. Auvray, secrétaire général.

M. Barthou, garde des sceaux, représentant officiellement le gouvernement, présidera la séance à laquelle assisteront M. le maréchal Joffre et M. le général Gouraud, gouverneur de Paris.

A 3 heures, le Congrès commencera ses travaux et abordera la première question mise à l'ordre du jour : *La pathologie des ménisques du genou*, dont les rapporteurs sont MM. Albert Mouchet (de Paris) et Tavernier (de Lyon).

SOCIÉTÉ ITALIENNE DE CHIRURGIE. — La Société vient d'élire membre associé notre excellent confrère le docteur Léopold Mayer (de Bruxelles), secrétaire général de la Société internationale de chirurgie.

LA VARIOLE A PARIS. — On signale depuis la fin du mois d'août une petite épidémie de variole, très bénigne, en général, puisqu'elle n'a causé aucun décès. Elle semble avoir été apportée par les nombreux étrangers qui affluent à Paris depuis deux mois.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Th. Thomas (de Paris), décédé accidentellement à Chamonix.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HÔPITAUX DE PARIS. — COURS DE RÉVISION D'UNE SEMAINE, (25 au 30 octobre 1926) SUR LES ACQUISITIONS MÉDICALES PRATIQUES DE L'ANNÉE EN PATHOLOGIE INTERNE. — Sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Pruvost, Tinel, Weissenbach, Agrégés, médecins des hôpitaux; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1926 du 25 au 30 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Programme du cours. — I. Chaque matin dans un hôpital différent. — 9 h. 1/2 à 11 h. : Exercices pratiques au lit des malades; 11 h. à 12 h. : Démonstration pratique.

Lundi 25 : M. C. Lian, hôpital Tenon.
Mardi 26 : M. Aubertin, hôpital Saint-Louis.
Mercredi 27 : M. le professeur Sergent, hôpital de la Charité.
Jeudi 28 : M. Fernet, hôpital Saint-Louis, service du docteur Lortat-Jacob.
Vendredi 29 : M. Gaston Durand, hôpital de la Pitié, service du docteur Enriquez.
Samedi 30 : M. Debré, hôpital des Enfants-Malades.

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité. — 3 h. à 4 h. : Démonstration pratique, service ou laboratoire du professeur Sergent.

4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques, amphithéâtre de la clinique.

Le professeur Sergent fera la leçon de clôture.

Lundi 25 : 3 h. à 4 h., M. H. Durand (tuberculose). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Lian (cœur, vaisseaux). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Pruvost (appareil respiratoire).

Mardi 26 : 3 h. à 4 h., et 4 h. 1/2 à 5 h. 1/4, M. Tinel (neurologie). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Chabrol (foie, nutrition),

Mercredi 27 : 3 h. à 4 h. M. Lian. — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4. Faroy (estomac). — 5 h. 1/2 à 6 h., M. Abrami (pathologie générale). — 6 h. à 6 h. 1/2, M. Harvier (endocrinologie).

Jeudi 28 : 3 h. à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Fernet (dermatologie, syphiligraphie). — 5 h. 1/2 à 6 h., M. Gaston Durand (intestin). — 6 h. à 6 h. 1/2, M. Aubertin (sang).

Vendredi 29 : 3 h. à 4 h., M. Weissenbach (médecine générale). — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Debré (hygiène). — 5 h. 1/2 à 6 h., M. Duvoir (médecine légale). — 6 h. à 6 h. 1/2, M. Lian (reins).

Samedi 30 : 3 h. à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Blechmann (pédiatrie). — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. le professeur Sergent.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin de 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi de 3 h. à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 200 fr.

S'inscrire auprès de l'interne du docteur Lian, à l'hôpital Tenon.

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 et 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

HOPITAL BRETONNEAU. — ANNÉE 1926-1927. — MM. Guillemot et Grenet, médecins de l'hôpital Bretonneau; M. Paul Mathieu, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Bretonneau; M. Julien Huber, médecin des hôpitaux, commenceront, le vendredi 19 novembre 1926, une série de conférences hebdomadaires, cliniques et thérapeutiques de médecine et de chirurgie infantiles avec présentations de malades. Elles auront lieu à 11 h. à la consultation de chirurgie tous les vendredis.

Ces conférences seront gratuites et publiques.

HÔPITAL LAENNEC. (Service du docteur Henri BOURGEOIS.) — LA DIATHERMIE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Les docteurs H. Bourgeois et G. Poyet commenceront, le lundi 18 octobre 1926, une série de huit leçons.

Ce cours, dont le nombre des auditeurs est limité à six, aura lieu tous les matins, à 10 h. 30, et, en outre, le 18 et le 20 octobre, à 16 heures.

Programme du cours. — 1. Principes électriques. — 2. Appareils de diathermie. — 3. Physio-pathologie, techniques. — 4. Tumeurs. — 5. Tuberculose des premières voies respiratoires. Lupus. — 6. Amygdalites chroniques. — 7. Rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharyngiens. — 8. Sténoses vélo-pharyngées.

Prix du cours : 600 fr. — S'adresser au docteur G. Poyet.

Hygiène oculaire et inspection du travail appliquées à toutes les professions : commerce, industrie, agriculture, administrations, par le docteur H. TRUC, professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Montpellier, correspondant de l'Académie de médecine. Un volume de 184 pages avec 19 figures. — Prix : 12 fr., plus 20 p. 100, — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE ANATOMIQUE ET CLINIQUE DU CANCER SECONDAIRE DU RACHIS

Par le docteur CHARLES PÉTOURAUD,

Travail du service et du laboratoire du docteur BÉRIEL *(service de Neurologie des hôpitaux de Lyon).*

Nous laisserons de côté, dans les pages suivantes, les tumeurs primitives du rachis; outre leur rareté, elles n'ont pas un intérêt anatomo-clinique bien spécial. Nous n'envisagerons pas non plus les tumeurs intrarachidiennes : elles sont complètement en dehors de notre sujet qui est essentiellement l'étude du *cancer rachidien secondaire à un néoplasme viscéral.*

Nous préférons le terme de « cancer rachidien » à celui de « cancer vertébral » qui est pourtant plus précis en apparence. Notre dénomination nous paraît plus conforme à la réalité clinique, puisque nous faisons l'étude, non pas seulement de symptômes osseux, vertébraux, mais que nous étudions en un seul bloc tout le massif rachidien, contenant et contenu, vertèbres, méninges, racines et moelle, pour essayer de déterminer quel sera le retentissement clinique du cancer de la vertèbre sur les organes de l'intérieur du rachis.

A. ÉTIOLOGIE

Trois cancers surtout sont amoureux de l'os : ce sont ceux du sein, de la prostate et du corps thyroïde. Puis viennent tous les autres.

a. Le *cancer du sein* est celui qui fournit le plus gros contingent. Mais toutes les formes anatomiques du cancer du sein ne donnent pas des métastases osseuses avec une égale fréquence. On n'en voit jamais dans les carcinomes aigus des jeunes femmes dont l'évolution est particulièrement rapide. On les rencontre surtout dans les formes banales, et surtout dans le squirrhe dont la lenteur d'évolution est grande. C'est ce que montre bien la statistique de Tripier, qui ayant réuni 18 cas de cancer rachidien ayant une tumeur du sein comme point de départ, trouve 16 squirrhes.

b. Le *cancer de la prostate* est encore une cause fréquente; mais l'envahissement osseux se fait souvent par contiguïté, le cancer prostatique débordant rapidement de sa loge pour devenir une tumeur du petit bassin (carcinose prostato-pelvienne de Guyon). Ses rapports anatomiques expliquent la fréquence des manifestations osseuses sur les os du bassin et de la colonne sacrée.

c. Le *cancer thyroïdien* est, de tous, celui qui est le plus régulièrement ostéophile. Il touche la colonne dans 20 p. 100 des cas (Bérard et Dunet). Mais souvent la détermination vertébrale n'a pas d'histoire clinique : elle est noyée dans les symptômes douloureux et asphyxiques de la période terminale. D'autres fois, elle constitue à elle seule toute la maladie, la métastase vertébrale apparaissant avant les signes cervicaux : c'est ce que l'on a décrit sous le nom de goitre métastatique (Devic et Bériel, Patel, etc.). En général ces métastases thyroïdiennes ont une évolution lente, une localisation unique, des ganglions rares, des généralisations viscérales tardives.

d. Les *autres cancers* peuvent tous donner des métastases rachidiennes : œsophage, bronches, pylore, etc. Mentionnons à part l'*hypernéphrome métastatique* qui est lui aussi une tumeur fortement ostéophile (Gaudon).

B. ÉTUDE ANATOMIQUE

L'anatomie macroscopique du cancer secondaire du rachis a été faite d'une façon magistrale par Tripier. Il n'y a rien à rajouter à sa description. Nous serons donc brefs sur les grosses lésions osseuses et méningées qui sont connues de tous. Mais nous avons l'intention, à la suite de notre maître M. le docteur Bériel, d'étudier à la lumière des documents anatomo-pathologiques, le mécanisme par lequel les altérations osseuses et méningées vont retentir sur la moelle et les racines pour déterminer les symptômes cliniques. Nous voulons montrer *qu'ici comme dans le mal de Pott, la pachyméningite joue le rôle primordial dans la genèse des accidents ultérieurs.* Si la moelle est lésée, c'est bien plus souvent par l'intermédiaire de la pachyméningite que par celui de grosses altérations osseuses.

I. **Lésions osseuses.** — Elles sont très variables. Les grosses déformations, courbures et fractures spontanées, nous ont paru assez rares. Le plus souvent, il faut pratiquer à la scie une section longitudinale du rachis pour apprécier l'étendue des désordres.

1. Parfois elles sont *limitées à une seule vertèbre*, ce cas est assez rare. Il semble correspondre aux formes d'allure assez rapide. A l'extérieur de la colonne on ne voit rien d'anormal. Sur la coupe longitudinale la lésion est bien visible. Mais alors, même s'il y a tassement et réduction de hauteur du corps vertébral, on ne trouve pas ces noyaux blanchâtres si caractéristiques des formes multivertébrales. Le plus souvent la vertèbre est rouge, un peu molle, et l'examen microscopique est nécessaire pour permettre le diagnostic.

2. Le plus souvent les *lésions sont multiples et intéressent plusieurs corps vertébraux.* La colonne est farcie de plages néoplasiques blanchâtres donnant aux corps vertébraux l'aspect d'une marqueterie ou d'une mosaïque. On peut voir un corps vertébral presque complètement envahi par un gros nodule qui l'occupe en entier. Dans ce cas il est en général affaissé, diminué de hauteur. Plus souvent on voit plusieurs petites métastases blanches, arrondies, lenticulaires qui truffent le corps vertébral sur toute la surface de section.

3. Dans des cas plus rares les lésions sont beaucoup moins délimitées. On a dans ces cas des *altérations cancéreuses diffuses* qui sont en tout point comparables aux lésions d'ostéite diffuse du mal de Pott.

4. Quoi qu'il en soit, le *début de la métastase* n'est pas sous-périosté, mais se fait par le centre de l'os ainsi que Tripier l'a montré : « C'est au centre des corps vertébraux qu'on voit apparaître les premières modifications. » Il se produit ensuite un mélange de fonte et de néoformations osseuses associées à l'infiltration néoplasique. On voit d'abord une sorte de

« cirrhose osseuse », puis une dissolution des sels calcaires.

Recklinghausen donne à peu près la même description : Les cellules néoplasiques résorbent l'os, le remplacent par du tissu fibreux; et alors, ou bien il y a récalcification des travées osseuses en un os nouveau, c'est la forme condensante, ou bien le tissu mou demeure et la décalcification s'accentue, c'est la forme résorbante. La forme condensante est assez rare, malgré l'opinion de Tripier qui en avait presque fait une forme étiologique secondaire au squirrhe du sein. Elle est difficile à reconnaître par le seul examen anatomique; c'est surtout une forme radiologique; c'est à elle que correspondent certains cas de vertèbre noire. La forme résorbante est une forme ulcéreuse qui produit à l'intérieur des corps vertébraux de véritables cavernes cancéreuses, en tout point comparables aux cavernes tuberculeuses du mal de Pott. Il est souvent même nécessaire de recourir au microscope pour faire un diagnostic anatomique entre ces deux affections.

5. Les *disques intervertébraux* ne sont presque jamais touchés par le néoplasme (Tripier). On voit souvent des pièces dans lesquelles deux vertèbres contiguës sont envahies et très altérées, alors que le disque intercalaire garde sa hauteur, sa consistance et son apparence normales. Cette intégrité qui a été maintes fois affirmée par l'examen histologique tient sans doute à la très faible irrigation sanguine de ces disques cartilagineux, alors que les corps vertébraux ont une vascularisation considérable.

6. Les *modifications de la colonne dans son ensemble*, courbures anormales, tassements, fractures spontanées, sont beaucoup plus rares que ne l'indiquent les traités classiques. Dans la majorité des cas, la colonne est peu modifiée dans ses contours normaux. Il y a donc là une différence avec le mal de Pott; il est vrai que dans le mal de Pott on peut voir une déformation rachidienne à une phase de cicatrisation; or, par définition, le cancer vertébral n'arrive jamais à la phase cicatricielle; et lorsque une déformation se produit, l'évolution est le plus souvent extrêmement rapide.

II. **Lésions méningées.** — Elles sont constantes, et elles n'ont pas été assez mises en lumière jusqu'à présent. Tripier les déclare « relativement rares ». Les traités classiques, s'ils décrivent longuement les lésions osseuses, n'accordent aux altérations des méninges qu'une très brève mention. Monsseaux, en 1902, a bien décrit dans sa thèse une forme radiculo-méningée du cancer vertébral; mais il la considère surtout comme une forme d'envahissement à opposer à la forme ayant un début osseux.

En réalité, ainsi que l'a montré M. Bériel, *la pachyméningite cancéreuse est constante* dans le cancer secondaire du rachis. Nous l'avons retrouvée dans toute nos observations. Plus ou moins intense suivant les cas, elle affecte parfois la forme d'une *virole* rétrécissant le canal de façon annulaire, formant ainsi une sorte de « tumeur » limitée comprimant la moelle sur un petit espace; c'est assez rare. D'autres fois elle est *diffuse* et se manifeste sous la forme d'une gangue continue occupant le canal sur un segment plus ou moins étendu. Le plus souvent enfin, elle se présente sous forme de *lésions multiples* et l'on constate à l'ouverture du rachis des épaississements méningés nombreux et limités. Mais, quelle que soit sa forme, elle ne manque jamais, et il y a une pachyméningite cancéreuse dans le cancer secondaire du rachis, tout comme il y a une pachyméningite tuberculeuse dans le mal de Pott. Nous verrons plus loin qu'une grande partie des lésions radiculo-médullaires est sous la dépendance de cette pachyméningite cancéreuse, toujours comme dans le mal de Pott.

Point très important à signaler : cette pachyméningite reste purement externe; le *néoplasme secondaire est toujours extradural.* Ce fait a une grosse importance opératoire. Il n'est pas indifférent, en effet, d'ouvrir une dure-mère au cours d'une intervention. Il est bon que le chirurgien sache d'avance, dans la mesure du possible, les lésions qu'il va rencontrer. Or, dans le cancer rachidien, la *dure-mère oppose une barrière infranchissable à l'extension du néoplasme.* Les foyers de pachyméningite restent toujours à la face externe de la dure-mère. Jamais nous n'avons vu des lésions cancéreuses de la moelle ou des méninges molles. Si la moelle ou les racines sont atteintes, ce ne sera pas par des lésions d'envahissement cancéreux, mais par l'intermédiaire du mécanisme beaucoup plus complexe des phénomènes secondaires à cette pachyméningite.

C. MÉCANISME DE LA SOUFFRANCE RADICULO-MÉDULLAIRE PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS NERVEUX

Nous venons de voir quelles sont les principales altérations anatomiques. Nous devons étudier maintenant par quel mécanisme ces lésions vont agir sur la moelle. Nous envisagerons séparément le rôle joué par le squelette, et celui joué par la pachyméningite.

I. **Action mécanique due aux modifications du squelette.** — *a.* Grosses lésions osseuses. — Dans certains cas, il peut s'agir de tumeurs diffuses avec altérations graves du squelette et étranglement du canal par déformation de la colonne. C'est le cas des fractures spontanées ou des luxations produisant brusquement une paraplégie. Il s'agit avant tout d'une lésion purement osseuse. La compression médullaire reste secondaire, quelle que soit sa prépondérance dans les manifestations symptomatiques. Ce mécanisme est en réalité très rare.

b. Nodules limités issus de l'os. — Dans d'autres cas plus rares encore, il peut s'agir d'une prolifération qui, bien que néé dans l'os, agit pour son propre compte dans le canal. Le mécanisme est ici le même que dans le cas d'exostoses ou de tumenrs osseuses bénignes. Certains cancers secondaires peuvent former des nodules limités rattachés au squelette sur la face interne des corps vertébraux. M. Bériel a observé ainsi une malade atteinte de paraplégie douloureuse progressive, et chez laquelle il avait porté le diagnostic de tumeur intra-rachidienne. Une laminectomie permit de découvrir une petite tumeur adhérente au corps vertébral, qui comprimait la moelle à travers la dure-mère et qui fut enlevée. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de tissu thyroïdien. La paraplégie régressa complètement après cette iutervention et depuis quatre ans la guérison se maintient en parfait état. Ces cas sont évidemment exceptionnels. Cette forme n'est d'ailleurs pas particulière au rachis cancéreux. On peut retrouver la même éventualité dans une forme également exceptionnelle, mais également réelle du

rachis tuberculeux. Il s'agissait d'un tuberculome vertébral, ayant évolué comme une tumeur intra-rachidienne et qui fut opéré, d'ailleurs avec un bon résultat. Ainsi, au lieu de trouver là une divergence entre des processus vertébraux, néoplasiques d'une part, bacillaires d'autre part, nous y voyons une similitude de plus.

c. Tels sont les deux modes suivant lesquels l'os peut avoir une action mécanique directe sur la moelle. Ils ne sont pas toujours aussi nettement différenciés. Nous avons observé un cas de cancer du sein généralisé à la colonne cervicale où l'on notait en même temps un tassement des corps vertébraux et un nodule extra dure-mérien bien limité dans le canal. C'est ce nodule, et non l'ostéite cancéreuse vertébrale, qui avait donné une compression médullaire localisée. Le plus souvent on peut décider, même cliniquement, si la prédominance se fait dans le sens de la destruction rachidienne ou dans le sens de la poussée néoplasique intra-rachidienne. Dans le cas auquel nous venons de faire allusion, une intervention avait été discutée, puis rejetée, à cause de l'intensité des lésions osseuses concomitantes.

d. De plus il nous faut dire dès à présent, que l'os ne joue pas un rôle exclusif. Sauf dans les cas de fracture spontanée et de section de la moelle sur une artère osseuse vive, l'action de la pachyméningite se surajoute à la compression osseuse proprement dite. En même temps que l'écrasement progressif du tissu nerveux, il se produit des phénomènes d'ordre vasculaire ou inflammatoire qui ont aussi leur part dans la genèse du trouble des fonctions nerveuses et qui sont sous le dépendance des lésions méningées. Nous les avons séparés pour les commodités de la description. Dans la réalité les phénomènes s'intriquent, dépendent les uns des autres, et plusieurs mécanismes agissent simultanément.

II. **Rôle de la pachyméningite cancéreuse.** — Nous avons déjà signalé sa constance. Elle peut agir de deux façons : soit mécaniquement, soit indirectement en produisant des phénomènes vasculaires qui atteindront la moelle. Dans la réalité ces deux mécanismes agissent simultanément et surajoutent leurs effets.

a. **Action mécanique.** — Elle est assez rare. Nous avons quelques observations où la pachyméningite était localisée au niveau d'une vertèbre particulièrement envahie et produisait une sorte de virole comprimant circulairement la moelle et réduisant le diamètre du canal.

b. **Action indirecte par l'intermédiaire de phénomènes vasculaires.** — C'est ce que l'on voit dans l'immense majorité des cas. Sous l'influence de la pachyméningite se développent des processus anatomiques vasculaires ou inflammatoires. Il sont tout particulièrement nets lorsque les lésions méningées consistent en petites plaques multiples disséminées sur la surface externe de la dure-mère. Mais ils existent aussi lorsqu'il y a compression mécanique. La démarcation clinique est souvent difficile à établir entre les symptômes de compression et les troubles dus à ces actions indirectes. Celles-ci ne sont pas à proprement parler des complications, car elles sont constantes, mais elles sont chronologiquement secondaires. Quoi qu'il en soit, ce sont ces processus dérivés de la pachyméningite qui jouent le rôle principal dans la souffrance radi-culo-médullaire. Leur action est beaucoup plus importante que celle de la compression pure et simple.

1° On peut voir parfois des *processus inflammatoires* très discrets : épaississements histologiques de la pie-mère, infiltrations à petites cellules des lames arachnoïdiennes. Ces lésions intra-duremériennes ne sont pas morphologiquement néoplasiques, mais d'aspect purement inflammatoires. Elles s'intriquent d'ailleurs avec les phénomènes vasculaires.

2° Les *processus vasculaires* par contre sont très importants. Nous les avons retrouvés dans tous nos examens histologiques. Ce sont eux, beaucoup plus que la compression mécanique, qui produisent les lésions radiculaires ou médullaires (dégénérescences, ramollissements limités).

Nous avons plusieurs examens histologiques où il n'y avait pas de compression : la moelle était parfaitement libre à l'intérieur de l'étui dural, sans déformation aucune. Le microscope montrait d'importantes lésions artérielles et des îlots limités de ramollissement. Dans une observation, par exemple, la pachyméningite prédominait au niveau de la queue de cheval. S'il y avait eu compression pure et simple, il est évident que toutes les racines auraient été lésées également. Or, l'examen histologique montra que certaines racines étaient saines et d'autres étaient dégénérées; en même temps il y avait de grosses lésions artérielles. Il est donc bien évident que la pachyméningite détermine de gros troubles vasculaires et que ce sont ceux-ci qui vont produire des lésions limitées du tissu nerveux.

Lésions artérielles. — Elles ont déjà été vues par Tripier qui les attribue à la compression par la tumeur elle-même. Enderlen attribue les troubles circulatoires à des paralysies vaso motrices développées sous l'influence de produits toxiques émanés du foyer cancéreux. Les examens histologiques nous permettent de penser que la pachyméningite joue un grand rôle dans leur production, soit par compression, soit en produisant de l'endartérite.

Ces lésions artérielles sont d'une très grande fréquence; nous les avons retrouvées dans la plupart de nos observations. La lésion la plus fréquente est l'*endartérite oblitérante* que l'on rencontre surtout dans les artères périmédullaires, endartérite assez accusée pour ne laisser au sang qu'un passage très réduit et pouvant aboutir à un ramollissement secondaire de la moelle. D'autres fois, mais plus rarement, on observe une *dégénérescence hyaline* globale de toute la paroi ; on la trouve surtout dans les petits vaisseaux intra médullaires. On voit alors au microscope de petites masses ovoïdes, possédant encore parfois une mince lumière centrale remplie de globules rouges.

Lésions veineuses. — Elles sont fréquentes, mais il est difficile de dire quel rôle exact jouent les dilatations variqueuses que l'on observe à l'œil nu pendant les interventions ou au microscope sur les préparations. Souvent cependant, des phénomènes veineux de compression passive se traduisent par de l'*œdème*. Il est probable que sa cause n'est pas univoque et que dans sa production il faut faire intervenir les lésions inflammatoires tout autant que

les altérations veineuses. Cependant les faits rapportés par Raymond, les observations anatomiques de Dydinski montrent le rôle primordial joué par la stase veineuse ou lymphatique.

HÉMORRAGIES. — On en voit parfois, soit par le mécanisme d'oblitérations microscopiques, soit par des modifications brusques de tension dans les parois capillaires. Parfois elles sont assez importantes, comme dans une observation de Florent et Nicaud. Plus souvent on ne trouve que de petites suffusions sanguines qui jouent rarement un rôle dans les symptômes, mais peuvent être l'origine de lésions secondaires.

III. **Etat de la moelle et des racines.** — *a.* **La moelle.** — *Macroscopiquement* son aspect est très variable. S'il y a compression, elle est souvent rouge, congestionnée, entourée d'adhérences méningées. Elle peut être déformée, étalée en lame ou rétrécie circulairement et comme étranglée. S'il n'y a pas de compression, elle peut être d'apparence normale, les espaces arachnoïdiens sont libres, et la moelle flotte librement dans son étui dural.

Histologiquement on observe des lésions plus importantes : La substance grise perd sa forme, les cornes s'effilent ou disparaissent, les cellules sont clairsemées ou éloignées les unes des autres, parfois elles sont en chomatolyse, avec gonflement, excentricité et disparition des noyaux. D'autres fois elles sont beaucoup moins lesées qu'on ne pouvait le supposer.

La substance blanche présente aussi des lésions d'intensité variable : gonflement moniliforme des fibres avec fragmentation en boules de la gaine de myéline. Les cylindraxes qui auront échappé à la destruction seront plus tard dénudés, mais reprendront leur aspect normal. Les lésions prédominent autour des vaisseaux et donnent à la coupe un aspect tigré. (Cornil et Ranvier).

Les *dégénérations secondaires* ne présentent ici rien de particulier et se font suivant les lois habituelles.

Mais il faut signaler que la compression a une action beaucoup plus physiologique qu'anatomique. Si l'intervention est possible, comme dans l'observation que nous avons rappelée plus haut et où la compression était due à un nodule osseux isolé, on peut observer la totale régression des symptômes. Quels que soient les degrés de la compression, même quand la moelle est refoulée ou déformée, on est parfois très étonné de constater qu'il n'y a pas trop de lésions irréparables. Cela est vrai dans les cas rares où il y a compression simple par l'os ou la pachyméningite. Cela ne l'est plus lorsqu'il y a dans la moelle des lésions vasculaires ou inflammatoires.

b. **Les racines.** — Nous n'avons rien de spécial à signaler. Comme dans toute névrite, on observe d'abord des altérations périaxiles (segmentation, fragmentation en boules, disparition de la myéline) puis la dégénérescence wallérienne aboutissant à la disparition des cylindraxes et à la fibrose progressive du nerf. Ces lésions sont surtout évidentes dans les nerfs de la queue de cheval qui sont les plus souvent intéressés par le cancer.

D. ETUDE CLINIQUE.

La diversité des lésions anatomiques fait prévoir que la traduction clinique du cancer rachidien peut être très variée.

I. **Période de latence.** — Dans quelques cas le néoplasme peut être une trouvaille d'autopsie, soit que ses symptômes aient été noyés dans les manifestations plus bruyantes de généralisations multiples, soit que la métastase n'ait pas eu le temps de se développer ni d'affecter avec les racines les rapports douloureux qui l'auraient fait connaître. Ces formes sont rares. Cependant, avant de se manifester par une symptomatologie nette, toutes les formes ont un commun caractère : le *silence de la période initiale.* La métastase, de l'organe émissaire au rachis, s'accomplit à bas bruit et souvent avec lenteur. On pourrait appeler ce temps la période d'incubation. Mais pour réaliser une scène clinique, il ne suffit pas que la tumeur ait touché la colonne. L'invasion du rachis reste silencieuse tant que la tumeur n'est pas suffisamment grosse pour produire une déformation, ou apte à irriter les éléments anatomiques voisins qui sont les racines et la moelle.

II. **Période de début apparent.** — Elle ne peut être fixée avec précision. Le début clinique consiste souvent en *douleurs* : sourdes et dues à l'envahissement du périoste sensible ou bien aiguës et produites par l'irritation des racines. Souvent ce sont des douleurs vagues st mal définies ; on parle de rhumatisme, de lumbago, etc. La sciatique double, sur laquelle insistait Charcot, a une grande valeur, mais elle est souvent tardive.

Ces phénomènes douloureux n'ont aucun caractère précis, ils sont entrecoupés de longues périodes de repos. M. Sicard les désigne sous le nom d' « étape algique transitoire d'alarme ». Mais souvent l'alarme est peu bruyante, les phénomènes sont si rares, si espacés, que le médecin ne les reconstituera que plus tard, en faisant appel à la mémoire du patient.

D'ailleurs le diagnostic est impossible à cette époque, à moins qu'un cancer évident d'une région riche en métastase n'attire l'attention sur une complication cancéreuse du rachis. Et même dans ce cas, il est bien difficile d'acquérir une certitude, l'examen de la colonne est négatif. Le liquide céphalo-rachidien est encore muet. La radiologie ne montrera rien de précis. En outre, sauf chez le malade que cachectise le cancer initial, l'état général est excellent. Le début n'est donc pas aussi bruyant que dans la généralisation hépatique. La colonne masque son cancer.

III. **Période d'état.** — Elle se produit au bout d'un temps variable. Charcot et Tripier l'avaient condensée en une formule : la paraplégie douloureuse des cancéreux. Le cancer grandit ; il devient plus profond, rencontre les racines, la moelle, produit des modifications du liquide céphalo-rachidien, peut déformer parfois le rachis. A ce moment est réalisée la *forme neurologique*, la plus fréquente, et qui se manifeste par quatre groupes de symptômes :

a. **Syndrome radiculaire.** — Il est en général précoce. Aux malaises vagues du début, succèdent des *douleurs* que leur *intensité* rend presque spécifiques du cancer : c'est qu'elles traduisent non plus l'irritation des racines, mais leur écrasement dans les trous de conjugaison. Leur siège varie naturellement avec celui de la tumeur. Souvent elles sont diffuses et *bilatérales.* (Charcot insistait sur la sciatique double.) Un troisième caractère est leur *persistance.* Au début, c'étaient des crises radiculaires passagères.

Maintenant ce sont des souffrances permanentes, que le repos ni la morphine ne calment.

On observe aussi des *troubles de la sensibilité objective* : zones d'hypéresthésies à topographie radiculaire que remplacent ensuite des bandes d'anesthésie douloureuse.

Dans certains cas les nerfs trophiques seront lésés : on voit alors des *troubles cutanés* : phlyctènes, bulles de pemphigus, éruptions zostériformes.

Enfin le cancer retentit sur les filets moteurs : ce sont alors des *paralysies* avec amyotrophie souvent limitées à un groupe musculaire.

Les réflexes tendineux sont naturellement abolis dans les territoires radiculaires correspondants.

b. **Syndrome médullaire.** — Lorsque le cancer en vient à intéresser la moelle, l'affection qui était uniquement douloureuse devient *paraplégique*. Cette paraplégie est rarement flasque, mais la contracture manque souvent, alors qu'on note l'exagération des réflexes, le signe de Babinski, la trépidation épileptoïde. C'est le type de la paraplégie flasco-spasmodique. Parfois la contracture est plus nette et l'on a une paraplégie spasmodique, tantôt en extension, tantôt en flexion. Il arrive souvent que les douleurs soient d'un type moins nettement radiculaire à cause de l'adjonction des douleurs cordonales sus et sous-lésionnelles. De même on peut observer des troubles objectifs de la sensibilité médullaire.

Enfin c'est la période des troubles sphinctériens, des escharres, de l'infection urinaire et générale.

c. **Syndrome rachidien.** — Pour les classiques c'est la *gibbosité en anse* que Charcot plaçait au premier rang, à côté de la paraplégie douloureuse. En réalité elle est assez rare.

Il faut y ajouter la *contracture pararachidienne* mais ce signe est commun à toutes les compressions médullaires. On a dit qu'elle serait ici plus marquée qu'ailleurs et Clovis Vincent oppose la rigidité très étendue du rachis cancéreux à la rigidité segmentaire du mal de Pott.

Enfin mentionnons la *douleur locale* au niveau des apophyses épineuses, mais ce signe n'a aucune valeur diagnostique.

d. **Syndrome liquidien.** — D'après les auteurs il est plus tardif ici que dans les autres compressions médullaires. A la phase radiculaire on ne trouve souvent qu'une légère hypéralbuminose (Sicard, Haguenau et Coste). Au stade paraplégique, on trouve les mêmes modifications que dans les tumeurs intra-rachidiennes, c'est-à-dire hypertension, absence d'éléments cellulaires, augmentation massive de l'albumine (dissociation albumino-cytologique).

Quant au syndrome de Froin (xanthochromie, fibrinogène, coagulation) il n'a pas la valeur pathognomonique qu'on lui a parfois attribuée dans les tumeurs.

Enfin, théoriquement, la réaction de Wassermann doit être négative dans ces cas.

IV. **Symptômes suivant la localisation.** — Nous serons très brefs. Ce sont les signes habituels de compression médullaire et ils permettent de faire le diagnostic du siège de la lésion.

Rappelons seulement que les formes les plus fréquentes sont les localisations lombo-sacrées (syndrome de la queue de cheval) et dorso-lombaires. Quant aux localisations dorsales supérieures et cervicales, nous en avons observé plusieurs cas, mais elles sont infiniment plus rares que les précédentes.

V. **Quelques formes un peu spéciales.** — *a.* **Syndrome de Brown-Séquard.** — Parfois le cancer ne lèse qu'un côté de l'axe radiculo-médullaire et peut ainsi réaliser un syndrome de Brown-Séquard typique. Cependant il ne faut pas trop se hâter de porter ce diagnostic : M. Bériel a montré en effet que dans les tumeurs à lent développement on peut voir une hémiplégie spinale rester uniquement motrice pendant très longtemps.

b. **Forme méningée.** — C'est celle décrite par Monsseaux. Nous avons vu qu'elle correspond à certaines données anatomiques. Cliniquement elle se caractérise par l'absence de signes vertébraux malgré un syndrome radiculaire très net. La compression et l'allure neurologique seraient dues seulement à la pachyméningite inflammatoire. Mais beaucoup d'auteurs n'admettent pas cette forme et la considèrent simplement comme un cancer au début que ni l'examen local, ni la radiographie ne peuvent déceler.

c. **Forme à type de tumeur intrarachidienne.** — Parfois le cancer évolue sans signes du côté de la colonne avec la seule symptomatologie des néoplasies limitées du canal. On peut voir des cas où la lésion osseuse ne se révèle qu'à la radiographie, comme pour les maux de Pott dits « sans signes rachidiens ». Parfois même il n'y a aucun signe radiographique (cas de nodule isolé et limité rattaché à l'os).

A côté de cette forme à type de tumeur intrarachidienne qui ne donne pas de signes rachidiens, il nous faut placer les formes *d'ostéite cancéreuse diffuse* qui ne donnent pas de signes rachidiens, ni cliniques, ni anatomiques, pas plus que le mal de Pott du même type, mais qui diffèrent absolument de la précédente parce qu'elles agissent par une pachyméningite diffuse.

d. **Forme lente à allure de sclérose médullaire.** — S'il est des formes rapides, réalisant le tableau de la myélite transverse aiguë et qui emportent le malade en quelques jours ou quelques semaines, il en est d'autres dont la lenteur d'évolution est beaucoup plus grande et se compte par années. Il n'existe alors qu'une paraplégie spasmodique pure, sans douleur importante ni anesthésie nette. De tels malades peuvent être pris pour des scléroses médullaires. M. Bériel a observé ainsi un malade qui a évolué pendant trois ans, pour lequel il avait pensé à une sclérose en plaques, puis à une méningo-myélite spécifique. La vérification montra un cancer thyroïdien latent avec métastase rachidienne.

e. **Forme indolente.** — Elle est très rare en ce sens qu'il est exceptionnel que les tumeurs du rachis évoluent sans aucun signe douloureux. Mais on voit parfois des malades qu'il faut interroger avec ténacité pour reconnaître qu'ils ont eu quelques phénomènes névralgiques.

Ces formes, de même que les formes à allure de sclérose médullaire, prouvent bien que les altérations nerveuses ne sont pas dues à une simple compression, mais dépendent de processus vasculaires ou inflammatoires.

VI. **Le cancer du rachis et la radiographie.** — La radiographie a une très grosse importance,

soit au début où elle pourra souvent préciser l'origine de troubles radiculaires plus ou moins vagues, soit à une phase plus avancée lorsque le cancer originaire est inconnu et que le diagnostic pourrait hésiter entre les diverses causes de compression médullaire.

Cliniquement les corps vertébraux envahis présentent une transparence anormale, le tissu spongieux disparaît progressivement, le corps vertébral s'affaisse. Mais nous avons vu que tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, le cancer du rachis pouvait se manifester de façons bien différentes. Il est donc logique de penser que la radiographie puisse donner des images variables. C'est ce qu'ont bien montré MM. Sicard, Coste, Belot et Gastaud (1).

Dans la *forme banale, ostéoporotique*, le cancer se manifeste au début par une tache de raréfaction qui n'altère pas l'ensemble de la vertèbre. On a l'impression d'une simple encoche du tissu osseux. Plus tard, la vertèbre peut diminuer de hauteur, se déformer, s'aplatir, mais les lésions restent toujours purement osseuses. Les disques intervertébraux, sont respectés, et leur intégrité contraste avec l'intensité parfois très grande des lésions osseuses. Tardivement, mais rarement, on peut voir des fractures ou des luxations. Ces lésions sont bien plus nettes sur un cliché de profil que vues de face.

Ces caractères distinguent nettement le cancer du mal de Pott dont les caractères radiographiques sont tout différents.

Dans la *forme par propagation* l'aspect est plus irrégulier et variable; cela se voit surtout dans les formes secondaires à un néoplasme de la prostate. On voit alors des épaississements osseux considérables avec des proliférations exubérantes. Coste, dans sa thèse, affirme que cet aspect est l'apanage de la forme prostatique du cancer du rachis et qu'il permet à la seule vue de l'image radiographique, de faire le diagnostic de l'organe émissaire.

Dans la *forme condensante simple,* la vertèbre a gardé sa forme et son architecture normales, mais elle est d'une opacité absolue. C'est l'image de la vertèbre noire dont la signification véritable n'est pas encore élucidée.

Il ne nous paraît pas indispensable de faire précéder la radiographie d'une *injection de lipiodol*. La question difficile dans le sujet qui nous occupe n'est pas le diagnostic de l'existence d'une compression, ni celui d'une localisation exacte. L'épreuve du lipiodol ne nous paraît guère présenter ici qu'un intérêt théorique.

Mais la radiographie rendra de gros services comme *complément d'examen clinique*. Elle est très utile quand le diagnostic est posé, pour montrer l'étendue des lésions; elle est indispensable à la période de début quand le diagnostic est hésitant. Le corps thyroïde et la prostate sont souvent atteints de cancers latents qui donnent des métastases; à ce moment on n'a souvent pas l'esprit attiré vers une lésion cancéreuse de la colonne. C'est avant la période de paraplégie douloureuse que l'examen radiologique rendra les plus grands services.

(1) Sicard, Coste, Belot et Gastaud. Radiographie du cancer vertébral, *Journ. de radiol.*, août 1925.

Nous renvoyons aussi à la Thèse de Coste (Paris, 1925) dans laquelle le chapitre radiologique est très développé, et qui contient de très belles planches radiographiques.

E. DIAGNOSTIC

Il peut se poser de façons très diverses : parfois très facile dans les cas typiques où un ensemble de signes ne laisse pas place au doute, il est d'autres fois extrêmement délicat et nécessite une analyse minutieuse des symptômes et une critique très fine de leur agencement réciproque. Aussi nous n'avons pas l'intention d'écrire un chapitre théorique complet : autant vaudrait passer en revue toute la pathologie vertébrale, et même un peu plus. Nous préférons montrer comment le cancer rachidien se présente dans un certain nombre de cas, c'est-à-dire que nous allons esquisser quelques problèmes que l'on peut rencontrer en clinique, et pour lesquels il faudra poser, discuter et résoudre la question du cancer rachidien.

I. **Diagnostic avant le ralentissement intra-rachidien.** — *a.* Un malade se plaint de douleurs sourdes et lancinantes, ou parfois très vives, tantôt en ceinture, tantôt localisées dans les membres inférieurs. On peut penser à une *névralgie sciatique* ou *intercostale*, à du *rhumatisme*, à un *tabes au début*, etc. Certains détails pourront permettre parfois, non pas d'afffrmer un diagnostic, mais de soulever l'hypothèse d'un cancer rachidien : la persistance des douleurs malgré un traitement spécifique, une sciatique double que rien n'explique, l'absence de tout signe de tabes, tout cela doit éveiller l'attention, faire fouiller les antécédents du malade, rechercher s'il y a eu des opérations antérieures ou si d'autres troubles permettent de penser à un cancer viscéral méconnu. La radiographie, la ponction lombaire seront toujours pratiquées, mais souvent à cette époque elles ne fournissent que des signes négatifs. Tout cela est très vague, très léger, très flou. Bien entendu on ne pourra presque jamais rien affirmer, mais ce sera déjà beaucoup si on peut tenir le malade pour suspect et penser à la possibilité d'un cancer du rachis.

b. Dans d'autres cas, à ce tableau douloureux se surajoutent des signes vertébraux : déformation, points douloureux précis, contracture. Le gros diagnostic se pose alors avec le *mal de Pott.* Les antécédents, la radiographie, les signes associés, l'évolution seront très utiles. (Voir plus loin.)

c. D'autres fois le diagnostic se posera avec une *compression radiculaire extra-rachidienne*, si aux phénomènes douloureux s'ajoutent des signes de déficit dans un territoire radiculaire. Le diagnostic est à faire avec toutes les radiculites. Si l'on excepte les cas de compression de la queue de cheval qui ne donnent que des signes névritiques, on ne doit pas avoir dans les cas ci-dessus, de modifications du liquide s'il s'agit d'un cancer, tandis qu'on peut en avoir dans les radiculites. En effet, une tumeur agissant dans le canal, et par conséquent modifiant le liquide, produirait rapidement une atteinte médullaire. Si les symptômes sont limités à une détermination névritique datant depuis un certain temps, il y a beaucoup de chances pour que la lésion soit encore extra-rachidienne. Elle peut donc ne pas modifier le liquide.

II. **Diagnostic lorsqu'il y a des signes intra-rachidiens.** — 1° Syndrome de la queue de cheval. — Le diagnostic positif est facile à faire; mais il faut trouver la cause.

a. Eliminer d'abord toutes les *affections extra-rachidiennes* : c'est-à-dire toutes les affections des organes du petit bassin qui peuvent donner des troubles douloureux de compression. La question est difficile car il s'agit souvent de cancers qui peuvent donner des métastases osseuses (prostate). On se basera sur l'histoire de la maladie, les relations chronologiques des symptômes, la radiologie, la ponction lombaire, le toucher, etc. Les troubles sensitifs affecteront le type radiculaire s'il y a une métastase rachidienne, le type tronculaire s'il s'agit de compression pelvienne.

b. On pourra hésiter avec un *traumatisme* dans les cas de cancer à début apparent brutal. La radiographie ici a une grande valeur. Mais un traumatisme léger peut relever un cancer latent; la question est souvent très complexe. Un *hématorachis* ou une *hémotomyélie* pourraient à la rigueur donner le même tableau, mais avec une paraplégie moins marquée et une dissociation thermo-analgésique.

c. Dans les cas plus rares le diagnostic pourra se poser avec une *tumeur intra-rachidienne primitive.* Il est très important d'être fixé pour pouvoir poser dans ce cas une indication opératoire. On ne trouve aucun signe clinique pathognomonique. L'essentiel est d'apprécier les symptômes dans leur agencement réciproque; puis de rechercher une tumeur viscérale primitive, de faire une radiographie qui renseignera sur l'état de l'os et une injection de lipiodol qui montrera l'état du canal.

d. Enfin un syndrome de la queue de cheval peut être dû à la *syphilis* ou à la *tuberculose*. (Voir plus loin.)

2° **Formes médullaires sans signes rachidiens.** — *a.* On pourra penser à une *tumeur intra-rachidienne* : kyste hydatique, tumeur des méninges ou de la moelle. On étudiera minutieusement chaque symptôme, en tenant compte de sa pathogénie, on appréciera comparativement les signes radiculaires et les signes médullaires. La tumeur intra-rachidienne donne en général des signes médullaires diffus et des signes radiculaires extrêmement limités. On étudiera aussi le mode d'apparition de chaque signe et leur groupement dans le temps. Enfin, l'absence d'étiologie précise, la radiographie, la ponction lombaire rendront des services.

b. D'autres cas pourront donner l'impression d'une *sclérose médullaire :* sclérose en plaques, syphilis médullaire, etc. Les lésions médullaires ont pour elles la diffusion des symptômes et l'absence de signes de déficit. L'exaltation des réflexes de défense n'a qu'une valeur de localisation. L'évolution progressive est un bon signe de tumeur, mais on peut voir dans le cancer des rémissions très prolongées. La clef du diagnostic est dans l'appréciation des troubles de la sensibilité (Bériel). Essayer de mettre en évidence des phénomènes douloureux anciens, une bande d'anesthésie, l'atrophie localisée d'un groupe musculaire, un point douloureux fixe. Tout cela ce sont des signes capitaux pour le diagnostic de cancer lorsqu'ils s'associent à une paraplégie. On ne négligera pas les examens habituels, mais on se souviendra que des scléroses en plaques peuvent être vues à une phase inflammatoires et qu'à ce moment là on peut trouver des réactions cytologiques et chimiques dans le liquide céphalo-rachidien.

III. **Diagnostic dans les formes classiques.** — *a.* — Ce sont les cas ou l'on a des paraplégies flasco-spasmodiques ou des signes de destruction de la moelle. On a un syndrome de compression facile à connaître qui permet un diagnostic aisé avec les *affections de la moelle* : myélites diverses, syphilis, syringomyélie. Mais il faut distinguer s'il s'agit d'une compression par *tumeur du canal, hémorragie méningée*, ou *lésion vertébrale* (cancer, tuberculose).

b. Nous avons discuté plus haut le diagnostic avec les *tumeurs du canal.*

c. Les *hémorragies méningées* ont leurs antécédents, une diffusion plus grande, leur évolution, les signes particuliers de la ponction lombaire.

d. La discussion reste donc limitée entre cancer et *mal de Pott.* Le diagnostic est d'autant plus difficile que les lésions anatomiques étant les mêmes, il ne faudra par compter sur des signes neurologiques pour les différencier. L'examen du rachis n'aidera pas à sortir d'embarras. L'enfance mise à part, la question d'âge n'interviendra pas, non plus que la notion de fréquence. On se basera sur les antécédents et d'autres localisations possibles : d'une part, auscultation, arthrites, testicules, ganglions ; d'autre part, opérations antérieures, néoplasme viscéral méconnu, autres localisations osseuses.

Dans le mal de Pott les douleurs sont plus atténuées par le repos que dans le cancer.

La ponction lombaire montre plutôt de l'hyperalbuminose sans lymphocytose dans le cancer et de l'hyperalbuminose avec lymphocytose dans le mal de Pott.

C'est la radiographie qui sera le meilleur guide : les disques intervertébraux sont détruits et rongés dans le mal de Pott, tandis que dans le cancer ils sont intacts. Mais on voit parfois des tuberculoses vertébrales respecter les disques.

IV. **Diagnostic de l'étendue des lésions anatomiques.** — Il est très difficile et très important. Au point de vue pratique il est essentiel de distinguer les cancers à point de départ vertébral insignifiant qui agissent sur la moelle par un nodule isolé, énucléable chirurgicalement, et les formes d'ostéite cancéreuse diffuse qui agissent d'une manière étendue sur la moelle par l'intermédiaire de la pachyméningite et dans lesquelles par conséquent il n'y a point de recours chirurgical. C'est encore le mode d'apparition des symptômes, leur évolution, leur analyse exacte qui permettront le diagnostic. Dans ces cas le lipiodol pourra donner d'utiles renseignements.

F. PRONOSTIC ET TRAITEMENT

I. **Pronostic.** — Il est nécessairement très sombre. Deux facteurs le rendent très grave : D'abord sa localisation et les lésions médullaires qu'il entraîne fatalement plus ou moins vite; ensuite il accompagne une tumeur qui évolue pour son propre compte, ou bien il indique qu'un néoplasme opéré récidive, autrement dit que le terrain cancéreux persiste.

Cependant, suivant les cas, on pourra nuancer un peu la rigueur de ce pronostic : Les formes hautes sont infiniment plus graves; il en est de même de celles qui produisent de grosses lésions osseuses; alors le séjour au lit, les escharres, l'infection uri-

naire ou cutanée, les complications pulmonaires accélèrent l'évolution.

Mais il faut se souvenir qu'il est des formes lentes : souvent les métastases dans l'os évoluent avec une lenteur beaucoup plus grande qu'on ne croit. La période d'invasion, occupée par des douleurs plus ou moins vagues, est souvent très longue. Le danger n'est immédiat que lorsqu'il y a atteinte médullaire.

Le pronostic est moins sombre encore lorsqu'il s'agit de la généralisation de certains cancers thyroïdiens (goitres métastatiques). L'évolution est parfois si lente que l'on a souvent refusé l'appellation de cancer à la tumeur primitive. Nous connaissons plusieurs de ces cas, où l'évolution a duré plusieurs années.

II. **Traitement.** — Dans l'immense majorité des cas, il n'y a rien à faire. Ni la chirurgie, ni la radiothérapie ne sont utiles. On se borne à un traitement purement symptomatique.

Dans quelques cas très rares, lorsque le cancer rachidien se manifeste comme une tumeur intrarachidienne, la chirurgie reprend ses droits. M. Bériel a fait ainsi opérer une malade atteinte de métastase thyroïdienne, et la guérison persiste depuis quatre ans.

Enfin il y a des groupes mixtes : Si l'on peut faire le diagnostic précis de compression limitée par un nodule, on peut parfois tenter l'intervention. On n'obtiendra pas une guérison radicale puisque les lésions osseuses et méningées sont importantes par elles-mêmes, mais on peut avoir une action palliative intéressante. Le tout est d'établir la valeur différentielle de la lésion osseuse et de l'atteinte médullaire. Il faut éliminer les cas où il y a de trop grandes lésions osseuses et ceux où il y a une pachyméningite intense. Il faut donc étudier minutieusement la pathogénie de chaque symptôme, distinguer ce qui revient à telle ou telle cause (lésion primitive, compression, lésions secondaires) pour pouvoir utilement discuter les indications et les contre-indications opératoires. Dans les cas où elle est possible, la laminectomie décompressive doit être tentée, tout comme la trépanation décompressive dans les gliomes.

Nota. — On trouvera dans notre thèse (Lyon, 1926) tous les documents, observations, dessins, protocoles d'autopsie, examens microscopiques, que le manque de place nous a empêchés de donner ici; il en est de même pour la bibliographie.

Nous ne donnons ici que les références les plus importantes :

BÉRIEL. *Lyon méd.*, 1920 à 1926; — *Lyon chir.*, 1923.
BERNARD. *Th. de Montpellier*, 1914.
CHARCOT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1865.
COSTE. Le cancer vertébral, *Th. de Paris*, 1925.
FLORAND et NICAUD. *Soc. de neurol.*, 1922.
GARRIGUES. *Th. de Lyon*, 1923.
JULIAN. *Th. de Montpellier*, 1910.
MARCON (Mlle). *Th. de Lyon*, 1922.
MICHAUD. *Th. de Paris*, 1871.
MOUSSEAUX. *Th. de Paris*, 1902.
OLLIVIER (d'Angers). *Traité des maladies de la moelle épinière.*
POTEL et VAUDEAU. *Revue de chir.*, 1913.
TRIPIER (Léon). *Th. de Paris*, 1886.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1926)

Les nitrates dans les tissus animaux et végétaux. — MM. E. KOHN-ABREST et S. KAWAKIBI. Il n'existe pas normalement de nitrates dans les principaux aliments d'origine végétale pris au hasard. Les viandes de boucherie n'en contiennent pas davantage; seul, le lait (lait de vache et lait de femme) renferme des nitrates.

Les viscères humains n'en contiennent pas. L'urine en contient dans la même proportion que le lait. Par suite de l'absence de nitrates dans les aliments habituels, la présence de nitrates dans le lait de femme ne s'explique pas par un apport alimentaire. On sait que les nitrates sont des diurétiques puissants que l'organisme n'accumule pas. On est donc conduit à supposer que l'organisme humain élabore quotidiennement des doses assez notables de nitrates éliminés complètement, soit par les reins, soit chez la nourrice par les glandes mammaires.

Les recherches des auteurs montrent en outre que, malgré l'emploi d'engrais nitratés, on ne trouve guère de nitrates dans les aliments végétaux, sauf *accidentellement* dans certaines betteraves fourragères suspectes alors d'être nuisibles.

LIVRES NOUVEAUX

Cancer (1), par le professeur MENETRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Depuis près de vingt ans que la première édition de ce traité a été publiée, et bien que durant cette période les dures épreuves de la guerre aient trop longtemps arrêté, dans notre pays, et dans la plupart des centres scientifiques européens, l'activité des chercheurs, un nombre considérable de travaux ont été néanmoins effectués et publiés, nécessitant une nouvelle mise au point de tous les chapitres.

Les acquisitions sont plus particulièrement importantes en ce qui concerne l'étude expérimentale du cancer.

Celle-ci ne se borne plus comme précédemment à des essais de transmission du cancer développé spontanément chez les animaux.

On sait maintenant le faire apparaître à volonté, et les procédés déjà nombreux qui mettent à même de le faire, vont en multipliant les moyens d'investigation, permettre, connaissant mieux ses causes et son mode de développement, de le combattre plus efficacement.

Et nous avons la satisfaction de voir qu'au point de vue pathogénique ces notions nouvelles, non seulement n'ont pas ébranlé les conceptions théoriques que nous avons précédemment émises, mais au contraire, les ont pleinement confirmées. Les causes du cancer sont multiples, non spécifiques; des agents parasitaires divers sont capables de le produire, mettant en jeu le *processus cancéreux*, mode réactionnel de l'organisme à ces causes irritatives. Voilà ce qui résulte de tous les travaux les plus récents, et qui n'est que la réalisation expérimentale des idées que nous avons soutenues.

Si les données nouvelles que nous fournit la pathologie expérimentale sont aussi considérables, celles que nous avons exposées dans les autres chapitres sont encore nombreuses et importantes.

Les types anatomiques et histologiques des tumeurs ont été minutieusement étudiées et précisés. Et nous avons des cadres nouveaux qui se remplissent, notamment en ce qui concerne les tumeurs des glandes endocrines, des glandes sexuelles, les tumeurs des tissus nerveux, les dérivés néoplasiques des ébauches embryonnaires, les embryomes, etc.

(1) Un volume grand in-8, de 432 pages, avec figures. Prix, broché : 48 fr. — Paris, Baillière et fils.

La physiologie pathologique, la sérologie, la chimie du cancer ont fait de notables progrès.

Des méthodes de diagnostic, utilisant les techniques plus perfectionnées du laboratoire ont été étudiées, permettant une reconnaissance plus complète des formes viscérales du cancer et contribuant ainsi, sans doute, à cette *augmentation apparente* du nombre des cancers, que nous révèlent les statistiques et qui semble si fort préoccuper le public.

Aussi en est-il résulté un très important mouvement d'opinion, ayant pour but de soutenir l'effort médical dans la *lutte contre le cancer*. De toutes parts se sont fondées des associations (*Association française pour l'étude du cancer*; *Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer*), des centres d'étude, les laboratoires, des instituts thérapeutiques, soit dus à l'initiative privée, soit encouragés ou organisés par les pouvoirs publics.

C'est qu'au sentiment de découragement, tiré de la notion trop certaine d'incurabilité qui depuis des siècles paralysait tout effort de thérapeutique anticancéreuse, a succédé une activité nouvelle, encouragée par les heureux résultats déjà obtenus, et par l'assurance où nous sommes désormais de pouvoir en obtenir de meilleurs.

En effet, et tandis que les techniques chirurgicales ont continué de se perfectionner, les méthodes radiothérapiques, pleines de promesses il y a quinze ans, sont aujourd'hui entrées dans la période de réalisation.

Pour l'étude de ces nouvelles méthodes de traitement, nous avons été heureux de nous associer la collaboration particulièrement compétente de notre ami le docteur Rubens-Duval.

Le premier volume renferme les chapitres de *généralités* : historique; physiologie pathologique du processus cancéreux; biologie expérimentale; étapes du processus cancéreux; retentissement sur l'organisme; évolution clinique et diagnostic; étiologie et pathogénie.

Dans le second volume, que nous espérons voir prochainement, seront exposées les formes, variétés, le traitement.

L. G.

Le Cancer de l'œsophage (1), par L. Bérard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien des hôpitaux, et le docteur A. Sargnon.

La question du cancer de l'œsophage se présente sous des aspects bien différents, suivant qu'elle est envisagée par un médecin spécialiste ou par un chirurgien; aussi la fusion de ces deux conceptions est-elle nécessaire si l'on veut avoir des faits une vue d'ensemble correspondant à la réalité.

Dans leur livre sur le cancer de l'œsophage, MM. Bérard et Sargnon se sont efforcés de condenser sur une base anatomo-physiologique les données étiologiques, pathogéniques, anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques que doit connaître tout médecin, en utilisant les observations recueillies par eux depuis vingt-cinq ans, à la fois dans un service de clinique hospitalière et dans les consultations de clientèle.

Plus que pour les autres cancers, les conditions pathogéniques sont ici mal connues, et les ressources thérapeutiques très limitées. Ce qu'il importe de mettre en valeur, ce sont les données séméiologiques et les moyens d'exploration qui permettent le plus tôt possible de dépister le cancer de l'œsophage, de contrôler son siège, son étendue et sa nature, par des méthodes à la fois précises et sans danger, telles que la radioscopie, la radiographie et l'œsophagoscopie. Ces diverses méthodes ont été exposées avec toute la précision minutieuse qu'elles méritent.

Le chapitre de thérapeutique n'a pas moins d'importance. Après l'échec à peu près complet de la chirurgie curatrice, on a pu nourrir les plus grands espoirs dans les agents physiques, radiothérapie et curiethérapie : là encore il faut reconnaître que la thérapeutique est en pleine évolution, et il importait de faire une critique sévère des techniques employées et des résultats obtenus. La plupart des faits publiés jusqu'à ce jour ont donc été examinés et analysés avec soin.

Restent en définitive le traitement médical palliatif et la gastrostomie qui, pratiquée à temps, sous anesthésie locale, et avec une technique simplifiée, comporte aujourd'hui une mortalité à peu près nulle et procure des survies notables à des malheureux qui ne connaîtront plus désormais les affres de la soif et de la faim.

La technique de cette gastrostomie est illustrée de nombreuses figures.

L'ouvrage de MM. Bérard et Sargnon donne aux lecteurs une notion aussi précise que possible de la question en son état actuel.

L. G.

(1) Bibliothèque du cancer. Un volume in-8 de 450 pages avec 76 figures dans le texte. — Prix : 55 fr., plus hausse de 40 p. 100, soit 77 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os (1), par R. Leriche, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg et A. Policard, professeur d'histologie à la Faculté de Lyon.

Depuis dix ans, les auteurs n'ont cessé d'observer les multiples aspects des évolutions normales et pathologiques de l'os, de réfléchir aux problèmes qu'elles posent, d'en chercher les solutions diverses de toutes façons, par l'histologie, la radiographie, l'observation et l'expérimentation directe chez l'homme.

Peu à peu s'est imposée à eux une façon nouvelle de comprendre tout ce qui touche au développement, à la vie, aux évolutions, aux maladies, aux régénérations du tissu osseux.

Ce livre est la synthèse de ce travail entièrement original. — MM. Leriche et Policard ont retenu dans les travaux antérieurs seulement ce qui leur paraissait acquis définitivement, en éliminant les hypothèses caduques.

En un mot, cet ouvrage de doctrine présente une « théorie » nouvelle confrontée avec les travaux plus anciens.

Cette théorie a un caractère général. Elle s'applique à toutes les modalités de l'ostéogénèse. Elle permet d'en comprendre les diverses particularités. Elle explique des faits pathologiques disparates et obscurs, se plaçant toujours au point de vue des tissus considérés en eux-mêmes, d'une façon concrète.

L. G.

L'Hydroxyde de bismuth radifère en syphiligraphie (2), par le docteur Aubriot-Dejean, ex-externe des hôpitaux de Paris, avec préface du docteur Paul-Louis Gastou, chef du laboratoire général des hôpitaux, à l'hôpital Saint-Louis.

Après avoir passé en revue les divers composés bismuthiques, l'auteur étudie plus particulièrement l'hydroxyde de bismuth radifère en suspension huileuse.

Ses multiples observations lui permettent de conclure que ce composé est facilement absorbable, ne possède aucune toxicité aux doses employées, et, administré avec la technique convenable ne cause jamais d'accidents.

Le docteur Aubriot-Dejean fait ressortir ensuite que l'incorporation au bismuth d'une petite dose de radioactivité a pour effet d'exercer une action catalytique sur la transformation et l'absorption du bismuth, d'activer la leucocytose, de s'opposer à l'anémie bismuthique et de relever l'état général des malades.

L'ouvrage se termine par un travail du professeur Bonino, de l'Université royale de Bologne (Italie), sur la radioactivité de l'hydroxyde de bismuth radifère.

L. G.

RENSEIGNEMENTS

(1) Un volume de 230 pages avec 33 figures. Prix 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume de 65 pages. — Prix : 5 fr. — Paris, Beresniak, 12, rue Lagrange.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'aide d'anatomie. — Jury : MM. Martin, Leveuf, Claisse, Dujarrier et Lecène.

— Concours de l'internat. — *Erratum.* — Ajouter à la liste des candidats admis à l'épreuve orale le nom de M. Gaucher.

— Inauguration du pavillon Albarran. — Le service de chirurgie urinaire du docteur Maurice Chevassu sera inauguré à l'hôpital Cochin, le jeudi 7 octobre 1926, à 11 heures. Le service portera le nom de pavillon Albarran.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le *Journal ffiociel* du 2 octobre 1926 publie un décret instituant une révision des chaires, enseignements et comptabilités dans les Universités, Facultés et Ecoles d'enseignement supérieur.

Cette révision sera faite en vue de simplifications et de compressions possibles. Le rapport du ministre de l'Instruction publique qui accompagne les décrets constate, en effet ; qu' « il y a souvent trop surabondance de cours, de conférences et d'examens ; certains enseignements pourraient être rapprochés ou unis. »

— Alger. — Les emplois d'agrégé de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger ci-après désignés sont déclarés vacants :

Anatomie.......................... 1
Physiologie....................... 1
Chirurgie......................... 1

Un délai de vingt jours à dater de la présente insertion au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 3 oct. 1926.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours s'ouvrira le 28 avril 1927 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

MARINE. — Par décision ministérielle du 2 octobre 1926, les étudiants en médecine et en pharmacie dons les noms suivent ont été nommés élèves du Service de santé de la marine, à la suite du concours de 1926 :

Ligne médicale. — Candidats à 4 inscriptions : MM. Dareys, Natali, Pouyanne, Limousin, Bernard, Guibert, Cornet, Beauchesne, Soubigou, Desvernois, Dutrey, Moulinard, Mercier, Monglond, Fimayer, Goux, Thill, Robini, Soulage, Lepage, Bazin, Perro, Cauvin, Peu-Duvallon, Gast, Laveau, Pichon, Legrosdidier, Pelletier, Destribats, Plazy, Bertrand, Margat, Rigaud, Gilly, Gaudin, Longe, Cals, Caubet, Rosmorduc, Lajournade, Barraud, Thomé, Monfort, Collet, Pan, Ouary, Barbier, Clerc, Floch, Terramorsi, Borneuf, Vrignaud, Coquin, Caillet, Vaichère, Ribo, Minec, Duquaire, Le Bouvier, Provost, Larraud, Delafon, Mongrand, Candille, Feyte, Revault, Kany, Bellocq-Lacoustète, Glérant, Hubert, Le Berre, Bastien, Martin, Bourden, Clerc, Le Carrer, Bonavita, Kirsche, Pichevin, Daste, Constans, Chardronnet, Ropars, Bodeau, Le Baron, Quéron, Perennec.

Ligne pharmaceutique et chimique. — Candidats munis de la validation de stage : MM. Quiniou, Babin, Passeron, Charetteur, Le Borgne, Cresp, Gasq, Le Teuff, Batailler, Lefaux, Galeron, Brasset, Lancepleine, Grall, Albrand, Guégiunou.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS. — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français aura lieu les 7 et 8 octobre, à 16 h. précises, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Ch. Lenormant.

A l'ordre du jour : Hospitalisation des malades payants. Questions fiscales. Mouvement syndical.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE DE PARIS. — PRIX A DÉCERNER EN 1926 (séance annuelle de janvier 1927). — PRIX DUBREUIL, annuel (400 fr.). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

PRIX MARJOLIN-DUVAL, annuel (300 fr.). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1926.

PRIX LABORIE, annuel (1.200 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

PRIX CHUPIN, biennal (800 fr.). — Au meilleur mémoire inédit ou imprimé de pathologie chirurgicale portant plus particulièrement sur les affections ou blessures observées aux armées.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1926.

PRIX POUR LA MEILLEURE PROTHÈSE DE LA MAIN. — La somme de 50.000 fr. mise par Mme Vve Jules Lebaudy à la disposition de la Société nationale de chirurgie pour être attribuée à l'auteur de l'*appareil suppléant le mieux à la perte de la main* devait, en cas de non-distribution du prix avant 1925, faire retour à la famille de la donatrice.

Le prix n'a pas été décerné avant la date indiquée, mais Mme la comtesse de Fels et M. Robert Lebaudy, héritiers de Mme Jules Lebaudy, ont bien voulu faire abandon de la somme de 50.000 fr. à la Société nationale de chirurgie pour que le concours reste ouvert jusqu'au moment où la Société jugera à propos de décerner le prix.

Les constructeurs des nations alliées et neutres peuvent seuls concourir.

Ils devront présenter à la Société des mutilés se servant des appareils depuis six mois au moins.

La Société de chirurgie expérimentera les appareils sur des mutilés pendant le temps qu'elle jugera nécessaire pour apprécier leurs qualités.

L'appareil récompensé restera la propriété de son auteur.

Les auteurs d'appareils pourront se faire inscrire par lettre adressée au secrétaire général de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris; à cette lettre seront joints une description de l'appareil avec figures et tous autres documents.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique a enregistré pendant la 26e décade, du 11 au 20 septembre 1926, 998 décès, au lieu de 922 pendant la décade précédente, et au lieu de 893, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 23, au lieu de 19 pendant la décade précédente (moyenne 30).

La variole et la varioloïde ont causé 5 décès; 19 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 0).

Vérification faite, 20 cas de variole ou varioloïde ont été confirmés.

Aucun cas de varicelle n'a été signalé.

La rougeole a causé 2 décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 16, au lieu de 19 pendant la décade précédente (moyenne 20).

La scarlatine a causé 1 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 0). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 33; il s'élevait à 35 pendant la décade précédente (moyenne 23).

La coqueluche a causé 2 décès, au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 3).

La diphtérie a causé 2 décès, au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 41, au lieu de 26 pendant la décade précédente (moyenne 37).

LA DÉCLARATION DE LA VARIOLE EN BELGIQUE. — Le bureau de la Commission médicale provinciale de Bruxelles fait connaître aux médecins du ressort qu'un cas de variole vient d'être constaté en Belgique. Il les engage à conseiller vivement à leurs clients de se faire vacciner ou revacciner.

Le bureau profite de l'occasion pour rappeler aux médecins les obligations qui leur incombent en vertu des A. R. du 10 juin et du 12 octobre 1922.

Le premier de ces arrêtés rend obligatoire la déclaration de tout cas *avéré* ou *suspect* de variole. Cette déclaration doit être faite à l'inspecteur d'hygiène (docteur Van Boeckel, laboratoire de l'hygiène, Parc du Cinquantenaire à Bruxelles). Une indemnité de cinq francs sera allouée pour chaque déclaration. Cette indemnité est portée à vingt francs pour le premier cas, si la nature de la maladie est confirmée dans la suite.

La déclaration doit être faite par télégramme d'Etat — reçu sans frais pour les médecins — et mentionner le nom et l'adresse exacte du malade et l'école fréquentée s'il s'agit d'un enfant.

L'arrêté royal du 12 octobre 1922 prévoit que dans tout cas avéré ou suspect de variole les médecins sont tenus d'instituer immédiatement toutes les mesures de prophylaxie et de veiller à leur parfaite exécution.

Ils peuvent demander à l'inspecteur d'hygiène l'intervention d'une monitrice sanitaire. (*Bruxelles médical.*)

MÉDECIN RECORDMAN. — Notre distingué confrère, le docteur Etchegoïn, vient d'établir avec son canot *Sadi III* le record du monde de vitesse sur l'eau. Il a atteint dans le bassin de Maisons-Laffitte la formidable vitesse de 102km050 à l'heure.

Le record précédent appartenait à un canot américain avec 99 kilomètres à l'heure.

ÉCOLE D'INFIRMIÈRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — Par arrêté en date du 29 juillet 1926, le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a approuvé, conformément aux dispositions du décret du 27 juin 1922 et aux délibérations du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en date du 2 juillet 1926, le règlement de l'école d'infirmières de la Faculté de médecine de Strasbourg, sections infirmières hospitalières, infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance. (*J. O.*, 30 sept. 1926.)

HÔPITAL TENON. — COURS SPÉCIAL DE CURIETHÉRAPIE ET DE RADIOTHÉRAPIE PÉNÉTRANTE. — Le docteur Proust, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec le concours de MM. les docteurs Coliez, Darbois, Hufnagel, Houdard, Mallet, Maurer, Psaume et De Nabias, commencera le lundi 15 novembre 1926, à 10 h. du matin, à l'hôpital Tenon (salle Duflocq), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences suivies d'applications pratiques concernant la *curiethérapie* et la *radiothérapie pénétrante.*

Ce cours est gratuit, mais les élèves désireux de prendre part aux démonstrations pratiques auront à verser un droit de 150 fr. Se faire inscrire le matin au laboratoire de curiethérapie de l'hôpital Tenon (salle Duflocq).

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA PATHOLOGIE GASTRO-INTESTINALE EN 1925-1926

Par M. le docteur Edouard ANTOINE,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA GLACIÈRE.

I. ŒSOPHAGE

L'exploration radiologique de l'œsophage dans la tuberculose pulmonaire. (PAISSEAU, GUÉNAUT et LAMBLING. *Soc. méd des hôpit.*, 23 oct. 1925.) — L'examen radiologique du thorax avec l'ingestion d'une pâte opaque épaisse permet de constater chez ces malades, dans certains cas, des déplacements, des déformations, des mouvements anormaux de l'œsophage provoqués par des secousses de toux.

Les déplacements de l'œsophage vers la droite sont les plus fréquents (70 p. 100) ce qui paraît être en rapport avec la présence de la crosse et de l'aorte descendante dans le médiastin gauche. Dans les grandes scléroses pulmonaires, avec déviations cardiaques, l'œsophage est transporté en masse sur presque tout son trajet.

Quant aux déformations œsophagiennes (diverticules épibronchiques, dits par traction) ils se remplissent de bismuth sous l'influence de la toux. Tous ces renseignements indiquent l'existence de scléroses rétractiles pleuro-pulmonaires qui sont la cause habituelle des déplacements de l'œsophage chez les tuberculeux.

Les sténoses inflammatoires de l'œsophage chez les gens âgés. (GUISEZ. *Acad de méd.*, 22 déc., 1925.) — L'auteur étudie une sténose inflammatoire serrée de l'œsophage qu'il a observée chez des gens âgés. Les symptômes sont ceux de toute sténose au début et l'on pense, étant donné l'âge, au cancer. Cependant ces signes œsophagiens durent depuis plusieurs années avec des intermittences. Œsophagite irritative, spasme, enfin sténose sont les trois temps de cette affection dont le traitement doit consister en dilatations.

Traitement des sténoses spasmodiques et inflammatoires de l'œsophage par la dilatation multi-bougiraire. (GUISEZ. *Soc. de méd. de Paris*, 23 janv., 1925.)

Deux cas de diverticules profonds de l'œsophage. (SAVIGNAC et KELLER. *Soc. de gastro-entéro. de Paris*, 11 janv. 1926.)

II. ESTOMAC

Soins pré et post-opératoires en chirurgie gastrique. (DESPLAS. *Progrès médical*, n° 49, 30 nov. 1925.) — 1° Soins pré-opératoires. Mettre le malade au repos, l'empêcher de souffrir, l'alimenter et l'hydrater, augmenter ses réserves de sucre, laver l'estomac deux fois par jour. Si le malade est anémié à 30 p. 100 avec coagulabilité retardée, faire une transfusion. Pour prévenir les complications pulmonaires, faire la désinfection de la bouche, du nez et du pharynx. Lambret conseille aussi la vaccination préventive des infections pulmonaires.

On peut employer des vaccins à enteroccoques ou les divers types de vaccins qui sont dans le commerce.

2° Soins post-opératoires : supprimer les bandages de corps; user de la morphine pour supprimer les douleurs ; laver l'estomac dès le premier soir et faire ensuite des lavages systématiques deux fois par jour ; exercices respiratoires et révulsion thoracique journalière ; tonicardiaques et désinfection nasobucco-pharyngienne doivent être poursuivis jusqu'à guérison des malades.

Importance des soins de la bouche chez les opérés. (COLOMBET. *Progrès méd.*, n° 49, 30 nov. 1925.)

Les soins pré et post-opératoires dans les interventions gastriques. (DELORE, CREYSSEL et ROUGEMONT. *Presse méd.*, n° 85, 1925.)

La dyspepsie simplifiée. *Son traitement.* (PASCAULT. *La Clinique*, n° 53, 1925,)

Le diagnostic radioscopique de l'estomac biloculaire d'origine ulcéreuse (PERNET. *L'Hôpital.* B., mai 1926.) — L'examen radiologique de l'estomac biloculaire doit comporter les règles suivantes : 1° être fait un grand nombre de fois à intervalles plus ou moins rapprochés : 2° être fait systématiquement douze heures après repas d'épreuve opaque : 3° être fait après préparation belladonée prolongée et injection d'atropine-papavérine : 4° s'accompagner de l'insufflation : 5° au besoin utiliser l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle comme l'a réalisée Pernet. Un estomac biloculaire avec stase à jeun, canal de sténose et dilatation de la poche supérieure est un estomac biloculaire à opérer. Dans certains cas, la biloculation est due à la contracture, relevant d'un ulcère de la petite courbure ; dans les deux cas, la non amélioration par le traitement médical commande l'intervention du chirurgien.

Pneumo-gastrique et ulcère de l'estomac. (LŒPER et MARCHAL. *Presse méd.*, 6 janv., 1926.) — On retrouve une grande fréquence des symptômes vagotoniques dans l'ulcère de l'estomac : spasme, hypersécrétion, hypoleucopedèse, salivation, bradycardie et exagération du réflexe oculo-cardiaque. La névrite du pneumo-gastrique dans l'ulcus est indiscutable. Pour les auteurs, ces gastro-névrites sont secondaires à l'ulcère.

Les douleurs épigastriques et leurs valeurs comparées pour le diagnostic. (GUTMANN. *Presse méd.*, n° 101, 1925.)

Conduite à tenir pendant et après une grande hémorragie digestive. (GUTMANN. *La Consultation*, sept., 1925.) — En cas d'hématémèse, coucher le malade à plat et imposer immobilité et silence; mettre une vessie de glace sur l'épigastre. Lavements pour débarrasser l'intestin du sang dégluti ; diète absolue, goutte à goutte rectal de sérum glucosé auquel on peut ajouter 4 grammes de chlorure de calcium. Au bout de trois jours reprendre l'alimentation avec du bouillon de pied de veau additionné de chlorure de calcium puis du lait sucré, glacé. Enfin des œufs battus dans du lait, de la gelée de viande et de la crème.

Si les hémorragies se reproduisent user des grands lavements, de sérum, très chauds, 50 degrés, matin et soir, potion gélatinée, injection de sérum gélatiné; hémothérapie. Dans les cas d'anémie aiguë, huile camphrée, oxygène, transfusion de sang.

Faux ulcères gastriques par corps étrangers. (Victor PAUCHET. *Acad. de méd.*, 11 mai 1926.) — Pauchet a eu l'occasion d'opérer pour faux ulcus gastro-duodénaux, une malade qui, avait avalé une épingle et l'autre quatre aiguilles. Les symptômes observés comprenaient des douleurs gastriques et des hématémèses à répétition ; cependant les malades

C. R. 18.000, Seine.

n'avaient pas de crise nette de douleur avec période d'accalmie comme on le voit dans l'ulcus. La radioscopie ne révela pas les corps étrangers.

Sur le traitement de l'ulcère septique par la vaccination. (Roux et Girault. *Arch. mal. app. digest.*, n° 9, nov. 1925.)

III. DUODÉNUM

Traitement diététique de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. (Jarotzky. *Presse méd.*, 25 sept. 1925.) — L'auteur proscrit l'usage du lait dans ces cas parce que la caséine du lait se coagule dans l'estomac et que le passage de lait dans le duodénum provoque la fermeture du pylore; enfin parce que le lait augmente la sécrétion du suc gastrique. Il donne par contre des blancs d'œufs et du beurre; le blanc d'œuf cru sans sel et non fouetté; le beurre frais non salé donné en dehors du blanc d'œuf diminue la sécrétion gastrique et ouvre le pylore. Le malade ne doit recevoir de l'eau ni par la bouche, ni par lavement, ni par injection de sérum. Pas de médicaments non plus car les douleurs cessent aussitôt. C'est ainsi que le malade reçoit le premier jour un blanc d'œuf le matin et une cuillère à soupe de beurre frais le soir. Chaque jour on donne un blanc d'œuf en plus et 20 grammes de beurre. On arrive ainsi au huitième jour à huit blancs d'œuf et à 160 grammes de beurre. Au bout de dix-huit jours au plus, on prescrit des farines à l'eau, des purées de légumes et des purées de fruits. Le taux des urines tombe mais cette abstension de liquide serait bien tolérée par les malades.

Diverticules du duodénum. (Lecène. *Soc. de chir.*, 4 nov. 1925.)

Les diverticules du duodénum. (Bariety. *Gaz. des hôpit.*, 6 fév. 1926, n° 11.) — Excellente Revue générale.

La périduodénite sténosante chez le nouveau-né. (Pierre Duval. *Soc. de chir.*, 21 oct. 1925.) — L'auteur résume quelques observations de périduodénite sténosante congénitale. Une intervention minime, simple section de brides peut sauver les petits malades opérés à temps. Ombrédanne et Florant ont signalé un caractère différentiel de cette affection et de la sténose hypertrophique du pylore. Dans la première : les vomissements débuteraient à la naissance; dans la seconde, ils commenceraient du dixième au trentième jour.

Les rétrécissements congénitaux du duodénum. (Hébrard. *Gaz. des hôpit.*, 16 mai 1925.)

Traitement de l'occlusion chronique sous-vatérienne du duodénum. (Grégoire. *Arch. franco-belge de chir.*, janv. 1925, n° 1.) — Affection qui n'est pas rare mais souvent méconnue; les causes en sont multiples : lésions des parois du duodénum, lésion périphérique ou compression par vice de position des organes voisins.

Les lésions pariétales sont rares; lésions congénitales (valvules muqueuses, atrésie de l'intestin) ou lésions acquises (cancer de la quatrième portion du duodénum).

Les lésions extraduodénales sont plus fréquentes : tuberculose des ganglions du mésentère; périduodénite adhésive chronique.

Dans l'immense majorité des cas il s'agit d'un vice de position d'un organe voisin : exceptionnellement la troisième portion duodénale peut être comprimée entre la colonne vertébrale par l'épiploon attiré dans une hernie et adhérent, le rein ptosé peut couder le duodénum; la brièveté du mésentère peut sténoser le duodénum soit en tirant sur l'artère mésentérique, soit en tirant sur l'angle duodéno-jéjunal.

L'absence de coalescence du méso-primitif du côlon droit rend ces organes flottants qui pourront comprimer le duodénum par une de leurs artères.

Le traitement variera suivant la cause : ou bien suppression de l'obstacle ou bien dérivation du cours des matières.

Les sténoses fonctionnelles du duodénum. (Terris. Un volume, 200 p., 8 fig. dans le texte et 8 pl. Chez Doin, édit.)

Les périduodénites. (J.-C. Roux. *Journ. de méd. et de chir. pratique*, 10 juin 1925.) — Bien des troubles, en apparence gastriques ont leur raison d'être dans l'altération plus ou moins profonde du duodénum, dans un retard plus ou moins marqué du transit à ce niveau. Les membranes ou adhérences anormales développées autour du duodénum, jouent ici un rôle prépondérant.

Les signes de périduodénite n'ont en eux-mêmes rien de caractéristique, rappelant, soit l'ulcère du duodénum, soit les douleurs de cholécystite dont les symptômes sont souvent associés à une certaine intoxication chronique. On a signalé aussi des migraines très intenses et parfois des troubles intestinaux : constipation avec crise de diarrhée biliaire par passage brusque d'un flux de bile retenu dans le duodénum.

En somme la certitude du diagnostic n'est acquise que par l'examen radiologique en série qui permet d'apprécier les déformations du bulbe et du duodénum.

Le traitement médical sera assuré par le repos, séjour au lit jusqu'à ce que toute douleur ait disparu; puis activité modérée en évitant les efforts violents. L'usage du kaolin a paru améliorer les douleurs liées à la duodénite secondaire; régime habituel des gastropathies douloureuses. Si les crises persistent malgré tout, on s'adressera à la chirurgie pour la résection des adhérences.

Etude de l'insuffisance pancréatique externe par le dosage des enzymes dans le suc duodénal prélevé par tubage. (Chiray, Lebon et Gozelan, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 fév. 1926.)

Le tubage duodénal. (Parturier. *Monde méd.*, 1925, Revue générale.)

Les deux variétés de périduodénite essentielle sténosante : la périduodénite congénitale, et la périduodénite acquise inflammatoire. (Duval et Roux. *Arch. app. tube dig.*, nov. 1925, n° 9.)

Périduodénite et appendicite. (Basset. *Ibidem.*)

La guiardiase duodénale. (M. Castex et C. Galan. *Arch. mal. app. dig.*, 1926, n° 6.)

IV. FOIE ET VOIES BILIAIRES

Lithiase biliaire ancienne. Fièvre intermittente hépatique à entéroccoque. Guérison par auto-vaccin. (Surmont et Tiperez. *Echo méd. du Nord*, mai 1926, n° 20.) — Le traitement des infections biliaires par un auto-vaccin préparé directement avec les microbes retirés de la bile, prélevé par tubage duodénal, mérite d'être tenté chez des malades qui repoussent le drainage chirurgical. Les auteurs publient à ce sujet une observation particulièrement intéressante et probante.

Angiocholécystite aiguë à paratyphique B. Tubage duodénal. (Ed. Antoine. *Soc. de gastro-entérologie*, Paris, 10 mai 1926.) — L'auteur rapporte également une observation complète d'angiocholécystite traitée par tubage duodénal, ce qui a permis d'isoler dans la bile ainsi retirée du bacille paratyphique B avec lequel un auto-vaccin fut préparé. La guérison complète du malade fut ainsi obtenue.

Emploi du mercure dans les cirrhoses veineuses du foie. (Villaret et Blum. *Monde méd.*, 15 sept. 1925.) — Régime alimentaire lacto-végétarien réparti en six petits repas. Cyanure de mercure en injection intraveineuse, 0gr01 par centimètre cube, deux fois par semaine, douze injections. Association de l'opothérapie hépatique sous forme d'extraits injectables intramusculaires, iodure de potassium dans l'intervalle des cures mercurielles. Lutter contre l'hypertension portale par la réduction des liquides ingérés. Ne pas donner plus de 200 à 300 grammes de liquide, au-dessus du taux des urines émises. On peut associer à ce traitement des purgatifs drastiques : sirop de nerprun et eau-de-vie allemande.

Les ictères des nouveau-nés. (Marfan. *Monde médical*, 1er août 1925.)

Les graisses dans l'alimentation des hépatiques. (Fiessinger et Walter. *Journ. des praticiens*, 24 mars 1926.) —

D'une manière générale on peut dire que les graisses doivent faire partie de toute alimentation; elles sont utiles plus spécialement à l'hépatique par leur charge importante en carbone qui apporte un nombre plus considérable de calories. Cependant chez les hépatiques il faut diminuer les protéines par suite des déficits biliaires. La suppression des graisses aboutit donc au régime déficitaire. Un régime contenant des graisses serait indispensable à l'hépatique pour l'aider à la réparation cellulaire. Enfin les graisses étant de puissants cholagogues assurent avec énergie le drainage des voies biliaires. Les aliments gras paraissent donc aux auteurs indispensables à l'hépatique, mais seront-ils tolérés? Ici, il faut tenir compte de la nature même des graisses absorbées.

Celles qui seront bien supportées en général sont : les graisses du lait, la crème fraîche et les fromages blancs, type petit suisse additionnés de sucre; le beurre frais, les huiles fraîches, le jaune d'œuf serait supportés en petite quantité s'il sont accompagnés de sucre. En suivant ces indications on pourra donc donner des graisses aux hépatiques surtout s'il n'y a que déficit partiel et qualitatif de la bile.

Le diagnostic précoce des calculs du cholédoque. (Leveuf. *Pratique méd.*, n° 6, 1925.) — Pour établir le diagnostic il ne faut compter ni sur la douleur souvent à caractère atypique, ni sur la radiographie. Il n'y a pas non plus d'indication à attendre ni du tubage duodénal, ni de la cholestérinémie. Par contre, il est un procédé simple et fidèle : la recherche des pigments biliaires dans l'urine après une crise douloureuse. Dès le début de la crise, recueillir les urines de deux heures en deux heures pendant un jour : dans chacun des six tubes, rechercher les pigments biliaires par la réaction de Grimbert. Lorsqu'il y a un calcul du cholédoque les pigments biliaires apparaissent dans l'urine de la quatrième à la sixième heure.

Forme anatomoclinique des cholécystites calculeuses. (Duruy. *Gaz. des hôpit.*, n° 55, 11 juil. 1925.)

Réaction réflexe de la vésicule biliaire sur le tube digestif. (Ramond et Parturier. *Presse méd.*, n° 38, 1925.) — Il s'agit de spasmes réflexes d'origine vésiculaire localisés sur les divers points du tractus digestif : spasme œsophagien avec sialorrhée, spasme médiogastrique, spasme du pylore, spasmes coliques.

Les excitants de la contraction de la vésicule biliaire. (Chiray, Lebon et Callegari. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 janv. 1926.) — L'injection hypodermique de pilocarpine et l'injection d'extrait hypophysaire activeraint le drainage biliaire. On pourrait ainsi traiter les stases vésiculaires d'origine atonique par une sorte de culture physique de la vésicule.

La pilocarpine jouerait dans ce cas-là un rôle opposé à celui de la belladone.

Etudes de quelques cholagogues par la méthode de Meltzer-Lyon. (Ramond, Brocesco et Zizine. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 juil. 1925.)

L'action cholalogue du mélange sulfate de magnésie et peptone. (Ramond et Borcesco. *Journ. des praticiens*, 20 juin 1925.) — Les auteurs conseillent la formule suivante :

Sulfate de magnésie sec..........	5 grammes
Peptone de Witte................	1 gramme
Poudre de réglisse..............	1 gramme

pour un paquet à prendre dans un verre d'eau tiède le matin à jeun, dix jours par mois.

Discussion de la valeur de l'épreuve de Meltzer-Lyon. (Einhorn. *Presse méd.*, 30 déc. 1925.) — Voici les conclusions de l'auteur : la bile devra donc être examinée dans toutes les affections du foie et de la vésicule; elle le sera par tubage direct sans instillation préalable de sulfate de magnésie. On réservera les lavages du duodénum et les instillations en sulfate de magnésium pour des effets thérapeutiques sur la vésicule biliaire et le foie. L'épreuve de Lyon sera très utilement employée dans le drainage non chirurgical des voies biliaires.

La visibilité radiologique de la vésicule biliaire. (Sabatini et Milani. *Presse méd.*, 29 août 1925.)

Cholécystographie. (Gosset et Loewy. *Presse méd.*, 1925.) — L'injection intraveineuse de tétra-bromo-phtaléine, doit être abandonnée à cause des incidents à craindre et l'on doit employer le tétra-iode, de préférence par la voie buccale en pilules kératinisées. Les radiographies obtenues, douze à seize heures après l'ingestion de tétra-iode peuvent donner des renseignements du plus grand intérêt.

La lambliase vésiculaire. (Labbé, Neveu et Gravila. *Soc. méd. des hôpit.*, 13 nov., 1925.) — Les symptômes en sont : amaigrissement, dyspepsie rebelle, asthénie, cachexie, prédominance des troubles intestinaux, diarrhée. La lamblia remonte de l'intestin dans la vésicule et le tube d'Einhorn peut la montrer dans la bile. Il ne semble pas qu'on ait découvert de traitement spécifique.

V. APPENDICE-COLON

Les vomissements de la grossesse seraient souvent d'origine appendiculaire. (Caplesco. *Soc. de chir.*, 4 nov. 1925.) Ayant passé plusieurs mois dans les villages moldaves, Caplesco a été frappé de constater que les paysannes de ces pays n'éprouvent jamais la moindre nausée ni vomissements au cours de leur grossesse. Ces femmes ont une alimentation très végétarienne et chez elles l'appendicite est exceptionnelle.

Doit-on opérer l'appendicite chronique? (Brunon. *Paris méd.*, 8 août 1925.)

Le signe du phrénique droit dans les appendicites et les séquelles appendiculaires du carrefour sous-hépatique. (Iliescu. *Soc. de chir.*, 1925.) — L'auteur indique un signe constant chez tous les appendiculaires, aigus ou latents : la douleur de la compression du nerf phrénique droit au niveau du cou entre les insertions inférieurs du sterno-cleïdo-mastoïdien. L'explication de ce signe serait donnée par l'existence de la lymphangite ascendante d'origine appendiculaire et se développant autour des organes du carrefour sous-hépatique; de là l'irritation des terminaisons du nerf phrénique droit.

Rapports entre l'helminthiase et l'appendicite. (Léo, *Soc. des chirurgiens de Paris*, 19 mars 1926.) — L'oxyure peut servir d'agent inoculateur et créer l'appendicite. Souvent les signes d'appendicite persistent après l'opération et disparaissent par un traitement anti-parasitaire post-opératoire. L'association de l'appendicite et des vers a été indiqué par Riff comme existant dans 80 p. 100 des cas.

Léo croit que les vers créent la typhlocolite et que l'appendicite fait suite à la typhlite par propagation de voisinage ou par voie lymphatique.

Bacillose iléocæcale avec présence de trichocéphales. (Delore, Conte et Lobrie, *Soc. de méd. de Lyon*, juin 1926.)

Helminthiase et colibacillurie. (Lavenant. *Soc. des chir. de Paris*, 19 fév. 1926.) — Dans deux cas il existait un syndrome entérorénal avec colibacillurie qui guérit rapidement par le carbonate de bismuth donné contre les oxyures; un autre malade fut guéri de colibacillurie avec incontinence d'urine après expulsion d'ascaris. Un dernier cas fut guéri après un traitement contre des trichocéphales.

Helminthiase et colibacillurie. (Léo. *Soc. des chir. de Paris*, 5 fév. 1926.)

Sur l'origine fréquemment ascaridienne de la diarrhée nocturne. (Baltus. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 1925, n° 46.) — L'auteur signale la fréquence extrême de la diarrhée exclusivement nocturne que l'on constate chez les enfants atteints d'ascaris. La guérison est alors obtenue par l'expulsion des vers avec la santonine ou le calomel.

Les parasitoses du tube digestif. (Lenoir et Deschiens. *Semaine des hôpit. de Paris*, 3 avril 1925, n° 14.)

L'entamœba dispar, parasite de l'intestin. (Brumpt. *Académie de méd.*, 3 nov. 1925.)

Un nouveau traitement de l'infection intestinale colibacillaire. (GAEHLINGER, *Paris méd.*, 9 mai 1925.) — En cas de résistance de l'infection colibacillaire l'auteur attribue un rôle important à l'infection de la vésicule. L'auteur cherche à réaliser la vaccination colibacillaire par un procédé nouveau : faire absorber le matin à jeun 50 centimètres cubes d'eau de Châtel-Guyon additionnée de 7g50 de sulfate de magnésie; puis vingt minutes après, ingestion de vaccin colibacillaire suivi de vingt minutes en vingt minutes de deux doses d'eau minérale. En somme c'est un procédé analogue à celui de Besredka dans la vaccination antityphique par voie buccale.

Cholécystite et appendicite chronique. (RAMOND et PARTURIER. *Presse méd.*, 1926, n° 45.)

Appendicite et coliques de plomb. (SERGENT et KOURILSKY. *Bull. méd.*, avril 1926, n° 18.) — Les conclusions de ce travail sont les suivantes : la colique de plomb et l'appendicite, même dans ses formes aiguës perforantes, peuvent présenter un tableau symptomatique identique. Chez un saturnin on devra être prévenu qu'une attaque de soi-disant colique de plomb peut être une appendicite. Le seul élément de diagnostic différentiel paraît résider dans la constatation de la contracture abdominale vraie. Etant donnée la difficulté de diagnostic, on aura tout intérêt à ne pas purger d'emblée un saturnin car, si, la soi-disant colique de plomb est une appendicite le purgatif peut avoir de graves conséquences.

Traitement des spasmes coliques par le charbon atropiné. (GOIFFON. *Paris méd.*, 12 déc. 1925.)

Les rectocolites graves non dysentériques de l'adulte. (Ed. ANTOINE. *La Médecine*, déc. 1925.) — Ce travail est une mise au point complète de ces affections graves qui simulent les dysenteries amibiennes et bacillaires et dont les unes relèvent d'une étiologie précise, tandis que d'autres rentrent dans le cadre des affections cryptogénétiques.

Le traitement y est très longuement exposé, tant au point de vue diététique qu'au point de vue médicamenteux; de même, en ce qui concerne les traitements locaux par voie rectale, la vaccinothérapie et les cures hydrominérales.

Traitement de la colite muco-membraneuse. (FAROY, *Concours méd.*, 3 janv. 1926.)

La sigmoïdite. (KIRSCH. *Strasbourg méd.*, 5 mars 1925.) — Il faut entendre par sigmoïdite le processus inflammatoire qui prend son origine dans l'S iliaque ou anse sigmoïde et par périsigmoïdite le retentissement péritonéal qui peut l'accompagner trouvant naissance dans ces lésions de l'S iliaque,

Au contraire, la parasigmoïdite doit comprendre des inflammations du tissu cellulaire en rapport avec l'anse sigmoïde et qui sont des infections secondaires ayant leur point de départ dans les organes du voisinage.

La sigmoïdite a le plus souvent son point de départ dans un diverticule. La symptomatologie de cette affection, consiste en douleurs et tuméfaction dans la fosse iliaque gauche avec troubles de défécation et de l'état général. La périsigmoïdite est caractérisée par des symptômes péritonéaux.

Le traitement médical est indiqué dans les formes simples et sera chirurgical s'il y a suppuration ou s'il se produit un rétrécissement sigmoïdien.

Colites et troubles nerveux. (SAVIGNAC et SARLES. *Paris méd.*, déc. 1925, n° 52.)

Diagnostic clinique et radiologique des appendicites chroniques. (J. BAUMEL. *Arch. mal. app. dig.*, mai 1926, n° 5.)

Un traitement médical des dolichocolons. (A. GIRAULT. *Soc. de gastro-ent.*, Paris, 10 mai 1926.)

VI. RECTUM

Un traitement particulièrement efficace du rétrécissement inflammatoire du rectum. (BENSAUDE et MARCHAND. *Presse méd.*, déc. 1925, n° 96.) — Le traitement diathermique de cette affection a donné d'excellents résultats, mettant à profit les essais d'Heitz-Boyer, les auteurs emploient une technique très simple. L'électrode active est une bougie de Hégar du calibre le plus gros pour passer sans douleur; le diamètre en sera augmenté ensuite peu à peu au cours du traitement. L'électrode indifférente sera une plaque d'étain placée dans la région lombaire et une deuxième sur la paroi abdominale. L'intensité du courant est augmentée progressivement. Les séances de quinze à vingt-cinq minutes seront bi- ou trihebdomadaires, par séries de quinze à vingt.

Hémorroïdes et électro-coagulation. (DURAND-BOISLARD. *Courrier méd.*, 20 déc. 1925.) — Après l'exérèse chirurgicale, puis la coagulation chimique, voici un nouveau procédé appelé à donner de très bons résultats pour la destruction des hémorroïdes : c'est l'électro-coagulation.

Au début l'auteur utilisait une électrode active, volumineuse qui provoquait immédiatement la coction totale de chaque hémorroïde, mais sous anesthésie générale.

Pour se contenter de l'anesthésie locale à la novocaïne, il emploie de fines aiguilles, spécialement isolées qui coagulent l'hémorroïde en profondeur sans sphacéler la muqueuse.

En quelques séances réparties sur une vingtaine de jours, la guérison est obtenue sans que le malade ait eu besoin de s'immobiliser plus de deux ou trois jours.

Diagnostic et traitement de quelques affections anales. (MOUTIER. Leçon publiée dans l'*Information méd.*, juillet 1925, n° 7.)

Résultats éloignés de l'extirpation des cancers du rectum par les voies basses. (GAUDIER. *XXXIVe Congrès. Assoc. franç. de chir.*, Paris, 5 oct. 1925.)

VII. DIVERS

Le traitement électrique de la constipation atonique. (LAMARQUE. *La Médecine*, juin 1925, n° 9.)

La répercussion cutanée des troubles gastro-intestinaux. (BONNIN. *Le Sud méd. et chir.*, 15 déc. 1925.) — L'auteur ne croit pas beaucoup à l'origine gastro-intestinale des dermatoses. Il faut surtout tenir compte en réalité de l'état cutané de chaque individu et aussi d'autres facteurs que les troubles gastro-intestinaux : toxicité des aliments, spontanée ou acquise. Sensibilité à des aliments d'ordre gastrique, hépatique, humoral, endocrinien, nerveux ou cutané. Cependant on doit tenir compte des troubles digestifs dans les dermatoses banales. Les fermentations intestinales sont génératrices de toxines : acide lactique, butyrique, acétique, ptomaïnes, etc. Il convient d'en arrêter la production par un régime approprié.

Traitement de l'obésité. Repos et exercices respiratoires. (LEVEN. *Presse méd.*, 16 déc. 1925.)

Les méfaits de la purgation dans le traitement de l'urticaire. (LORTAT-JACOB. *La Médecine*, 1925, n° 2.) — La purgation serait néfaste chez les urticariens, provoquant des récidives. Elle favorise l'absorption de petites doses de toxine répétées et de substance prurigène.

L'entamœba-coli peut-elle être pathogène pour l'homme? (BRUMPT. *Académie de méd.*, 16 mars 1926.) — Hammerschmidt a trouvé quatre fois l'amibe du côlon dans des ulcérations du tube digestif de l'homme. Brumpt a réussi à infecter l'intestin du chat. Ainsi une amibe saprozoïte est capable de devenir histolytique et pathogène; elle indique les stades suivis au cours des siècles par les amibes pour arriver à la vie parasitaire pathogène.

Une simplification de la technique de l'ablation de polypes recto-sigmoïdiens. (BENSAUDE et MARCHAND. *Soc. de gastro-entér.*, Paris, 12 avril 1926.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1925-1926

DOCTORAT D'ÉTAT. — 34. BAUDE. — A propos de quelques cas d'inertie utérine au cours de l'opération césarienne.

32. BILQUËT. — Contribution à l'étude du bactériophage de d'Hérelle. Sa présence dans l'intestin du nouveau-né. Son rôle dans l'épuration biologique naturelle et artificielle des eaux.

37. BLANCHET. — Contribution à l'étude des cavernes pulmonaires fermées.

37. BRESDIN. — Contribution au traitement des leucémies chroniques.

11. BUTIN. — La rupture des hydronéphroses.

9. CACAN (Mme). — Sur un certain nombre d'applications de la vaccinothérapie locale.

31. CAUVIN. — Contribution à l'étude des modifications de la molécule albuminoïde au cours de la digestion gastrique.

20. DELABARRE. — L'ulcère simple de l'antre pylorique. Etude de séméiologie et de thérapeutique.

3. DELARRA. — Etude clinique et expérimentale d'un hydrate d'alumine disperse susceptible de passer à l'état colloïdal dans l'estomac.

28. DEROUBAIX. — Les résultats paradoxaux de l'oscillométrie dans les affections artérielles et spécialement dans les artérites oblitérantes.

24. DESTOMBES. — Contribution à l'étude du traitement des syndromes douloureux du petit bassin par la sympathectomie péri-hypogastrique.

7. DHÉNIN. — Le rôle de l'infection dans le déterminisme de l'insuffisance cardiaque.

4. DRUON. — Les chocs. Etat actuel de la question.

19. DUCROCQ. — Contribution à l'étude de l'ostéite fibrokystique localisée des os longs.

39. DUMONT. — Contribution à l'étude des luxations scaphoïdo-cunéennes.

15. FENOT. — Autohémothérapie et autosérothérapie. Revue générale.

36. FRANCQ. — Traitement chirurgical des hémorragies gastro-duodénales.

30. GAUTIER. — De l'opothérapie thyroïdienne dans le traitement des hydropisies.

12. GODIN. — Hémorragies rétiniennes dans des cas de scorbut atténué.

33. GROUZELLE. — Thoracotomie transsternale médiane comme voie d'exploration et de traitement des lésions du médiastin.

22. HIOCO. — Contribution à l'étude des injections sous-cutanées de sang humain citraté dans les syndromes hématologiques.

38. LABBÉ. — L'hyperthermie postopératoire chez le nourrisson et le jeune enfant. Etude clinique, pathogénique et thérapeutique.

27. LAMIRAULT. — Les conséquences des fractures isolées du sternum à la suite des accidents du travail.

25. LEMAITRE. — Etude radiographique de la grossesse gémellaire. Iconographie ancienne et moderne de la question.

6. LUTIGNEAUX. — Méthodes de reconstruction dans l'espace des objets microscopiques. La conservation des pièces anatomiques en milieux oléo-résineux solides. Les ambréides.

29. MARESCHAL. — Epilepsie et syphilis. Du rôle de l'hérédo-syphilis dans l'épilepsie dite essentielle.

14. MENNE. — De la duplicité utérine au point de vue chirurgical.

26. MONCHECOURT. — La loi du 25 octobre 1919. Les paralysies saturnines devant la loi sur les maladies professionnelles.

23. MORTREUX. — L'herpès. Revue générale.

2. PAUL. — De la valeur diagnostique des écoulements sanguins par le mamelon.

18. PERACH (Mlle). — Quelques notions sur les réformes de l'enseignement médical et le développement de l'hygiène prophylactique en Russie soviétique.

10. PHILIPPE. — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle. (Travail de la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca.)

17. PICQUET. — Contribution à l'étude du varicocèle pelvien (ou utéro-ovarien).

40. PIQUET. — Contribution à l'étude des réflexes sympathiques : réflexe oculo-cardiaque et réflexe solaire chez l'enfant.

8. PLANQUE. — Le diagnostic de la syphilis par la réaction au sérum frais. Méthode de saturation.

16. RAISON. — Homohémothérapie et homosérothérapie dans les maladies infectieuses. Revue générale.

41. RICHIR. — La vaccinothérapie dans l'asthme infantile.

1. RICQUIER (Mme). — L'aide maternelle dahs le département du Nord. Etude critique.

13. TIPREZ. — Le syndrome mécanique de l'hypotension portale.

21. VALOIS. — De l'allylarsinate monosodique dans le traitement des formes prolongées et des séquelles de l'encéphalite épidémique. (Travail de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur.)

5. WALLART. — Le pronostic de curabilité du strasbisme convergent hypermétropique. (Traitement médical. Ténotomie du droit interne.)

LIVRES NOUVEAUX

La constipation. Comment l'éviter? Comment la guérir? (1), par Victor PAUCHET et H. GAEHLINGER (de Châtel-Guyon). Préface du professeur Carnot.

Les deux auteurs distinguent la constipation infectée de la constipation banale. La première ne produit pas d'accidents toxiques; elle n'influence guère l'état général; sa seule gravité est de préparer l'infection qui survient souvent consécutivement. Quand l'intestin est infecté, la colite s'installe et avec elle, l'intoxication, la toxémie, tous les troubles réflexes ou généraux qu'elles entraînent. La muqueuse colique est la barrière entre le microbe et l'organisme. Quand elle est intacte, l'équilibre vital se maintient; dès qu'elle est ulcérée, la résorption des toxines et microbes se produit et les phénomènes généraux apparaissent.

Bien que cette question ait été traitée par un médecin thermal et un chirurgien, le lecteur aura l'agréable surprise de reconnaître la part prépondérante de la thérapeutique médicale moderne et de la physiothérapie. La lecture de ce travail est au moins aussi utile au médecin qu'au chirurgien.

L. G.

Etudes sur le tubage duodénal. L'épreuve de Meltzer-Lyon. L'alimentation duodénale (2), par le docteur R. DAMADE, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Le docteur René Damade, dont les premiers travaux sur le tubage duodénal remontent à plusieurs années consacre la première de ces études à l'épreuve de Meltzer-Lyon. Il en précise la technique, en détaille les résultats chez le sujet sain et chez les malades. L'origine vasculaire ou non de la bile B est longuement discutée et les conclusions de l'auteur s'éloignent souvent de celles de Lyon. Les applications thérapeutiques font l'objet d'un chapitre important ainsi que l'action des divers cholagogues injectés au voisinage immédiat de l'ampoule de Vater.

L'étude consacrée à l'alimentation duodénale est la seule monographie française actuellement publiée sur cette application capitale de la méthode d'Einhorn, méthode qui permet une mise au repos complet de l'estomac et une nutrition satisfaisante du patient. La technique en est minutieusement décrite, les indications et les résultats dans la cure des ulcères gastro-duodénaux simples ou compliqnés sont l'objet d'une discussion basée sur des observations suivies pendant plusieurs

(1) Un volume in-8 de 230 pages. Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Un volume in-8 de 100 pages, avec 7 figures dans le texte. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

années. Des radiographies et des calques objectivent les résultats. La valeur de l'alimentation duodénale dans le diagnostic des états douloureux gastriques constitue un chapitre très original appuyé sur des observations typiques.

Ce livre se présente avant tout comme une œuvre pratique qui montre à tout médecin l'appoint considérable qu'apportent au diagnostic et à la thérapeutique ces applications du tubage duodénal. L. G.

Traitement de l'ulcère duodénal (1), par le docteur Pierre PAUCHET, ancien interne de l'hôpital Saint-Michel. Préface du docteur Victor PAUCHET.

En quelques pages écrites avec clarté, l'auteur indique d'abord les limites respectives du traitement médical et chirurgical. Il aborde ensuite avec ampleur l'étude du traitement chirurgical.

La gastrectomie et ses différentes méthodes, le Finney, le Balfour, la gastro-entérostomie y sont tour à tour étudiés dans leurs indications respectives. La gastro-entérostomie est réduite à des limites précises. Les résultats de chaque technique opératoire sont commentés.

Notons, quelques aperçus, en cours de route, sur la pathogénie de l'ulcère duodénal, étudiée d'après les travaux les plus récents, et ses déductions tant médicales que chirurgicales.

C'est un livre clair, s'adressant aussi bien aux médecins qu'aux chirurgiens. C'est une étude surtout pratique ayant pour but de préciser, quand on doit opérer et comment il faut opérer les ulcéreux du duodénum pour obtenir des guérisons définitives.

Les observations jointes au texte, les schémas ajoutent encore de la clarté à ce livre que l'on doit considérer comme une mise au point de la question. L. G.

(1) Un volume in-8 de 75 pages avec 23 figures. Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

L'ultra-violet. La lumière solaire et artificielle. L'infrarouge (1), par les docteurs AIMARD, chef de service d'électroradiologie de Vichy, et le docteur DAUSSET, chef de laboratoire central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu.

Sous le titre général de *Compendium médical*, les auteurs publient un résumé de tout ce que le praticien a besoin de savoir sur les *ultra-violets*, la *lumière* et l'*infrarouge*, la *cure solaire*.

Les auteurs, dont la compétence est bien connue et dont l'expérience est considérable, ont cherché à donner dans ce formulaire des indications non pas définitives, mais en tout cas assez précises pour permettre au médecin de faire un choix judicieux d'appareillage et de technique et aussi de prescrire soit la cure solaire, soit la lumière artificielle ou les ultraviolets selon les divers cas pathologiques.

C'est un livre, sans phrases, sans théories, qui rendra très grand service à tous les praticiens. L. G.

(1) Un volume cartonné de 150 pages. Paris, Prix : 12 fr. — L'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi.

NOTES DE PRATIQUE

ŒDÈME AIGU DU POUMON

Médication d'urgence : large saignée générale de 300 à 400 g. avec des saignées locales par ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, la région du foie et des reins.

Cela fait, trois grandes indications se posent :

1° Combattre le collapsus cardiaque par des injections de caféine ou d'huile camphrée.

2° Combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire par des injections de strychnine ou l'électrisation du nerf vague.

3° Combattre l'élément toxique par la prescription du

régime lacté et de la Théosalvose phosphatée ou caféinée (4 cachets de 0g50 pro die). Cette dose sera ensuite abaissée à 2 cachets, à prendre pendant plusieurs semaines, de façon à prévenir le retour de l'œdème pulmonaire.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES
DES
PÉRITONITES TUBERCULEUSES [1]

III. Péritonites tuberculeuses chroniques. — Elles peuvent être généralisées ou localisées.

A. **Généralisées.** — 1° **Forme sèche ou anascitique.** — Se voit surtout chez des enfants, des adolescents, chez les jeunes filles au moment de la puberté.

Elle *débute* à la manière d'une infection généralisée dont les symptômes rappellent surtout ceux de la fièvre typhoïde ou d'un embarras gastrique fébrile. Parfois il s'agit d'accidents aigus (coliques, vomissements) qui ouvrent la scène.

Le ventre reste souple, il n'y a pas d'ascite.

A la période d'*état*, c'est souvent une affection très douloureuse, réalisant un véritable *syndrome solaire*.

On note de la diarrhée, des coliques, des vomissements, il existe des poussées thermiques.

La palpation de l'abdomen montre un ventre souple, sans empâtement, sans masses profondes. Parfois la contracture, les douleurs plus ou moins localisées au niveau du foie, de l'appendice, du petit bassin feront penser à une affection de ces organes. C'est alors la laparotomie qui rétablit le diagnostic. Celle-ci peut d'ailleurs aider la guérison de cette forme de péritonite qui peut d'elle-même avoir une évolution heureuse.

Son pronostic est assez bénin; cependant cette péritonite sèche peut se compliquer d'ascite.

2° **Forme ascitique.** — C'est « l'hydropisie ascite des enfants », « la péritonite exsudative chronique simple », « l'ascite essentielle des jeunes filles » que nous prendrons pour type de description.

Anatomiquement, cette forme est caractérisée par des granulations disséminées de manière discrète et un abondant épanchement témoin de la réaction de la séreuse.

Le DÉBUT est *lent, insidieux*, marqué par une légère élévation de température qui donne rapidement lieu à une courbe thermique très irrégulière, de l'amaigrissement, de la pâleur, de la faiblesse, de l'anorexie.

Du côté de l'intestin, on note des douleurs abdominales vagues, des vomissements et des *alternatives de diarrhée et de constipation*.

La menstruation devient ou très douloureuse, ou irrégulière, est troublée parfois, même arrêtée, le toucher peut montrer des signes de périmétrite, d'annexite, et l'auscultation révéler des signes de pleurésie sèche ou liquide.

S'il existe un épanchement, il se *résorbe rapidement*.

ETAT. — Le ventre augmente progressivement de volume; il pointe en avant en *obusier*. La peau est lisse, la circulation veineuse collatérale exceptionnelle.

Il s'agit d'une *ascite libre* avec matité dans les flancs, à limite supérieure concave, changeant selon la position du malade. La zone péri-ombilicale reste sonore.

La sensation *de flot* est nette.

Le toucher montre un utérus anormalement mobile, les culs-de-sac sont refoulés par le liquide.

Il faut savoir que l'*annexite tuberculeuse* est souvent le point de départ de cette réaction péritonéale et la rechercher systématiquement.

Cette ascite atteint en général 4 à 5 litres.

Ponctionnée, il s'agit d'un liquide jaune citrin contenant une grande quantité d'albumine où la formule lymphocytaire prédomine. Il n'y a pas de germes appréciables par les procédés habituels. Mais, seuls les résultats de laboratoire fournis par la première ponction (ascite vierge) ont de la valeur. Le liquide doit non seulement être examiné microscopiquement au point de vue de la formule et de la recherche du bacille de Koch, mais il doit être *inoculé au cobaye*.

Non ponctionnée cette ascite dure assez longtemps; ponctionnée elle ne se reproduit en général pas.

Chez une telle malade, on recherchera par l'interrogatoire et par l'examen les antécédents bacillaires, adénites cervicales, etc., bien souvent l'examen montrera ou quelques signes au niveau d'un sommet, ou quelques symptômes d'adénopathie trachéo-bronchique.

La guérison est relativement fréquente, hautement favorisée par un traitement général et par l'héliothérapie; cependant l'évolution peut se faire vers la forme fibro-caséeuse.

Telle est la forme habituelle de la péritonite ascitique.

Ajoutons que dans certains cas l'*ascite peut se cloisonner*.

Cette ascite cloisonnée peut donc succéder à la forme précédente, ou survenir d'emblée. Elle se voit le plus souvent chez l'adulte au cours des *cirrhoses alcooliques*; l'ascite se tuberculisant secondairement.

Dans certains cas l'ascite peut *s'enkyster*, se collectant dans une poche antérieure presque médiane, para-ombilicale ou épigastrique, donnant l'impression d'une tumeur abdominale. Parfois c'est au niveau du petit bassin que cet enkystement se produit.

Diagnostic. — C'est assez dire les problèmes diagnostiques que peut soulever la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse.

Chez la jeune femme, c'est le diagnostic du kyste de l'ovaire, de la grossesse avec hydramnios; chez l'adulte c'est le diagnostic avec toutes les formes ascitiques de cirrhoses alcooliques, problème rendu souvent fort difficile par la fréquente association de cirrhose et de tuberculose.

3° **Forme fibro-caséeuse.** — Dans cette forme l'intestin est revêtu de fausses membranes épaisses qui recouvrent également le mésentère, le méso-côlon, tous les replis du péritoine et leur donnent une épaisseur anormale.

Par suite de l'organisation de ces fausses membranes infiltrées de tubercules et de leur transformation en tissu fibreux, les anses intestinales adhèrent entre elles et leur agglomération forme d'énormes gâteaux péritonéaux parsemés de masses caséeuses.

DÉBUT. — Cette forme peut succéder à la précédente ou être primitive.

Dans le premier cas, progressivement le tableau clinique se modifie du point de vue général et local.

Dans le second cas, le malade se plaint de douleurs abdominales plus ou moins violentes, d'alternatives de diarrhée et de constipation.

Ces troubles coexistent avec un amaigrissement marqué.

ETAT. — Le malade est pâle, les yeux sont cernés; la température est irrégulière; et les poussées thermiques coïncident avec des poussées évolutives.

L'amaigrissement est marqué, les membres sont émaciés, les sueurs profuses, le cœur est rapide, la tension basse.

A l'*examen*, le ventre est irrégulièrement ballonné avec des *bosselures*.

La *palpation* est en général facile et ne réveille pas de douleurs à proprement parler; on note cependant un peu de sensibilité profonde en quelques points; plus accusée si l'on retire brusquement la main qui vient d'explorer (Guéneau de Mussy).

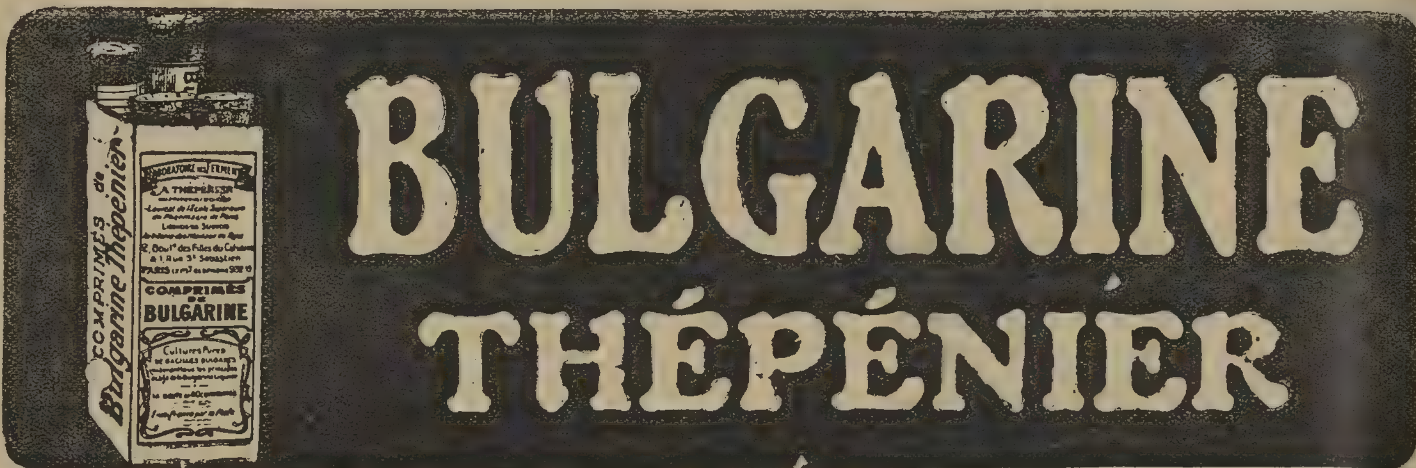
(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 78, p. 1262.

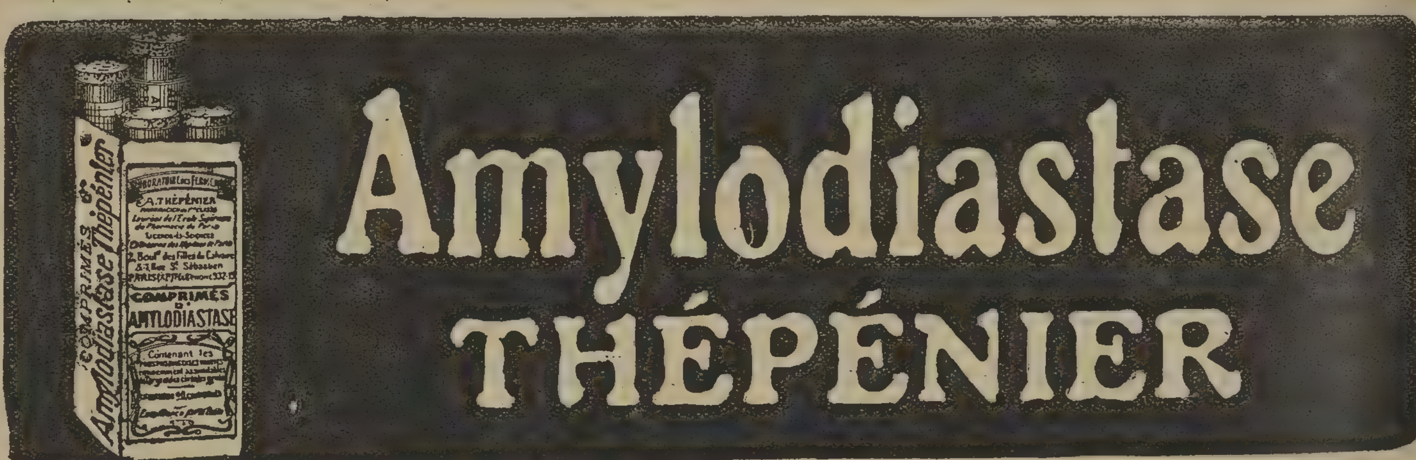
RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



COMPRIMÉS de Bulgarine Thépénier
COMPRIMÉS DE BULGARINE
BULGARINE
THÉPÉNIER



COMPRIMÉS d'Amylodiastase Thépénier
COMPRIMÉS D'AMYLODIASTASE
Amylodiastase
THÉPÉNIER

N° 81. — SAMEDI 9 OCTOBRE 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 9 OCTOBRE 1926. — N° 81.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Jeannin, qui accepte; Lian, Maurice Renaud, Faure-Beaulieu, Auclair, Harvier, Mauclaire, Hautant, Marion, Bergeret, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Dieppe. — Le poste d'interne en chirurgie à l'hôpital de Dieppe est actuellement vacant. Pour tous renseignements, s'adresser au directeur des hospices.

— Lyon. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Carcassonne, Imbert, Bouysset, Mlle Weill, MM. Rousset, Ponthus, Valin, Carle, Bozon, Verrière, Mlle Pallot, MM. Bernay, Etienne Martin, Meyssonnier, Mlle Guillemin, MM. Cluzet, Brunat, Giraud, Levet. Moulinier, Armanet, Romand-Monnier.

Internes provisoires : MM. Boucomont, Colson, Thévenon, Cade, Goujon, Gagnière, Blanc, Pipard, Vernaud, Bard, Denise, Aulagnier, Mlle Pernet, MM. de Mourgues, Sassard, Naussac, Rochefort, Mlle Lambert.

— Un concours public s'ouvrira le jeudi 25 novembre 1926 pour la nomination d'internes en pharmacie.

La date de la clôture du registre d'inscription a été irrévocablement fixée au samedi 13 novembre 1926, à 11 heures du matin.

Pour toutes autres conditions d'admission au concours, s'adresser à l'administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, bureau du personnel, à Lyon.

MAISON DE SANTÉ DÉPARTEMENTALE DE SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE. — Une place d'interne en médecine sera vacante le 1er novembre prochain, à la Maison de santé départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

Les internes sont nommés pour trois ans aux traitements suivants : 1re année, 2.400 fr.; 2e année, 3.000 fr.; 3e année, 3.600 fr.; 6.000 fr. pour les internes docteurs. Nourriture, logement, chauffage, éclairage.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à M. le directeur médecin-chef, à Sainte-Gemmes-sur-Loire.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — Dispensaire de l'administration générale de l'Assistance publique (passage Dauphine, 20, Paris). — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1. La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.

2. Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.

3. Des travaux pratiques de technique opératoire de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

CENTRE DE RÉÉDUCATION AUDITIVE ET PHONÉTIQUE. — Le docteur G. de Parrel vient de fonder à Paris, 78, boulevard Malesherbes, un Centre de rééducation auditive, phonétique et labiologique. Les sourds, les sourds-muets et les

malades atteints de troubles de la voix ou de la parole y trouveront tous les soins que comporte leur état. Aucune organisation médicale de ce genre n'existait jusqu'ici pour tous ces infirmes dont la récupération fonctionnelle, même partielle, présente un intérêt social évident. On ne peut donc que féliciter le docteur de Parrel de son heureuse initiative. Il est assisté dans la direction de ce Centre par Mlle le docteur Henriette Hoffer, professeur d'école primaire supérieure et normale, diplômée de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs François Rolland, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon; Henri Lugand (de Lamballe); Hrand Hantcher (de Constantinople), Léon Durand, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*Voir la suite des* INFORMATIONS *p. 1310.*)

CHRONIQUE

OUVERTURE DU XXXVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

La première semaine d'octobre est consacrée tous les ans à des Congrès dont le plus brillant, certes, est le Congrès français de chirurgie qui amène à Paris un grand nombre de chirurgiens de province et de l'étranger. Le XXXVe Congrès français de chirurgie dont l'ouverture a eu lieu lundi a remporté plus que le succès traditionnel. La présidence d'un illustre chirurgien, d'un homme universellement respecté, admiré et aimé comme J.-L. Faure, avait attiré une foule considérable d'élèves et d'amis, aussi le grand amphithéâtre était-il comble, lorsque s'ouvrit la séance.

Aux places d'honneur se trouvaient M. le maréchal Joffre et le général Gouraud qui furent acclamés par l'assistance, M. le professeur Bégouin (de Bordeaux), vice-président du Congrès, S. E. M. de Chlapowski, ambassadeur de Pologne, M. Walter, M. le doyen Roger, M. Bar, président de l'Académie de médecine, M. Auvray, secrétaire général du Congrès, les médecins inspecteurs généraux Chavasse, Toubert et Fournial, le médecin inspecteur Dopter, de nombreux chirurgiens de province. Parmi les étrangers, un groupe important de confrères polonais.

Nous avons remarqué notamment M. Zavadzki (de Varsovie), Giordano (de Venise), Daniel et Léontief (de Bucarest), Hansen (de Copenhague), Willems (de Gand), Lambotte, Lorthiois et Mayer (de Bruxelles), Henrijean (de Liége).

La cérémonie devait être présidée par M. Barthou, garde des sceaux, membre de l'Académie française, elle le fut par M. Henri Robert, l'illustre avocat, lui aussi membre de l'Académie française. Très spirituellement, il excusa M. le garde des sceaux qui, malgré son courage bien connu, avait hésité au dernier moment à venir, lui, chef de la magistrature, entendre la critique assez vive que M. Faure se proposait de faire des magistrats au sujet de la façon dont les tribunaux comprennent trop souvent la responsabilité du chirurgien.

M. Faure salué par une ovation de l'assistance prononça ensuite son discours consacré aux devoirs et aux droits du chirurgien.

Les devoirs du chirurgien découlent de cette toute-puissance que lui donne son art, devoirs scientifiques, devoirs moraux devoirs de conscience, devoirs de droiture et de sincérité.

« Le plus grand de ces grands devoirs, c'est ce magnifique devoir de bonté qui, j'ai quelque orgueil à le proclamer, est si largement répandu parmi nous. Ah! sans doute, beaucoup de ceux qui nous connaissent mal s'imaginent que pour vivre de notre vie, de cette vie qui s'écoule dans le sang et dans la douleur, il faut avoir une poitrine où palpite un cœur insensible! C'est qu'ils ne savent pas que rien ne vaut le spectacle renaissant de la maladie, de la douleur et de la mort, pour éveiller en nous toutes les compassions et toutes les pitiés et ces émotions intérieures qui savent inspirer à ceux qui les éprouvent ces paroles consolatrices si douces à ceux dont la douleur gonfle les cœurs désespérés !

Car la bonté, la pure et sereine bonté, fleur divine de l'âme humaine, est la plus haute de toutes les vertus qui s'épanouissent au cœur des hommes, parce qu'elle se répand autour de nous et va porter vers les malheureux qui l'implorent la parole qui rend le courage et qui berce la douce espérance, comme l'eau d'une source claire qui va répandre la fraîcheur dans le sol brûlé de soleil ! Et notre science secourable, qui si souvent donne la vie, peut quelquefois donner la mort, mais la rayonnante bonté n'apporte jamais avec elle que le soulagement des misères humaines et ne peut faire que du bien ».

A côté de ces devoirs ne convient-il pas de placer les droits? M. Faure le fait avec force, mais sans se départir de la mesure qu'il sait apporter en toute chose.

« Il est un état d'esprit qui tend à se répandre, et contre lequel je tiens à m'élever, avec toute l'ardeur de ma conviction! Il est encouragé par le bruit fait autour de certains jugements. Il est encouragé plus encore peut-être par la cupidité d'intermédiaires louches, qui rôdent autour des tribunaux comme des hyènes autour des cimetières et poussent des malades, des opérés, qui peuvent d'ailleurs être de bonne foi, mais qui sont mécontents des résultats de leur opération, à poursuivre leur chirurgien. Et c'est ainsi que nous avons vu des collègues attaqués pour une fracture soi-disant mal réduite, pour une cicatrice difforme ou pour la fameuse compresse perdue quelque part dans le ventre! Moi-même j'ai jadis été gravement menacé sous l'accusation d'avoir laissé un drain dans le péritoine, et je n'ai échappé à la rigueur des lois que parce que j'ai pu démontrer que le péritoine en question n'avait jamais été ouvert! Nous n'avons plus le droit d'avoir une infection quelconque, ou même une simple suppuration, comme si nous en étions les maîtres absolus. Nous sommes maîtres de nous, de nos mains gantées, de nos instruments stériles. Nous ne sommes pas maîtres de l'air qui nous entoure et moins encore du foyer où nous opérons, à commencer par la peau des malades, qu'il est impossible de stériliser réellement, puisque la chaleur seule y pourrait parvenir! »

. . . .

« Il n'y a pas de faute opératoire, ajoute M. Faure, il n'y a que des malheurs. »...

« Si, dans ces moments où nous avons besoin pour aller jusqu'au bout de notre devoir de tout notre sang-froid, de toute notre lucidité, parfois même de tout notre courage, nous voyons se dresser devant nous l'injuste menace de la loi plus injuste encore, alors nous n'avons plus qu'à nous croiser les bras — et à laisser passer la mort! »

Suivant la coutume M. Faure adresse, en terminant, un pieux souvenir aux membres de l'Association disparus depuis l'an dernier.

Une formidable ovation salue l'orateur. Puis le président donne la parole à S. E. l'Ambassadeur de Pologne qui vient proclamer l'affection indéfectible de son pays pour le nôtre.

Enfin le secrétaire général M. Auvray donne lecture de son rapport annuel et il montre la progression constante de l'Association dont les membres sont de plus en plus nombreux.

La séance ayant été levée les congressistes visitèrent l'exposition dont l'importance cette année est considérable.

Puis le Congrès commença ses travaux auxquels nous consacrerons un de nos prochains numéros. L. S.

REVUE GÉNÉRALE

L'ÉVOLUTION DES IDÉES SUR LE SANG DES TUBERCULEUX

Par M. PIÉRY,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Lorsqu'on relève, au cours des siècles, opinions et travaux qui ont vu successivement le jour sur le sang des tuberculeux, on est d'abord frappé par une constatation. Au XVIe et au XVIIe siècle, le sang des phtisiques est l'objet de toute l'attention c'est-à-dire des conceptions hypothétiques des médecins, puis, le silence se fait, l'attention des phtisiologues se porte ailleurs et il faut attendre les progrès de l'hématologie moderne, c'est-à-dire le dernier quart du siècle passé; presque simultanément aussi apparaissent les recherches bactériologiques. Enfin, au cours d'une troisième période, nous voyons apparaître la notion de la tuberculose au nombre des causes des principales maladies du sang.

I

LE SANG DES PHTISIQUES AUX XVIe, XVIIe ET XVIIIe SIÈCLES

L'humorisme d'Hippocrate, qui se poursuit avec Galien et le Moyen-Age, pour s'épanouir au XVIIe siècle, devait nécessairement attirer l'attention des médecins sur l'état du milieu intérieur des phtisiques. Mais le néant et l'insuffisance des procédés d'analyse physique, chimique, microscopique et bactériologique du sang allaient retarder longtemps l'acquisition de données précises. Ces dernières n'apparaîtront guère que vers le dernier quart du XIXe siècle, nous l'avons dit.

A l'origine de ces recherches les auteurs se préoccupent des modifications du sang qu'ils croyaient pouvoir apprécier, la *quantité* de ce sang dans les vaisseaux notamment. La donnée n'était pas d'ailleurs pour eux simplement théorique puisque, suivant la *pléthore* ou l'*anémie* observée par les auteurs, ces derniers préconisaient ou non la saignée.

Les partisans de la pléthore : Fernel (1497-1558), Stahl (1704), Sydenham (1712). — Fernel au début du XVIe siècle soutient que la suppuration du poumon est toujours la suite, sinon d'une pléthore générale du moins d'une pléthore locale. Il recommande, en conséquence, l'usage de la saignée, non seulement au commencement de la maladie, mais même pendant son accroissement : « *Increscende morbo, cum opus esse videtur, repetetur venæ sectio.* »

Ernest Stahl (1704), partisan lui aussi de la pléthore, cause principale de la phtisie, signale que la plupart des phtisies viennent à la suite de la suppression de quelque hémorragie, épistaxis, hémoptysie, flux hémorrhoïdal ancien, règles.

Sydenham (1712), le grand phtisiologue du XVIIe siècle, trouvant, à son tour, chez les phtisiques tous les signes caractéristiques de la pléthore sanguine, conseille la saignée. Il fait observer que la phtisie survient souvent chez les jeunes gens qui sont habitués à cracher du sang, lequel « abonde, dit-il, en particules âcres et chaudes ».

Suivant Haller les phtisiques ont beaucoup de sang dans leurs vaisseaux pendant les divers stades de la maladie, et on en trouve beaucoup aussi à l'ouverture de leur corps.

Les partisans de l'olighémie : Tozzi (1693), Morgagni (1761), Lieutaud (1776), Portal (1792), Bonnafox-Demalet (1804). — Par contre pour Morgagni d'abord, pour Tozzi, qui observent au XVIIIe siècle, les phtisiques ont si peu de sang qu'ils ont à peine celui qui est nécessaire pour soutenir la circulation.

Lieutaud (1776), à son tour, indique qu'il y a plutôt une diminution qu'une surabondance de sang et s'élève fortement contre l'opinion de ceux qui recommandent la saignée.

Portal (1792), à son tour, étudie la question et établit que les apparences de pléthore sont trompeuses chez les phtisiques et qu'il s'agit d'engorgements locaux, notamment du poumon. Il décrit fort judicieusement et, semble-t-il, le premier, l'hypertension de la petite circulation chez les phtisiques avec son retentissement sur le cœur droit. Il conseille en conséquence de s'abstenir des saignées, sauf au commencement de la maladie. Au cours de ses nombreuses autopsies de phtisiques il dit, au surplus, n'avoir trouvé que « quelque médiocre quantité de sang dans les gros vaisseaux et plus souvent dans le côté droit du cœur ».

Enfin Bonnafox-Demalet (1804) partisan, lui aussi, de la diminution réelle de la masse du sang, qui explique, pour la plus grande part la petitesse du pouls des phtisiques, décrit ainsi chez ces malades l'état du sang : « Le sang est sans vigueur, pâle, décoloré, moins consistant, d'une saveur moins salée, d'une odeur moins forte; ses molécules globulaires rouges sont en plus petit nombre et d'une teinte moins prononcée; la fibrine est moins élaborée, elle est en moins grande quantité. »

En résumé, discussion sans issue, puisque sans arguments scientifiques.

II

LES TRAVAUX HÉMATOLOGIQUES ET BACTÉRIOLOGIQUES MODERNES

Et maintenant il faudra attendre que les acquisitions scientifiques du XIXe siècle, c'est-à-dire que les découvertes de Lavoisier, que les travaux de Berzelius (1812), de Dumas et Prévost (1821), de Chevreul (1824) sur l'étude physico-chimique du sang normal aient eu leur retentissement sur la pathologie du sang.

Mais il faut surtout qu'aient été vulgarisées les méthodes hématologiques modernes avec les travaux de Malassez (1876), de Hayem (1876). Les progrès de la bactériologie allaient de leur côté inciter les chercheurs à l'exploration du sang au cours de la phtisie.

Les données de l'hématologie moderne dans la phtisie. — Quinquaud et Regnard montrent chez les phtisiques une diminution constante et notable de la capacité respiratoire c'est-à-dire du pouvoir d'absorption du sang pour l'oxygène.

Andral et Gavarret (1840), Becquerel et Rodier (1844) avaient signalé l'anémie des tuberculeux. Les travaux modernes de Malassez (1876), Hayem

(1889), Grawitz (1892), grâce à une meilleure technique, établissent avec précision la constance de la diminution du nombre des hématies. Quinquaud (1889), Hervacque (1892) constatent la diminution de la quantité d'hémoglobine du sang.

Ces recherches sur l'anémie des tuberculeux sont complétées par les travaux de Hayem (1889), Grawitz et Straner (1896), G. Richard (1908), etc. M. Labbé (1906) met en évidence *l'anémie avec ochrodermie*, due à la fois à la diminution de la masse sanguine et à la destruction globulaire ; Barbier et Ravry (1906) reviennent à nouveau sur la donnée établie par les auteurs du XVIIIe siècle : la diminution de la quantité totale du sang chez les phtisiques.

Cadé, Morel et Roubier montrent, en 1908, que le sang des tuberculeux témoigne le plus souvent de l'abaissement du taux des albumines du sérum sanguin. Faure-Beaulieu, précisait l'état des recherches en 1911 touchant l'état des globules rouges chez les tuberculeux de la façon suivante : « La principale conquête des recherches modernes sur les globules rouges des tuberculeux a consisté à montrer quel guide infidèle est l'examen hématométrique tel qu'il est couramment pratiqué, parce qu'il nous renseigne seulement sur la quantité des globules rouges contenus dans l'unité de volume de sang, et non sur la quantité de globules contenue dans le sang total, ce qui serait bien plus important à connaître. »

L'étude des leucocytes. — Nombreuses sont les numérations leucocytaires dans le sang des tuberculeux. Pavillard (1900), Relsnataz (1903), Simon et Spillmann (1906), Richard (1908), Claude et Zaki (1902), Bezançon et M. Labbé (1904) apportent des résultats un peu confus. Classant leurs faits aux trois périodes anatomiques classiques de la tuberculose, ils rassemblent dans une même catégorie des faits très dissemblables. F. Bezançon, J. de Jong et H. de Serbonnes, apportent, enfin, la lumière en distinguant la formule leucocytaire des tuberculeux pulmonaires aux différents *stades évolutifs* (1910).

Arneth (1904 et 1905), puis F. Arloing et M. Genty (1910) montrent que dans la tuberculose pulmonaire, on observe une augmentation des *groupes leucocytaires neutrophiles* à un ou deux noyaux, et indiquent l'importante valeur séméiologique de ces variations de la *figure neutrophile du sang* en phtisiologie.

La bacillémie tuberculeuse. — Déjà en 1866 Villemin avait montré que le sang recueilli dans l'artère fémorale d'un lapin tuberculeux, ou extrait des malades phtisiques au moyen de ventouses, et inoculé sous la peau de lapins sains, rendait ces animaux tuberculeux. Plus tard, Weichselbann (1884) met en évidence des bacilles par l'examen microscopique du sang de trois sujets morts de tuberculose miliaire aiguë.

Néanmoins, lorsque en 1882, Landouzy individualisa en clinique l'infection bacillaire aiguë sous la dénomination de *typho-bacillose* on n'admettait pas qu'en dehors de la granulie et de quelques rares cas de phtisie chronique (environ 2 p. 100) le sang pût renfermer des bacilles.

Mais le perfectionnement des méthodes de recherche allait montrer que cette opinion n'était pas justifiée et qu'au contraire la bacillémie est en réalité fréquente.

Jousset (1903) en proposant son ingénieuse *méthode inoscopique* fit faire un grand pas à la question. Au surplus il indiquait les signes capables de faire soupçonner, en clinique, l'existence d'une bacillémie tuberculeuse sur la fréquence de laquelle il insistait tout particulièrement.

Dès lors les travaux (que nous ne pouvons citer ici) se multiplient. Contentons-nous de rappeler les recherches de L. Massol et M. Breton (1913), qui par la transfusion directe du sang d'un cobaye tuberculeux à un cobaye sain montrent la constance de la bacillémie dans l'infection expérimentale de ces animaux.

Landouzy et Laederich (1913) tuberculisent le cobaye avec l'inoculation d'un nodule d'*érythème noueux*, éruption caractéristique d'une bacillémie tuberculeuse.

Les infections associées. — Depuis R. Koch, sans preuves bactériologiques nettes, on faisait jouer un rôle considérable aux infections associées dans la tuberculose. En 1906, Halbron s'élève contre cette conception et montre que le bacille de Koch est capable d'expliquer toutes les lésions de la tuberculose. Straus, Vaquez, Lemière, puis Piéry, Merieux et Gliksmann en 1921, Bezançon et Chevalley en 1923 obtiennent toujours des hémocultures négatives, même au cours de la fièvre hectique. Signalons toutefois que, exceptionnellement, des auteurs ont pu mettre en évidence dans le sang de certains phtisiques des microbes d'infections secondaires (P. Courmont).

Les réactions humorales du sang des tuberculeux et l'immunité anti-tuberculeuse. — En 1891, R. Koch montrait que chez un cobaye atteint d'infection tuberculeuse expérimentale une réinoculation pratiquée quatre à six semaines après la première inoculation se borne à provoquer un simple abcès local, rapidement guéri par nécrose et cicatrisation.

Mais il fallut les expériences ultérieures de Calmette et Guérin (1908), de Romer et Joseph (1909), de G. Finzi (1911), de F. Bezançon et Serbonnes (1912), de Schieck (1911) pour montrer que le phénomène de Koch constitue le pilier fondamental de toute la doctrine moderne de prophylaxie antituberculeuse qu'allait édifier Calmette.

Les propriétés humorales du sang, les réactions de défense de l'organisme et le diagnostic de l'infection tuberculeuse. — Simultanément, depuis le début du siècle présent, les chercheurs, tant pour mettre en évidence les réactions de défense de l'organisme que pour établir un diagnostic, enfin certain, de l'infection tuberculeuse, allaient étudier les propriétés humorales du sang des tuberculeux.

Les recherches de Fr. Müller, de P. Fischer, de D. Abderhalden, de D. Opie et de Bertha-Barbier (1908-1909) montrent que les polynucléaires neutrophiles contiennent une *protéase* capable de digérer les matières albuminoïdes.

N. Fiessinger et P.-L. Marie (1910) découvrent une *lipase* dans le sérum des sujets tuberculeux.

A la suite de la découverte des *lysines* par Maurice Nicolle (1908), de nombreux auteurs mettent en évidence, sinon l'existence de *lysines* tuberculeuses, du moins celle d'un véritable pouvoir lytique dans le sérum des organismes tuberculeux immunisés [Caggia Figari et Marzagalli et les élèves de Maragliano (de Gênes)].

S. Arloing (1898) présente les premières recherches systématiques sur le pouvoir agglutinant du sérum et des diverses humeurs des tuberculeux. En collaboration avec P. Courmont, à l'aide de cultures *homogènes* de bacilles de Koch, il établit le *séro-diagnostic* et le *séro-pronostic* de la tuberculose.

Les découvertes successives de von Behring, de Metchnikoff et surtout de Jules Bordet montraient la production dans les organismes vivants de *sensibilisatrices* ou *anticorps*, en suite de l'introduction de microbes, d'éléments figurés, de substances albuminoïdes. Bordet et Gengou, par la réaction dite de « fixation », fournissaient le moyen pratique de mettre en évidence ces anticorps dans un sérum.

F. Widal et L. Le Sourd (1901), Camus et Pagniez (1901) appliquent les premiers la méthode de déviation du complément au diagnostic de l'infection tuberculeuse chez l'homme, et Bordet et Gengou (1903) à celui de l'infection expérimentale. Malheureusement, Armand-Delille, Hillemand et Lestocquoy (1922), Rist, M. Piéry, Merieux et Gliksmann (1922) montrent que la réaction de fixation n'a de valeur pratique ni pour le diagnostic ni pour le pronostic.

III

LA TUBERCULOSE ET LES AFFECTIONS DU SANG ET DU TISSU HÉMATOPOIÉTIQUE

Les progrès de l'hématologie, dès la fin du siècle passé, allaient permettre simultanément d'attribuer a la tuberculeuse nombre de cas d'affections ou de grands processus hématologiques.

La chlorose tuberculeuse. — « Je me défierai toujours, écrivait déjà Guéneau de Mussy, de ces chloroses qui apparaissent dès l'enfance et qui persistent après la puberté. »

Hanot considère la *chlorose* comme une manifestation de l'hérédodystrophie paratuberculeuse portant sur les tissus hématopoiétiques comme elle peut porter sur le cœur et les vaisseaux. Hayem, Jolly se rallient successivement à cette théorie. Landouzy et M. Labbé (1906) décrivent une *tuberculose à forme chlorotique*.

L'anémie pernicieuse tuberculeuse. — L'anémie des tuberculeux peut également revêtir l'aspect de l'*anémie pernicieuse*, Pater et Rivet (1905), Ribadeau-Dumas et Fernet (1907), M. Labbé et Agasse-Lafont (1908), Courmont et Dufourt, Bichel publient des observations d'anémie pernicieuse à forme plastique. L. Tixier (1909) rapporte l'observation d'une forme aplastique. A propos de leur observation Roque, Chalier et Nové-Josserand ont insisté sur l'intensité de la sclérose splénique; ils y voient le processus hémolytique causal.

Les états leucémiques tuberculeux. — A côté des syndromes anémiques, la tuberculose est tout aussi capable de réaliser certains *états leucémiques*. On peut même dire que des observations ont été fournies de tous les types d'états leucémiques.

C'est ainsi que les observations de *leucémie chronique myéloïde* sont évaluées par Nanta, à 36 cas en 1913, et à 54 observations par Rietti en 1917. Ajoutons-y l'intéressante et récente observation de Bonnamour et Chapuis (1921).

Les observations de *leucémie lymphoïde chronique tuberculeuse* apparaissent exceptionnelles. A notre connaissance ce sont des cas de lymphadénie tuberculeuse aleucémique, devenus secondairement leucémiques (Weil et Clerc, Préti).

Quant aux états *subleucémiques*, latents ou atténués d'origine tuberculeuse ils ne sont pas rares. Les observations de *lymphomatose aleucémique* d'origine tuberculeuse sont loin d'être rares (6 observations de L. La Roy, 1907).

Enfin le rôle de la tuberculose dans la genèse des *leucémies aiguës* apparaît de plus en plus considérable. Les observations de Coley et Erving, de Arnolt, de Hirschfeld (1912), de Pissavy, Salmon et Mlle Bernard en font foi.

Les états hémorragipares tuberculeux. — L'intervention de la tuberculose à l'origine d'un *purpura* est plus anciennement connue.

Forget, Leudet, Charcot décrivent un *purpura avec hémorragies* multiples, mortelles pouvant s'observer dans la phtisie chronique, plus rarement que dans la phtisie aiguë. Hanot et L. Andral signalent, en ces cas, la relation du purpura avec une complication rénale grave, Grancher avec une altération nerveuse du foie.

Puis ce sont les divers types cliniques du purpura : *purpura simple* ou *rhumatismal*, la *maladie de Werlhof*, *purpura hémorragique*, les *purpuras infectieux*, qui peuvent être tous réalisés par le bacille de Koch ou ses toxines (Bensaude et Binet).

Enfin L. Rénon et Ch. Richet fils ont insisté sur certains *états hémorragiques larvés* au cours de la tuberculose, avec retard de la coagulation du sang.

IV

Rien n'est intéressant, on le voit, comme l'évolution des idées et des recherches sur le sang des tuberculeux.

Dès le XVIe siècle les esprits sont orientés vers lui et des conceptions qui ne pouvaient être que théoriques, voire presque philosophiques, vont jusqu'à guider la thérapeutique de la phtisie.

Vers la fin du siècle passé et au début du siècle présent, nous assistons à la magnifique moisson des faits de l'hématologie et de la bactériologie modernes. Bacillémie tuberculeuse, réactions humorales ont, toutefois, de la peine à s'établir.

Enfin dans l'étiologie des maladies du sang, qui ne paraît pas non plus passionner les chercheurs, apparaît la tuberculose. Une chlorose tuberculeuse, des purpuras tuberculeux sont isolés; mais surtout ils apparaissent comme relevant, au premier chef, ainsi que le disent Antonin Poncet et R. Leriche, de la *tuberculose inflammatoire*. Et ainsi la tuberculose du sang n'échappe pas à la règle suivie par l'évolution des connaissances pour les diverses localisations de l'infection tuberculeuse : la première étape marque l'étude du sang chez les phtisiques, la seconde nous montre l'agent de la maladie au sein même du tissu sanguin réalisant la tuberculose du sang, enfin la troisième nous montre l'existence d'une tuberculose sans signature anatomique ou bactériologique, la tuberculose inflammatoire du sang (1).

---

(1) Voir pour l'évolution des abcès sur la tuberculose : M. Piéry et Roshem. *Histoire de la tuberculose* (sous presse) [Bibliothèque de la tuberculose], Paris G. Doin.

BIBLIOGRAPHIE

Arloing (S.). *C. R. de l'Acad. des sciences*, 9, 16 et 31 mai 1898.

Arloing (S.) et P. Courmont. Sur la valeur de la séro-réaction pour le diagnostic précoce de la tuberculose, *Presse méd.*, 1er sept. 1900.

Arloing (F.) et Genty. Sur quelques particularités hématologiques dans la tuberculose pulmonaire. La « figure du sang » d'Arneth, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 mars 1910, n° 2, p. 236-248.

Barbier et Ravry. Note sur la reconstitution du sang chez les enfants tuberculeux du sanatorium de l'hôpital Hérold, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 janv. 1906.

Bertha Barbier. *Journ. of exp. med.*, 1907, p. 645; 1909, p. 686.

Bezançon (F.) et M. Labbé. *Traité d'hématologie*, Steinheil, Paris 1904.

Bezançon (F.), S. I. de Jong et H. de Serbonnes. La formule hémoleucocytaire de la tuberculose, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, janv. 1910.

Bezançon, Griffon et Philibert. Recherche du bacille de la tuberculose dans le sang par homogénéisation du caillot,

Bonnafox-Demalet. *Traité sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire*, Paris 1804, p. 44.

Biot (R.). Recherche des antigènes et des anticorps dans le sérum et l'urine des tuberculeux, *Th. de Lyon*, 1914.

Bonnamour et Chapuis. Leucémie myéloïde et tuberculose, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 7 juin 1921.

Bordet et Gengou. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1903, p. 35; — *Acad. des sciences*, 3 août 1903, t. CXXXVII, p. 351.

Cade, Morel et Roubier. Quelques observations sur le sang des tuberculeux et des cancéreux, résistance globulaire, dosage des albumines coagulables du sérum, *XXXVIIe Congrès pour l'avanc. des sciences*, Clermont 1908.

Calmette. *L'Infection bacillaire et la tuberculose. La bacillémie tuberculeuse*, 1920, p. 216, Paris, Masson.

Camus et Pagniez. *Soc. de biol.*, 6 juillet 1901.

Claude (H.) et Zaki (A.). Recherches sur les modifications du sang dans la tuberculose et particulièrement dans la tuberculose expérimentale, *Revue de la tuberculose*, juillet 1902, n° 2.

Courmont (P.) et Dufourt (A.). Sur l'anémie pernicieuse tuberculeuse, *Gaz. des hôpit.*, 28 fév. 1912.

Fernel. *Patholog. de morbis pulmon.*, lib. V, chap. x, p. 458, obs. Plater.

Fiessinger (N.) et Marie (P.-L.). *Soc. de biol.*, 10 et 17 juillet 1909; — *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1897, vol. CXXIII, p. 831, et vol. CXXXV, p. 235.

Grawitz. *Klin. Pathol. des Blutes*, Berlin 1896, p. 270.

Grezel (H.). Contribution à l'étude du syndrome de l'anémie pernicieuse chez les tuberculeux, *Th. de Lyon*, 22 janv. 1914, n° 99.

Halbron (P.). Tuberculose et infections associées. Etude critique et expérimentale, *Th. de Paris*, 1906.

Haller (de). *Eléments de physiologie*, t. III.

Hayem. *Du Sang et de ses altérations anatomiques*, Paris 1889, p. 754 et 924.

Hénocque. Des applications de l'analyse spectroscopique du sang à l'étude de la marche et des médications de la tuberculose, *IIe Congrès de la tuberculose*, Paris 1891, p. 632.

Jousset. Nouvelle méthode de recherche des bacilles tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 janv. 1903; — L'inoscopie, *Semaine méd.*, 1903; — Des septicémies tuberculeuses, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1903, p. 519; — Bacillémie tuberculeuse, *Congrès intern. de la tub.*, 1905, p. 428; — *Le Nourrisson*, mai 1915.

Labbé (M.). Chlorose tuberculeuse, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 oct. 1904; — Les anémies des tuberculeux, *Revue de méd.*, 1906, p. 225.

Landouzy et M. Labbé. Tuberculose à forme chlorotique, *Congrès intern. de la tub.*, Paris 1905, p. 506.

Landouzy et Laederich. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 18 nov. 1913.

La Roy (L.). Etude anatomo-pathologique et clinique de la tuberculose à masque pseudo-leucémique, *Arch. intern. de chir.*, 1907, t. III, p. 6.

Lieutaud. *Précis de médecine pratique*, 1776, 3 vol. in-12.

Malassez. De la richesse du sang en globules rouges chez les tuberculeux, *Bull. de la Soc. anat.*, 17 avril 1874, p. 287.

Massol et Breton. *Soc. de biol.*, 4 janv., 19 avril et 29 nov. 1913.

Morgagni. *De sed. et caus. morbor. epist.*, 1761, t. XXII, art. 10.

Œlsnitz (Michel d'). La leucocytose dans la tuberculose et spécialement dans plusieurs formes de tuberculose infantile, *Th. de Paris*, 1903.

Pavillard. Recherches sur la leucocytose dans la tuberculose pulmonaire, *Th. de Paris*, 1900.

Piéry, Merieux et Gliksmann. Contribution à l'étude des infections secondaires dans la tuberculose pulmonaire, *Lyon méd.*, 24 oct. 1921; — Valeur pronostique de la déviation du complément dans la tuberculose pulmonaire, *Soc. d'études scient. de la tub.*, 1922.

Poncet (A.) et Leriche (R.). *La Tuberculose inflammatoire*, Bibliothèque de la tuberculose, Paris 1912, O. Doin.

Portal. *Observations sur la nature et sur le traitement de la phtisie pulmonaire*, Paris 1792, p. 525, du Pont.

Richard (G.). Le sang des tuberculeux. Recherches hématologiques, *Province méd.*, 2 mai 1908, n° 18, p. 205-210.

Simon et Spillmann. Les éléments figurés du sang dans la tuberculose pulmonaire, *Congrès intern. de la tub.*, 1905, p. 432.

Stahl (E.). *De Phtisiologica*, 1704.

Sydenham. *Processus integri in omnibus morbis*, p. 428.

Tixier. Anémie grave de type pernicieux chez un tuberculeux, *Revue de la tub.*, 1909, p. 199.

Tozzi. *Comment.*, in Hippocrate, lib. VII, aphor I, Naples 1693, 2 vol. in-4.

Weil (P.-E.) et Coste. Leucémie et tuberculose, *Presse méd.*, 23 nov. 1921.

Widal et L. Le Sourd. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 6 juillet 1901.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1926)

M. le Président, en ouvrant la séance, prononce l'éloge des membres disparus pendant les vacances : Thibierge, le grand dermatologiste, l'homme au caractère élevé et aux convictions profondes qui ne comptait que des amis et des admirateurs; Vidal (d'Hyères), le doyen des correspondants nationaux; l'illustre neurologiste Golgi (de Pavie), doyen des associés étrangers.

Journées médicales montpelliéraines. — L'Académie désigne MM. Calmette, Vincent et Forgue pour la représenter aux Journées médicales de Montpellier qui auront lieu au mois de novembre.

De la nécessité d'informer les médecins de l'apparition de la variole dès que sa présence est reconnue. — M. L. Camus. C'est vers la fin de la deuxième semaine de septembre qu'ont apparu presque simultanément dans six arrondissements de Paris et dans trois communes de la banlieue les premiers cas de variole de l'épidémie qui sévit actuellement. Cette multiplicité des foyers d'infection fit tout de suite craindre que les victimes fussent nombreuses, car s'il est relativement facile au Service d'hygiène de la Ville d'arrêter l'infection variolique quand elle se manifeste en un seul point, il lui est beaucoup moins aisé d'agir efficacement et avec certitude quand les germes infectieux se montrent simultanément en de nombreux endroits. Cette multiplicité des foyers est l'indice que des germes varioliques ont échappé dès l'origine à la désinfection ou que certains malades légèrement atteints sont restés inconnus, n'ont pas été isolés et ont propagé l'infection.

On comprend tout de suite, sans qu'il soit besoin d'insister, de quelle importance est dans la circonstance la collaboration de tous les praticiens pour dépister tous les sujets porteurs de germes et pour obtenir leur isolement.

Or, il n'a pas été possible d'informer en temps voulu, rapidement et discrètement comme il convient, tous les médecins de Paris, et c'est à grand'peine que le service des épidémies de la Préfecture de police, malgré son zèle bien connu, a pu en quelques jours adresser aux praticiens des XVIIIe et XIXe arrondissements une notice destinée à leur faciliter le diagnostic de la variole.

Une amélioration de la rapidité des relations des services d'hygiène avec les praticiens s'impose, car il est indispensable non seulement aux services d'hygiène de recevoir rapidement les déclarations médicales qui sont obligatoires, mais il est aussi nécessaire parfois, pour le bon fonctionnement du service d'hygiène, que les praticiens soient renseignés sur la présence de la variole.

Un médecin qui ignore la présence de la variole peut laisser passer sans en faire la déclaration les formes frustes de cette maladie, et les porteurs de germes infectieux deviennent secondairement l'origine de foyers d'infection très importants. En l'absence de tous renseignements sur l'existence de la variole dans la région un médecin peut également méconnaître la nature de certaines formes foudroyantes de variole hémorragique.

Depuis trois mois existe à peu de distance de Paris un foyer de variole qui a été découvert par le médecin départemental d'hygiène. Ce foyer qui a peut-être contribué à provoquer l'épidémie parisienne actuelle, a été le point de départ d'une longue série de transmission de germes infectieux qui eût été facilement interrompue si les médecins eussent été avertis de l'existence de la variole dans la région.

Nouvelle méthode de prophylaxie des accidents rachi-anesthésiques (par injections intraveineuses de liquide céphalo-rachidien). — M. C. Daniel (de Bucarest). « Après une rachi-anesthésie, on peut observer divers accidents de choc qui se traduisent par des symptômes multiples et variés, consistant particulièrement en troubles vasculo-nerveux et en désordres fonctionnels de tous les viscères et appareils organiques et qui se rattachent, sans conteste, à la pathologie du système nerveux végétatif.

Ces phénomènes que nous supposons d'ordre anaphylactique semblent, en effet, survenir de préférence chez des malades prédisposés, présentant une sensibilité spéciale pour l'anesthésique administré, ou chez ceux que M. Widal considère atteints d'une véritable « diathèse colloïdoclasique », ou chez d'autres que leurs troubles endocriniens ou végétatifs rendent plus sensibles.

Finalement on peut admettre que le déséquilibre vago-sympathique soit à la base des accidents post-rachi-anesthésiques.

Quoi qu'il en soit, dans tous les cas, le terrain joue un rôle de premier ordre dans le déclanchement des accidents et les modifications que nous pourrions y apporter en préparant le malade avant l'anesthésie, en le vaccinant pour ainsi dire par différents procédés de désensibilisation ou d'anti-anaphylaxie seraient des plus efficaces.

Dans ce but, dans le courant de cette année, nous avons les premiers pratiqué des injections intraveineuses de liquide céphalo-rachidien. Toutefois, nous avons tenu à effectuer nos expériences en injectant le liquide extrait par ponction lombaire par voie sous-cutanée avant de recourir à la voie intraveineuse.

Après les injections intraveineuses :

a. Les résultats immédiats furent encore meilleurs : le pouls s'accélère après deux à trois minutes allant jusqu'à 100 et 110 pulsations pour revenir à la normale après un quart d'heure environ ; la respiration s'accélère légèrement pendant les cinq à six minutes qui suivent l'injection ; le facies reste coloré pendant toute la durée de l'opération ; il y a silence abdominal complet, sans nausées et sans vomissements.

b. Les résultats tardifs, excellents dans la grande majorité des cas ; sur les 66 injections, 4 seulement de céphalées passagères à partir du troisième jour.

Quel est le mécanisme physiologique de cette méthode ? Il est évident que nous ne pouvons pas en donner aujourd'hui une explication précise et définitive. Il nous semble que le liquide céphalo-rachidien introduit dans la circulation sanguine a une double action mécanique et humorale.

Partant de l'hypothèse que les accidents postrachi-anesthésiques sont d'ordre anaphylactique déterminés par un déséquilibre vago-sympathique, nous pensons que l'injection préparante de liquide céphalo-rachidien introduit en petite quantité dans le torrent circulatoire pourrait déterminer un petit choc qui produit la désensibilisation de l'organisme pour un temps plus ou moins long, et dont le résultat est de le préserver contre la crise de choc provoquée par la pénétration de l'anesthésique. »

REVUE DES THÈSES

Séro-diagnostic du cancer par la réaction de Botelho. Réaction azoto iodo-iodurée avec correction de l'index réfractométrique des sérums (1), par le docteur Béatrix Tedesco-Polack.

Conclusions. — 1° Les examens pratiqués sur 200 malades nous ont montré que la réaction de Botelho peut donner :

90,4 p. 100 de résultats positifs dans les cas de cancer ;

85,5 p. 100 de résultats négatifs avec les sérums non cancéreux.

Nous n'avons toutefois obtenu ces résultats qu'en ramenant au préalable nos sérums à un indice réfractométrique variant entre 78 et 80 p. 1.000 d'albumine.

Sans cette correction réfractométrique nous n'aurions obtenu que :

42 p. 100 de résultats positifs dans les cas de cancer ;

83,6 p. 100 de résultats négatifs dans les autres cas.

2° Il est donc nécessaire de pratiquer la réaction de Botelho avec la correction réfractométrique.

C'est certainement parce qu'ils n'ont pas pratiqué cette correction que quelques auteurs ont obtenu avec cette réaction des résultats peu favorables.

3° Après ablation chirurgicale :

Dans 17 cas de cancer, 12 malades examinés à plusieurs reprises ont conservé une réaction positive : or, l'examen clinique a montré que dans ces 12 cas il existait encore des lésions cancéreuses.

Chez 4 malades, la réaction est devenue négative, et cliniquement, en effet, on n'a plus constaté de cancer. La séro-réaction et l'examen clinique aboutissaient à la même conclusion : absence de lésions cancéreuses. Chez un seul malade la réaction est devenue négative, bien qu'il fît à ce moment une récidive.

21 malades traités par les rayons X ou le radium présentaient avant le traitement une réaction positive.

6 d'entre eux ont eu après traitement une réaction négative. Ceux-ci cliniquement paraissaient guéris.

12 autres malades examinés à plusieurs reprises ont conservé une réaction positive ; l'examen clinique de ces 12 cas nous a montré que le cancer continuait d'évoluer malgré le traitement suivi.

Une seule malade atteinte d'une petite récidive d'un sarcome de l'orbite, traité par le radium, et qui semblait être guérie depuis plusieurs mois, continue à nous donner des réactions positives ; peut-être y a-t-il une récidive profonde que nous aurions méconnue.

Chez 4 de ces malades, la réaction s'est maintenue positive alors que l'examen clinique nous les faisait considérer comme guéries. Or, peu de temps après nous avons pu constater des signes de récidive.

De plus, 7 malades, primitivement atteintes de cancers du col utérin vérifiés histologiquement, mais dont nous n'avions pas eu l'occasion alors de pratiquer la réaction, présentent actuellement, après traitement par les irradiations, un Botelho nettement négatif en même temps qu'elles sont, cliniquement, considérées comme guéries.

Nous ajoutons que chez un certain nombre de nos malades

(1) *Th. de Paris*, 1926.

nous avons pu suivre le passage de la réaction de l'état positif à l'état négatif à travers les stades intermédiaires, à mesure qu'au cours de leur traitement l'état de ces malades paraissait s'améliorer. L. G.

Lithiase biliaire et tubage duodénal (1), par le docteur Roger Le Clerc, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Conclusions. — 1. Le tubage duodénal permet grâce à l'épreuve de Meltzer-Lyon et aux épreuves similaires de soupçonner les lésions de la vésicule biliaire; la constatation de cristaux nets de cholestérine dans la bile retirée, et la faible teneur de la bile en cholestérine soluble, permettent de poser le diagnostic de lithiase dans un grand nombre de cas. On peut ainsi distinguer par le tubage les cholécystites lithiasiques et les cholécystites non lithiasiques. La constatation d'une bile B normale permet d'éliminer un diagnostic de lésion vésiculaire lithiasique.

2. La lithiase biliaire cholestérinique a pour substratum une « hyposolubilité » du lipoïde qui est en partie précipité sous forme des cristaux typiques bien connus. La filtration de la bile, les dosages et l'examen microscopique mettent en évidence ces deux faits.

3. La constatation de cristaux de cholestérine dans la bile « A » des lithiasiques chez des sujets à vésicule exclue et à cholédoque perméable montre que l'origine des précipitations cholestériniques (comme peut-être celle des pigments) se fait au-dessus de la vésicule, au niveau du foie.

4. La cause même de cette précipitation nous échappe encore; on peut, dès à présent, incriminer une insuffisance hépatique, soit une insuffisance de sécrétion des solvants (M. Grigaut), soit plus simplement une mauvaise élaboration intra-hépatique, partielle ou totale, de la cholestérine. L'hypercholestérinémie serait secondaire et due à la rétention.

5. La lithiase biliaire à cholestérine est indépendante de l'infection microbienne de la bile; l'infection est en revanche la cause principale ou peut-être unique des calculs pigmentaires, et intervient dans la pathogénie des calculs mixtes.

6. La lithiase biliaire, d'après les constatations du tubage duodénal est une affection qui semble procéder par poussées évolutives espacées, que l'on pourra essayer de déterminer et de limiter par une thérapeutique appropriée.

Considérations sur le traitement de la syphilis au cours de la grossesse par les injections sous-cutanées de sulfarsénol (2), par le docteur René Derennes.

Conclusions. — I. Le sulfarsénol est le sel sodique de l'éther sulfureux acide du méthylolaminoarsénophénol.

II. En raison des qualités spéciales qu'il tient de sa constitution chimique : très grande solubilité, stabilité remarquable, toxicité très faible; en raison de son action curative certaine dans toutes les manifestations de la syphilis, le sulfarsénol est un des médicaments les plus intéressants à employer dans la lutte contre la syphilis.

III. La possibilité d'administrer le sulfarsénol par la voie sous-cutanée ou intramusculaire, confère à cet arsénobenzol un réel avantage sur les autres arsénobenzènes et autorise particulièrement son emploi chez les intolérants, les fragiles et les femmes enceintes.

IV. Utilisé en injections sous-cutanées, dans le traitement de la syphilis des femmes enceintes, le sulfarsénol est sans danger, à condition d'être administré d'une manière correcte, à doses faibles, progressivement croissantes et suffisamment espacées. Il nous paraît aussi efficace que n'importe quel autre médicament, assure une disparition rapide des accidents spécifiques en évolution, et permet la naissance à terme d'enfants vivants. Le pourcentage de déchet, dans les observations que nous avons recueillies, est au moins égal, sinon inférieur, à celui de tout autre traitement.

V. Les femmes enceintes syphilitiques que nous avons mises au traitement par des injections sous-cutanées de sulfarsénol, à des époques variables de leur grossesse, ont toutes accouché d'un enfant vivant. Ces enfants qui étaient d'apparence saine étaient tous en vie le huitième jour après leur naissance. On continuera chez eux, par prudence, le traitement pendant la première enfance.

VI. Les injections ont été bien supportées dans la majorité des cas. Les phénomènes réactionnels précoces ne sont pas fréquents. Nous n'avons jamais observé d'érythrodermie généralisée desquamative, d'ictères, ni de crises nitritoïdes. L'albuminurie, quand elle existait, n'a pas été augmentée et a pu même disparaître. Les traitements que nous avons effectués n'ont provoqué ni accidents génitaux, ni métrorragies, ni avortements. Nous n'avons constaté qu'un seul accouchement prématuré.

VII. En résumé le sulfarsénol nous paraît devoir occuper une place importante dans la série des arsénothérapies de la syphilis, au cours de la grossesse. En raison de sa forte activité thérapeutique, de sa nocivité minima, de son indolence et surtout de la facilité de son mode d'administration, le traitement des femmes enceintes syphilitiques par le sulfarsénol, permet une thérapeutique intensive s'accompagnant de résultats cliniques et sérologiques, pour le moins tout aussi rapides que ceux obtenus par la voie veineuse et les arsénobenzènes jusqu'ici utilisés. L. G.

Monographie du chancre mou. Etude clinique et bactériologique. Notre traitement par vaccinothérapie locale (1), par le docteur J. Hababou-Sala, chef de laboratoire à l'Institut d'hygiène de Strasbourg.

Conclusions. — 1° Notre milieu solide, à l'œuf de Besredka modifié, coulé en boîtes de Pétri, est très favorable à l'isolement direct du bacille de Ducrey.

2° Sur nos différents milieux, le streptobacille se conserve très bien pendant longtemps à la température ordinaire du laboratoire.

3° Nous donnons ici plusieurs chapitres sur l'étude complémentaire de ce microbe.

4° Le Ducrey donne une lésion locale propre au tissu ectodermique.

5° Cette lésion est guérissable par notre filtrat-vaccin spécifique aux strepto-bacilles. Cette guérison a lieu par pansements locaux avec une rapidité qu'aucun autre traitement n'a obtenue jusqu'à ce jour.

6° Le bubon est guérissable d'une façon plus manifeste; cette rapidité s'explique par le fait que dans le bubon il n'y a pas de microbes associés s'il n'est pas ouvert.

7° Quand on compare nos résultats avec ceux acquis par nos prédécesseurs, quand on pense qu'un bubon durait quatre à six semaines pour guérir si l'on ne recourt pas aux vaccins anti-Ducrey, on voit réellement que nous avons par notre méthode un moyen rationnel de guérir sans faire souffrir, autant dire de hâter la suppression de cette maladie vénérienne qui est le plus souvent si longue à soigner. L. G.

La Tuberculose pseudo-néoplasique du sein (2), par le docteur Aimé Kanoui, ancien interne des hôpitaux.

Conclusions. — I. Il existe une forme pseudo-néoplasique de la tuberculose du sein (cas particulier des tuberculoses pseudo-néoplasiques en général).

II. Elle est le plus souvent primitive.

III. Les symptômes sont ceux du cancer.

IV. Elle est caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par :

A. L'aspect macroscopique d'une tumeur maligne épithéliale ou conjonctive;

B. L'aspect microscopique soit :

a. D'un abcès froid du sein avec une coque fibreuse très dense;

b. D'une édification tuberculeuse des culs-de-sac glandulaires avec, autour, réaction fibreuse intense;

c. D'une édification tuberculeuse du tissu conjonctif avec prolifération adénomateuse ou kystes par rétention des culs-de-sac glandulaires.

(1) *Thèse de Paris*. — Paris, Arnette.
(2) In-8. Lyon, Imprimerie Bosc frères et Riou, 42, quai Gailleton.

(1) *Th. de Paris*, 1926. — Paris, Jouve et Cie.
(2) *Th. d'Alger*, 1926.

V. La gravité de l'affection est surtout d'ordre local.

VI. Son traitement consiste dans l'ablation totale de la glande et des ganglions sans toucher au grand pectoral.

L. G.

Applications générales et locales de l'insuline en chirurgie (1), par F. Lumière.

Cette Thèse est divisée en trois parties : L'insuline en vue de l'acte opératoire; l'insuline dans les complications chirurgicales du diabète en dehors de l'acte opératoire; l'insuline dans la cicatrisation des plaies en dehors du diabète.

L'auteur arrive à ces conclusions :

1° Nécessité indiscutable de la cure d'insuline chez tout diabétique même aglycosurique devant subir une intervention;

2° Nécessité du traitement à l'insuline dans les complications chirurgicales du diabète, en particulier les accidents cutanés;

3° Intérêt d'essayer le traitement à l'insuline générale ou locale dans toute plaie atone, même chez des sujets non diabétiques; on peut obtenir de très bons résultats. L. G.

A TRAVERS LES CONGRÈS

NOTE SUR LA MÉDICATION IODÉE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. L'IODE RADIO-ACTIF ET LE PROCESSUS D'ÉVOLUTION (2).

Par le docteur Léon David (de Paris).

Le docteur Léon David donne quelques nouvelles précisions en ce qui concerne les effets de l'iode sur le processus évolutif de la tuberculose pulmonaire.

Revenant d'abord sur l'indication générale de l'iodothérapie anti-bacillaire, il la résume en quelques mots : *Est tributaire de l'iode toute tuberculose à lésion limitée et à évolution lente.*

C'est là une règle sage et qui, si elle est suivie, ne donne que de bons résultats.

Il utilise la voie intramusculaire et administre, par conséquent, des iodés injectables. Ses préférences vont à l'iode camphré radioactif, qui lui apparaît comme une heureuse mise au point de la méthode, et son modus faciendi consiste à injecter, pendant des séries de trente jours, une ampoule de 1 centimètre cube par jour. Chaque série est séparée de la précédente par un intervalle de quinze où il cesse la médication.

Il possède 38 observations de tuberculose pulmonaire unilatérale, parfois bilatérale localisée, à évolution lente, dont la lésion est habituellement fibro-caséeuse ou fibro-scléreuse, avec ou sans emphysème.

Il a également des cas de tuberculose abortive, de lésions pleurales et de cortico-pleurites bien localisées.

Sur ce nombre, 31 malades ont été sérieusement améliorés par la thérapeutique iodée. Les phénomènes toxémiques étaient en général peu graves : la température ne dépassant guère 38 degrés, la tachycardie 120. La pression artérielle était de 12-7 en moyenne au Pachon.

Le premier résultat que donne l'injection de l'iode organique radio-actif, résultat qui ne manque jamais, est une sensation de bien-être, une euphorie générale, une diminution constante de l'asthénie.

Puis, la fièvre s'abaisse et les lésions s'assèchent. En troisième lieu, le poids du corps augmente, la tachycardie diminue, la pression s'améliore, en un mot le processus évolutif est nettement modifié.

L'auscultation, contrôlée par la radiographie, montre l'arrêt de l'évolution pulmonaire. La régression s'opère ensuite et la prédominance fibreuse s'établit. L'expectoration très diminuée montre une raréfaction des bacilles et, dans les cas où l'on constate l'assèchement des lésions, l'absence de tout bacille — au moins pour une certaine période — représente, au bénéfice du traitement, une action préventive anticontagieuse appréciable.

Il insiste sur ce fait de grande importance : le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iode radioactif amène l'arrêt de l'évolution morbide, la disparition des signes de toxicité bacilaire.

L'action eupnéique et tonicardiaque du camphre, dont il faut également tenir compte, ne peut cependant être que minime et passagère, en raison de la faible quantité de ce médicament contenue dans les doses injectées.

En résumé, ses conclusions thérapeutiques permettent d'établir que l'iode agit dans la tuberculose pulmonaire chronique par deux propriétés physiologiques, différentes mais conjuguées :

1° Une action antitoxinique directe, déjà signalée par nombre d'auteurs;

2° Une action stimulo-défensive générale grâce à une importante phagocytose, qui ramène ce que Calmette appelle « la formule de défense ».

(1) *Th. de Paris*. — Prix : 6 fr. — Paris, Jouve.

(2) Communic. au Cong. pour l'avanc. des sciences (juillet 1926).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 6 JUILLET 1925 SUR LA RÉVISION DES BAUX A LONGUE DURÉE

INAPPLICATION A UN BAIL DE SIX, NEUF OU DOUZE ANNÉES A LA VOLONTÉ RÉCIPROQUE DES PARTIES

Pour qu'un propriétaire puisse invoquer le bénéfice de la loi du 6 juillet 1925 sur la révision des baux à longue durée, il est nécessaire qu'au 23 octobre 1919 au plus tard, le bailleur se soit engagé vis-à-vis de son locataire pour une durée supérieure à neuf années; il n'y a pas lieu à application de la loi lorsqu'un bail a été consenti pour six, neuf ou douze années à la volonté réciproque des parties, à partir du 1er octobre 1913. En effet, au 23 octobre 1919, le propriétaire ne se trouve engagé que pour neuf années, alors même qu'une modification serait intervenue postérieurement à cette date.

Par acte sous seings privés du 31 mai 1913, la dame M... a donné à bail au sieur B... pour six, neuf ou douze années à partir du 1er octobre 1913 et à la volonté réciproque des parties, un appartement situé à Paris. Par un autre acte du 18 mai 1920, il est intervenu entre les parties une convention aux termes de laquelle la troisième période qui devait facultativement commencer le 1er octobre 1922 a été rendue ferme, étant précisé, d'autre part, qu'à l'expiration de ladite période, le sieur B... bénéficierait de la prorogation légale de deux ans prévue par la loi du 9 mars 1918 et que le loyer serait augmenté de 500 fr. par an d'octobre 1920 à octobre 1922 et de 1.000 fr. pour les autres années.

La propriétaire demanda à B... une majoration de loyer par application de la loi du 6 juillet 1925, soutenant que, par l'effet de la convention précitée, le bail du 31 mai 1913 en cours au jour de sa demande avait une durée contractuelle de plus de neuf années.

B... fit observer qu'il n'y avait pas lieu d'accueillir la demande, parce que la convention du 18 mai 1920, modificative du bail, constituait un engagement nouveau ne tombant pas sous l'application de la loi du 6 juillet 1925.

Le Tribunal civil de la Seine (Section des loyers) lui a donné raison par son jugement du 24 décembre 1925.

« Attendu, dit-il, que pour pouvoir invoquer le bénéfice de la loi du 6 juillet 1925, il est nécessaire qu'au 23 octobre 1919 au plus tard la propriétaire se soit engagée vis-à-vis de son locataire pour un laps de temps supérieur à neuf années;

Attendu que tel n'est pas le cas, en l'espèce, la situation juridique des parties étant régie au 23 octobre 1919 par un bail ne liant pas la dame M... à l'égard de son locataire pour plus de neuf années, et postérieurement à cette date par une convention modificative, prorogeant à de nouvelles conditions les effets du bail dont s'agit pour une durée inférieure à neuf années. »

Cette solution nous paraît exacte, parce que s'il s'agissait d'un bail de six, neuf ou douze années, ce bail était *à la volonté réciproque* des parties; comme il avait commencé le 1er octobre 1913, il était loisible au propriétaire, dès avant le 24 octobre 1919, de le faire cesser, de telle sorte qu'il était

mal venu à venir prétendre qu'il s'était trouvé lié contractuellement pour plus de neuf années. La modification apportée par l'acte conclu *en 1920* ne pouvait rien changer à la situation.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1925-1926

DOCTORAT D'ÉTAT. — 328. AYMÉ. — Gymnastique respiratoire et rééducation.

321. BASTIEN. — Influence du type de ventilation pulmonaire apparente au repos sur la composition de l'air expiré.

314. BOHÊME. — Les lésions cotyloïdiennes dans les arthrites non tuberculeuses de la hanche du jeune âge.

308. CARILLON. — De l'étiologie endocrinienne et du traitement opothérapique du psoriasis.

309. CARROT. — Etude expérimentale de l'antagonisme du bacille pyocyanique et du streptocoque.

331. CHARLES. — La tuberculose tubaire localisée.

333. DESLOGES. — Les complications des fractures de la tête radiale et leur traitement chirurgical.

320. DUVAL. — De la dérivation des urines en amont de la vessie et spécialement de la néphrostomie et de l'urétérostomie.

305. GADEL. — Contribution à l'étude de la périduodénite sténosante essentielle.

329. GERBAUT. — L'hyperfonctionnement rénal compensateur dans les cardiopathies. Les liaisons cardio-rénales.

319. GROSJEAN. — Fractures spontanées multiples chez les rachitiques.

313. GRUEL (Mme) née Bocquet. — Sur quelques variations de la réaction du nitroso-indol dans les cultures du colibacille.

326. GUIBAL. — Contribution à l'étude du cancer de la vésicule biliaire.

322. HARTEMANN. — Le malaise de l'avortement thérapeutique.

334. JOCHUM. — De l'action de l'extrait spermatogénétique sur la polyurie et la glycosurie des diabétiques, sur l'élimination urinaire et l'excrétion uréique des sujets non diabétiques.

310. LAURENT. — De la thérapeutique des chocs dans la folie intermittente et les crises comitiales.

330. MERKLEN. — Le rythme du cœur au cours de l'activité musculaire et notamment des exercices sportifs. Recherches cliniques et expérimentales sur le mécanisme et les modalités de ses variations.

316. MICHEL. — La maladie de Graves-Basedow et les troubles du système nerveux organo-végétatif.

311. PETIT. — Les névrites postsérothérapiques.

332. RATIANO. — Contribution critique à l'étude clinique et thérapeutique de la méningite cérébro-spinale du nourrisson.

318. RENY. — Sur la différence de réfraction entre la macula et la région papillaire de l'œil humain.

306. ROSE. — Les fonctions thyroïdiennes chez les femmes tuberculeuses.

323. ROSENTHAL. — Contribution à l'étude de la tuberculose linguale.

325. ROUX JOFFRENOT DE MONTLEBERT (Mlle). — Etude descriptive expérimentale et critique des armymental-tests.

303. SIMON. — L'infection pneumococcique associée à l'infection tuberculeuse.

324. THOUVENIN. — Les incurvations et pseudarthroses congénitales de la diaphyse fémorale.

315. VUILLEMIN. — Des poussières au point de vue médico-légal.

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ. — 307. — FOUAD. — Contribution à l'étude du sérum des convalescents d'oreillons.

327. MILOVANOVITCH. — Contribution à l'étude des luxations du scaphoïde du pied.

304. MITROVITCH (Mlle). — Des lésions des sésamoïdes du gros orteil.

317. OBRADOVITCH (Mlle). — Contribution à l'étude de l'hématocolpos latéral.

312. PROTITCH. — La capacité pulmonaire apparente. Capacité vitale d'Hutchinson. Sa valeur comne critère fonctionnel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1925-1926

DOCTORAT D'ETAT. — 7. ADOUE. — Etude sur les contusions herniaires.

4. ASTRUC. — Périamygdalite phlegmoneuse abortive et affections qui la simulent.

19. BAUDOUIN. — Hôpital Paul Desbief et maladies des navigateurs.

30. BRUSTIER. — Contribution à l'étude spectrographique. De l'absorption des rayons ultraviolets par les alcaloïdes et les glucosides.

16. CHASSAING. — Contribution à l'étude de la gastrectomie dans le traitement de l'estomac biloculaire.

17. CRUSSOL (Mme), née CAZALS. — Des interventions chirurgicales sur le col de l'utérus gravide.

12. DODARD DES LOGES. — Le diéthyl-isopropyl-allyl barbiturate de diéthylamine dans les états psychopathiques et névropathiques.

26. DOUSSAIN. — La forme fruste du phlegmon périnéphrétique et les indications de son traitement.

35. DUCASSE. — La compression de l'œsophage par les anévrismes de l'aorte thoracique et son traitement chirurgical.

21. FAUR. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des hémorragies rétroplacentaires d'origine toxémique.

18. FONVIELLE. — L'anesthésie locale, ses applications en chirurgie générale et particulièrement en chirurgie abdominale.

20. FURBURY. — Vaccin de Levaditi. Parkinsonisme postencéphalitique.

29. GAYRAL. — Influence des radiations sur la nutrition de « l'aspergillus niger ».

33. GIRARD. — Le Comminges thermal et climatique.

25. GRADELS. — Contribution à l'étude de la syphilis des corps opto-striés.

10. HÉRAIL. — Troubles vésicaux dans les fibromes utérins.

28. HUC. — Complications cardiaques au cours du rhumatisme articulaire aigu guéries par l'emploi prolongé du salicylate de soude.

15. LAJUGIE. — Anomalies du syndrome humoral dans les méningites tuberculeuses.

34. LANCELOT. — Contribution à l'étude de la polyorchidie vérifiée histologiquement.

37. LANNE. — Contribution à l'étude du climat de Pau et prophylaxie de la tuberculose dans cette contrée.

3. MAURETTE. — Contribution à l'étude des métastases dans le cancer de la vessie.

8. MOURGUES. — Tuberculose, grossesse et pneumothorax artificiel.

23. PERRIN. — Tumeurs malignes du testicule chez l'enfant.

27. PHALIPOU. — Sur l'étude clinique des corps mobiles articulaires.

22. PIQUEMAL. — Réanimation expérimentale du cœur. Injections intracardiaques d'adrénaline au cours de la syncope chloroformique. (Travail du laboratoire de pathologie expérimentale.)

32. POULAIN DE LA FOSSE. — Vomissements incoercibles. Avortement thérapeutique.

11. PRIOU. — Sur la forme splénique pure de la leucémie lymphoïde chronique.

5. RIBAT. — Traitement des formes graves des pyélonéphrites gravidiques. Néphrotomie ou interruption artificielle de la grossesse ?

31. RICOUS. — L'invagination intestinale par anomalie d'accolement du gros intestin chez le nourrisson et chez le jeune enfant.

14. ROUCAIROL. — Du shock postpartum dans la toxémie gravidique.

13. SAVÈRE. — L'enfant à Bagnères-de-Luchon.

1. SENDRAIL. — Etudes de carcinologie expérimentale.

Recherches biologiques sur la phase précancéreuse et les stades initiaux de la cancérisation.

9. SERMET. — Cirrhose hypertrophique tuberculeuse de la rate.

24. SICARD. — Contribution à l'étude anatomo-clinique des hépatites syphilitiques tertiaires.

2. TROUETTE. — Contribution à l'étude des fractures spiroïdes fermées de jambe chez l'adulte et à leur traitement par la méthode orthopédique.

6. VIÉLA. — La capsule amygdalienne. Etude embryologique, histologique, anatomique et chirurgicale.

36. VITTE. — Le polype sinuso-naso-pharyngien.

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ. — 82. DANITCHITCH. — Contribution à l'étude des hernies paraduodénales droites.

84. KRSTITCH. — Mésentérite sclérosante et rétractile.

83. NEIMAN. — Anesthésie locale dans les luxations.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie médicale, par MM. BEZANÇON, Marcel LABBÉ, Léon BERNARD, J.-A. SICARD, A. CLERC, P.-Emile WEIL, PHILIBERT, S.-I. DE JONG, A. SÉZARY, Ch. FOIX, VALLERY-RADOT, G. VITRY, M. BLOCH, J. PARAF, THIERS.

Tome I : *Maladies infectieuses* (1), par Fernand BEZANÇON, professeur de clinique médicale (hôpital Saint-Antoine), à la Faculté de médecine de Paris, et André PHILIBERT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Tome II : *Maladies infectieuses* (2), par Fernand BEZANÇON et André PHILIBERT; INTOXICATIONS, par Léon BERNARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Laënnec, et Jean PARAF, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Les tomes II, IV et V du *Précis de pathologie médicale* se sont trouvés épuisés avant la publication des derniers volumes (tomes I, III, IV). Les auteurs en ont profité pour remanier le plan de l'ouvrage afin de donner aux matières exposées dans l'ouvrage toute l'étendue nécessaire à un enseignement de la pathologie médicale.

L'ouvrage paraîtra désormais en sept volumes; les tomes I et II sont actuellement en vente.

Le tome I et une partie importante du tome II rédigés par le professeur Bezançon et M. Philibert sont consacrés aux maladies infectieuses.

Première partie : Maladies infectieuses provoquées par les bactéries. Infections à staphylocoques par les microbes du groupe gono-méningo-catarrhalis. Infections à micrococcus tétragènes, à pneumocoques, à streptocoques. Pasteurelloses. Salmonelloses. Mélitococcie. Infections et septicémie à bacille pyocyanique. Charbon. Tétanos. Infections gangréneuses et putrides. Botulisme. Diphtérie. Morve. Tuberculose. Lèpre.

Deuxième partie : Maladies infectieuses dues à des parasites autres que des bactéries. Maladies dues à des parasites végétaux.

Tome II : Maladies dues aux spirochètes. Maladies dues aux parasites animaux.

Troisième partie : Maladies infectieuses dues à des virus filtrants et à des virus inconnus. Variole. Vaccine. Rage. Herpès. Oreillons. Varicelle. Fièvre scarlatine. Rougeole. Rubéole. Grippe ou influenza. Coqueluche. Typhus exanthématique. Suette miliaire. Rhumatisme articulaire aigu. Erythème noueux. Erythème polymorphe. Adénopathie inguinale subaiguë à suppuration intraganglionnaire. Sprue (diarrhée de Cochinchine). Cancer.

La deuxième partie du tome II écrite par le professeur Léon Bernard et M. Jean Paraf est consacrée aux intoxications : Saturnisme. Hydrargirisme. Phosphorisme. Intoxication arsénicale. Alcoolisme. Empoisonnement par l'opium. Cocaïnisme. Tabagisme. Intoxication par l'oxyde de carbone, par les uréides. Empoisonnement par les hydrocarbures. Intoxication nitreuse par le sulfure de carbone. Hygiène générale de l'atelier.

Ces nouveaux volumes du *Précis de pathologie médicale* comme ceux déjà parus s'adressent au médecin et à l'étudiant; ils y trouveront la même clarté, la même simplicité et le souci de donner la première place aux tableaux cliniques. L. G.

(1) Un volume de 540 pages avec 74 figures. — Prix : broché, 28 fr.; cartonné, 34 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume de 648 pages avec 91 figures. — Prix : broché, 28 fr.; cartonné, 34 fr. — Paris, Masson et Cie.

INFORMATIONS

(SUITE)

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1926 :

A. TROUPES MÉTROPOLITAINES. — I. *Section de médecine*. — *a*. A 8 inscriptions : 1. M. Veber.

b. A 4 inscriptions : 1. MM. Natali, Laveau, Delvoye, Philibert, Paraire, Dutrey, Soulage, Cassignol, Dareys, Trisfault, Surmely, Danis, Bastien, Solé, Bardier, Cantagrill, Coquin, Duran, Bertrand, Perolini.

21. MM. Cauvin, Thomé, Dormay, Moret, Bru, Tarain, Gilly, Lafargue, Gobert, Candille, Masseguin, Chaudoye, Albouze, Meyruels, Crouzet, Guiguet, Borrey, Delmont-Babet, Mongrand, Daste.

41. MM. Terramorsi, Lacombe, Delafon, Asperges, Bodeau, Guibert, Bouchet, Proust, Couderc, de Andréis, Boyer, Cazalas, Simon, Lannuzel, Mazeirat, Augias, Sicot, Le Bihan, Moulièrac, Prost.

61. MM. Kerzrého, Paléologue, Bourlès, Rey, Gerbenne,

c. Candidats P. C. N. : 1. MM. Pagès, Grégoire, Baudard, Henry, Bécam, Sabatier, Pervès, Rouquet, Monard, Rumeau, Gonnet, André, Aumeunier, Floris, Delom, Grosperrin, Demange, Lacroix, Siau, Peyne.

21. MM. Theurkauff, Winckel, Debergue, Piet-Berton de Lestrade, Bory, Zeude, Campourcy, Got, Gouilly, Grumbach, Monbeig-Andrieu, Pujos, Fauret, Petit, Léonard, Rannoux, Bonnat, Hardy, Cousty, Rozier.

41. MM. Laborderie, Germain, Laugier, Thiry, Martin, Beau, Siffre, Serny, Poisson, Tisserand, Lautrette, Cassé, Conche, Camelin, Monjauze, Suze, Joutard, Dicharry, Gauthier, Bureste.

61. MM. Bergerot, Graby, Jacowski, Mirebeau, Frézouls, Mathey, Munaret, Branche, Chifflot, Nabonne, Comte, Vidailhet, Taron, Bigou, Carreau, Boireau, Ginieys, Bergé, Mabille, Robion.

81. MM. Massonie, Wagner, Vernède, Ristorcelli, Mathieu, Blein, Lécaille, Brochier, Soulé, Chédécal, Vidal, Delrous, Lardy, Bertrand, Escot, Dongar, Bucquoy, Gosset, Chantegreil, Dargein.

101. MM. Girard, Duran, Barbier, Jeannot, Reilles, Faugère, Rozan, Vanhems, Gourdet, Marty, Mathière, Grognot, Poque, Masardo, Autan, Goumet, Moru.

II. *Section de pharmacie*. — *a*. A 4 inscriptions : 1. M. Cruciani.

b. Sans inscriptions (stagiaires) : 1. MM. Finck, Postic, Drevon, Cloarec, Albrand, Moraux, Chevrel, Boyer, Rannou.

B. TROUPES COLONIALES. — *a*. A 8 inscriptions : 1. M. Baré.

b. A 4 inscriptions : 1. MM. Desvernois, Grinsard, Kirsche, Larraud, Duvezin, Remy, Gourry, Saint-Pau.

c. Candidats P. C. N. : 1. MM. Georges, Capus, Carmes, Denaclara, Laviron, Ros, Castex, Croiziers de Lacvivier.

Les élèves ne seront définitivement admis à l'Ecole du Service de santé militaire qu'après avoir satisfait complètement aux examens universitaires correspondant à leur scolarité.

Tous les élèves admis à la suite du concours de 1926 se présenteront au médecin inspecteur directeur de l'Ecole du Service de santé militaire le 15 octobre 1926, à h. du matin, munis du diplôme de bachelier, du certificat P. C. N. pour les sections de « médecine » (métropolitaine et coloniale) et de leur livret militaire le cas échéant.

Ceux bénéficiant d'une admission conditionnelle devront se présenter à l'Ecole du Service de santé militaire le 10 novembre 1926 au plus tard.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif nº 1 : 55 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif nº 2 : 65 fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Lian, Maurice Renaud, Faure-Beaulieu, Auclair, Marion, Bergeret, Jeannin, Harvier, Mauclaire, qui acceptent ; Hautant, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — Une session pour la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvrira en décembre 1926.

Les candidats se feront inscrire au secrétariat de leur académie. Le registre des inscriptions sera clos deux mois avant la date des compositions.

Les dates des compositions sont fixées ainsi qu'il suit :

Sections : anatomie, histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, bactériologie, anatomie pathologique. Première composition le 22 décembre 1926 ; deuxième composition le 23 décembre 1926.

Physiologie, chimie, physique, médecine, chirurgie, obstétrique, histoire naturelle pharmaceutique, pharmacie. Première composition le 18 janvier 1927. Deuxième composition le 19 janvier 1927.

Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition sera faite dans une séance particulière d'une durée de trois heures, de 8 à 11 h. (*J. O.*, 8 oct. 1926.)

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS. — AVIS DE VACANCE D'EMPLOIS D'AGRÉGÉS. — Les emplois d'agrégé de la Faculté de pharmacie de Paris ci-après désignés sont déclarés vacants :

Pharmacie chimique et sciences physiques et chimiques appliquées à la pharmacie, trois.

Pharmacie galénique et sciences naturelles appliquées à la pharmacie, un.

Un délai de vingt jours, à dater de la présente insertion au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 8 oct. 1926.)

GUERRE. — Sont nommés professeurs agrégés du Val-de-Grâce :

Section de médecine. — M. le médecin-major de 1re classe Gauthier, médecin des hôpitaux militaires.

MM. les médecins-majors de 2e classe Codvelle et Costedoat, médecins des hôpitaux militaires.

Section de chirurgie. — MM. les médecins-majors de 1re classe Lacaze et Bernard, chirurgiens des hôpitaux militaires.

Section d'électroradiologie et physiothérapie. — M. le médecin-major de 2e classe Bertrand.

— Mutations :

M. le médecin-major de 2e classe Clavelin, chirurgien des hôpitaux militaires, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, chaire des expertises chirurgicales, appareillage et orthopédie, est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, chaire de chirurgie de guerre, appareillage et orthopédie.

M. le médecin-major de 2e classe Jausion, médecin des hôpitaux militaires, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, chaire des expertises médicales et législation militaire, est maintenu à l'Ecole d'application du Service de santé militaire et désigné

pour la chaire de neuro-psychiatrie, médecine légale, législation, administration et Service de santé militaires, déontologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — Par arrêté en date du 17 juillet 1926, les modifications suivantes ont été apportées à l'arrêté du 29 juin 1908 concernant les emplois de professeur et prosecteur dans les écoles de médecine navale (*B. O. M.*, vol. XIII, p. 46).

Les paragraphes Ier, II et IV de l'article 14 de l'arrêté susvisé sont modifiés ainsi qu'il suit :

I. *Séméiologie et petite chirurgie.* — 1° Une leçon orale d'anatomie descriptive portant sur les organes des sens, l'appareil de la digestion, les organes génito-urinaires, les appareils de la respiration et de la phonation, les glandes vasculaires sanguines. (Une demi-heure de réflexion et une heure d'exposition.)

2° Une leçon de séméiologie élémentaire. (Une demi-heure de réflexion et une heure d'exposition.)

3° Un examen de clinique médicale ou chirurgicale, au choix du jury. (Une heure pour l'examen et l'exposition.)

4° Description et pratique d'une opération de petite chirurgie; application d'un bandage ou d'un appareil. (Temps à fixer par le jury.)

II. *Anatomie descriptive.* — 1° Une leçon sur l'anatomie descriptive, y compris les nerfs craniens. (Une demi-heure de réflexion et une heure d'exposition.)

2° Une préparation anatomique. (Le jury déterminera le temps de la préparation et de l'exposition).

3° Description et pratique de deux opérations. (Une heure en tout.)

IV. *Histologie et embryologie.* — Une leçon sur l'embryologie. (Une demi-heure de réflexion et une heure d'exposition.)

3° Une leçon sur l'histologie : cellule, tissus, organes. (Une demi-heure de réflexion et une heure d'exposition.)

3° Deux préparations d'histologie normale : un tissu et un organe. (Le jury déterminera le temps de la préparation et de l'exposition.)

Nota. — Les programmes ci-dessus énoncés seront appliqués pour les concours aux emplois précités qui auront lieu à partir du 1er janvier 1927. (*J. O.*, 7 oct. 1926.)

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Questions mises à l'ordre du jour pour le XXXVIe Congrès en 1927 :

1° « Drainage dans la chirurgie abdominale. » Rapporteurs : MM. Villard (de Lyon) et Cadenat (de Paris).

2° « Péricolites et épiploïtes chroniques. » Rapporteurs : MM. Lardennois (de Paris) et Silhol (de Marseille).

3° « Résultats de la sympathectomie péri-artérielle dans les affections des membres. » Rapporteurs : MM. Leriche (de Strasbourg) et Robineau (de Paris).

Elections. — M. Bégouin (de Bordeaux), vice-président, devient président pour 1927.

M. Gosset a été élu vice-président.

MM. Tixier et P. Duval ont été élus membres du Comité, en remplacement de M. Bégouin, président, et de M. Mauclaire, arrivé au terme de son mandat.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique a enregistré pendant la 27e décade, du 21 au 30 septembre 1926, 956 décès, au lieu de 998 pendant la décade précédente, et au lieu de 893, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 41, au lieu de 23 pendant la décade précédente (moyenne 30).

La variole et la varioloïde n'ont causé aucun décès; 7 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins, au lieu de 19 pendant la décade précédente (moyenne 0).

Vérification faite, 7 cas de variole ou varioloïde ont été confirmés.

3 cas de varicelle ont été signalés.

La diphtérie a causé 2 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 46, au lieu de 41 pendant la décade précédente (moyenne 37).

On a enregistré la naissance de 1.164 enfants vivants (581 garçons et 583 filles) dont 894 légitimes et 270 illégitimes. Parmi ces derniers, 48 ont été reconnus séance tenante. Le nombre des naissances enregistrées pendant la 27e décade de 1925 était de 1.145.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 18 octobre 1926, à 21 h., au Cercle militaire.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « La prophylaxie par les sérums à l'armée », par M. le médecin-major Zoeller, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs François Lambillote (de Farciennes), H. Régnier, député de la Nièvre, décédé à Paris; André Collin, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté, décédé à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL COCHIN (professeur : M. Pierre DELBET). — Cours complémentaire. Date du cours : du 12 au 23 octobre 1926, de 5 à 7 h., à l'amphithéâtre de la clinique. — *Traitement des fractures et luxations des membres.* Cours sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. Lascombe et Godard, chefs de clinique.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 h., une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils; 2° de 6 à 7 h., des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La dixième leçon aura lieu à l'école pratique de la Faculté.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DIVERTICULES DU COLON

Par VICTOR PAUCHET.

Ces diverticules sont des hernies de la muqueuse; celle-ci traverse la musculeuse et fait saillie sous la séreuse intestinale; ce sont des culs-de-sac qui se traduisent extérieurement par des lobules sessiles d'un volume variant de celui d'un pois à celui d'une noisette. Ces culs-de-sac continuent à communiquer, généralement, avec la cavité colique.

Quand ces diverticules s'enflamment, il y a *diverticulite*. Il peut en résulter une perforation ou un abcès, qui peuvent donner lieu à une péritonite, et faire penser à toute une variété de faux diagnostics, qui comportent des traitements divers.

Ces diverticules sont fréquents, mais ils ne donnent des accidents que dans la minorité des cas; les complications constituent un chapitre important de la pathologie abdominale.

Il est vraisemblable que les diverticules intestinaux sont la conséquence d'un obstacle au transit des matières, et qu'ils succèdent à la stase intestinale chronique, comme les diverticules de la vessie résultent d'un obstacle à l'écoulement des urines (rétrécissement ou prostatisme).

Les parois des diverticules n'ont pas de musculeuse; ils ne sont doués d'aucun pouvoir pour expulser leur contenu. Leur minceur est extrême; la paroi se réduit à la muqueuse et la séreuse. Une pression trop énergique exercée par la main du chirurgien, risque de provoquer une perforation secondaire. Il ne faudra donc, dans aucun cas, essayer de broyer ou réduire, dans la cavité abdominale, un calcul fécal diverticulaire; cette pression est une manœuvre à proscrire.

Le danger du diverticule, c'est l'infection; celle-ci est favorisée par la présence d'un coprolithe, dont le volume augmente peu à peu et dont l'expulsion est impossible. Le séjour de ce coprolithe détermine l'apparition d'accidents septiques, soit par compression et gangrène de la paroi séromuqueuse, soit par l'action de la virulence microbienne. L'infection produit la tuméfaction de la muqueuse, la création d'une *cavité close* diverticulaire. Les accidents sont alors semblables à ceux de l'appendicite : infection aiguë, intradiverticulaire, avec réaction péritonéale de voisinage (*péri-diverticulite*); production de fausses membranes, d'adhérences péritonéales, exsudat péritonéal d'abord citrin, puis louche et finalement purulent (abcès péri-diverticulaire).

Parfois, le processus gangréneux détermine la perforation du diverticule, la chute du coprolithe dans la cavité péritonéale, la production d'une collection purulente d'odeur fécaloïde, au milieu de laquelle l'opérateur trouve des boulettes fécales libres comme dans les appendicites perforantes.

Au point de vue symptomatologique, les accidents diverticulaires aigus déterminent des accidents analogues à ceux de l'appendicite aiguë, surtout en cas de perforation aiguë diverticulaire. Début brusque; phénomènes généraux graves, fièvre élevée, vomissements, frissons, puis défense abdominale, météorisme et douleurs abdominales diffuses. Plus tard, et si le cas n'est pas très virulent, les phénomènes abdominaux se localisent à la région de l'abdomen, où siège le diverticule infecté; en ce point un gâteau se produit; suivant le siège du diverticule, les accidents peuvent faire croire à une *appendicite*, à une *cholécystite*, à une *salpingite*.

Formes cliniques. — DIVERTICULOSE LATENTE. — Dans certains cas, les diverticules ne déterminent pas d'accidents; ils sont découverts par hasard; à propos de troubles abdominaux quelconques, le sujet est radiographié et l'observateur constate des taches diverticulaires sur la radiographie. Ces taches se perçoivent soit au moment de l'examen primitif, soit quand l'intestin a été vidé et quand il persiste, de chaque côté du côlon vide, des taches montrant l'existence des diverticules communiquant avec l'intestin, mais non vidés.

DIVERTICULITE FRUSTRE. — Colite légère caractérisée par des malaises vagues, qui font poser le diagnostic d'appendicite chronique, de cholécystite, d'entéro-colite, de salpingite à répétitions, etc. A ce sujet, le médecin fait radiographier le malade et il découvre l'existence des diverticules.

Le diverticule infecté et responsable, n'est point généralement visible aux rayons X puisque son orifice est oblitéré, mais la coexistence de diverticules opaques avec des troubles abdominaux doit faire supposer qu'il en existe d'autres infectés.

FORME PSEUDO-APPENDICULAIRE. — Le diagnostic d'appendicite est posé dans les cas exceptionnels (5 p. 100) où le diverticule siège sur le côlon droit, l'opération doit généralement être faite à chaud; le chirurgien, en présence d'accidents aigus, dans le flanc droit, fait une incision dans la fosse iliaque droite. L'appendice apparaît normal; il l'enlève néanmoins, puis recherche, trouve, et supprime le diverticule. Personnellement, nous n'avons jamais observé de diverticule sur le côlon droit. Dans les cas de diverticulite droite suppurée, il suffit d'inciser et de drainer, à moins que l'infection soit localisée, et que le chirurgien puisse réséquer le diverticule de auite. La thérapeutique, dans la grande majorité des cas, est une question d'espèce; le chirurgien se tire d'affaire comme il peut et fait pour le mieux.

La forme pseudo-appendiculaire peut aussi se présenter dans les cas de *sigmoïdite diverticulaire*. Il faut alors qu'il s'agisse d'un dolicho-sigmoïde, et que le diverticule soit dirigé à droite.

En cas de diverticulite droite, l'opérateur incise la fosse iliaque droite; si l'appendice est sain, il l'enlève néanmoins, mais recherche ailleurs; pour cela, il agrandit l'incision et inspecte le duodénum, la vésicule, le côlon ascendant. Si ces organes sont normaux, il pratique une laparotomie médiane, explore la sigmoïde qu'il trouve perforée. Il draine le bassin.

FORME PSEUDO-ANNEXIELLE. — Les accidents se produisent dans le bassin ou la fosse iliaque gauche; le diagnostic de salpingite est posé. La glace est placée sur le ventre du sujet; les accidents persistent; la température s'élève. L'opérateur décide l'opération d'urgence et fait une incision sous-ombilicale. Il vide une collection à odeur fécaloïde. Avec le drainage, les accidents disparaissent; parfois une fistule stercorale peut persister. La radiographie est faite secondairement, dès que le malade est rétabli. L'opérateur se comporte alors vis-à-vis du diverticule comme s'il s'agissait d'une opération à froid de salpingite ou d'appendicite.

FORME ENTÉRO-COLITIQUE. — De temps en temps, le malade, considéré comme entéro-colitique, présente une poussée douloureuse, avec émission de glaires

ou de pus; le palper révèle une sigmoïde ou un côlon descendant douloureux, cylindrique. Il pense à une salpingite quand l'intestin est bas placé ou que la péri-colite se produit sur le côlon descendant ou le côlon transverse.

Après la fin de la crise, le cylindre plein formé par le côlon, persiste quelques semaines ou quelques jours. Dans les cas semblables, il faut opérer à froid.

Forme pseudo-néoplasique hypertrophique. — A la suite de poussées aiguës ou sub-aiguës, ou sans poussée apparente, le clinicien voit apparaître une tumeur cylindrique qui suit les mouvements de l'intestin. Il pense à un cancer du côlon. Toutefois, le sujet d'âge moyen, présente un état général encore bon; l'évolution s'est faite par poussées successives. Neuf fois sur dix, le clinicien pense à un cancer du côlon inopérable; il annonce à la famille que le malade est perdu et propose une intervention urgente. Le sujet s'y refuse et à la grande surprise du médecin, la guérison se produit en trois semaines ou un mois. Nous avons observé un cas semblable; plusieurs chirurgiens avaient déclaré qu'il s'agissait d'un cancer inopérable, et formulé un pronostic des plus graves. Le malade consulta un empirique qui le guérit. Le pire, pour nous, est qu'il ne récidiva pas; il fit une publicité formidable à l'empirique consulté.

Forme pseudo-néoplasique sténosante. — L'intestin se trouve oblitéré parce que les poussées successives de diverticulite ont provoqué la formation, à la périphérie, d'un tissu de sclérose, rétractile qui, peu à peu, étrangle les parois intestinales. La seule ressource pour le chirurgien, est de pratiquer un anus cæcal, après avoir fait une laparotomie exploratrice.

Que le diagnostic reste douteux ou non, il est nécessaire de pratiquer la résection intestinale; l'examen histologique seul tranchera la question entre la lésion inflammatoire et le cancer. Souvent, d'ailleurs, la diverticulite est associée au cancer. A côté d'un cancer, se trouve un diverticule enflammé.

Forme suppurée. — Un malade présente une crise abdominale, due à une perforation subaiguë. Le processus se localise; un gâteau apparaît, puis un abcès se forme et s'ouvre spontanément ou chirurgicalement. Une fistule peut persister.

Fistules. — Les fistules peuvent survenir à la suite d'une incision ou d'une ouverture spontanée à la peau ou dans la vessie. Dans plusieurs cas, nous avons observé des matières fécale et des gaz dans la vessie. La fistule vésicale guérit par création d'un anus iliaque terminal.

Traitement. — Ce qu'il ne faut pas faire. — Il ne faut point opérer une diverticulose latente; si, pour une raison quelconque, une radiographie montre l'existence d'un diverticule, sans qu'il y ait d'accident, il faut simplement conseiller au sujet de suivre un régime végétarien, et de consommer de l'huile de paraffine à chaque repas.

Formes frustes. — Un malade présente des phénomènes douloureux intermittents; le diagnostic est hésitant entre cholécystite, coudures intestinales, appendicite chronique, salpingite. La laparotomie doit-être décidée; elle doit l'être surtout si le sujet est à l'âge du cancer colique. En effet, il ne faut point attendre le diagnostic de cancer colique pour opérer. Le simple soupçon de cancer suffit pour faire une laparotomie exploratrice; il est mieux d'ouvrir inutilement un abdomen qui n'a pas de cancer, que de ne pas ouvrir un abdomen qui porte un cancer.

Le ventre est ouvert, il n'y a pas de salpingite, pas d'appendicite, pas de cholécystite; le côlon est exploré; l'explorateur découvre tantôt à droite, mais le plus souvent à gauche, des diverticules. L'examen doit être soigneux, mais doux. Les diverticules sont souvent accessibles et étagés entre deux bandes longitudinales du côlon.

Se gardez de les palper brutalement; se garder encore plus d'exprimer leur contenu; manœuvre dangereuse qui peut produire une gangrène, une perforation de l'intestin. Que faire..?

S'il s'agit d'un ou deux diverticules, les réséquer et fermer par suture. Quelques chirurgiens ont conseillé de les invaginer. Je ne vois pas grand intérêt à cette technique. S'ils sont isolés et soupçonnés d'accidents, il faut les exciser. S'ils sont multiples, réséquer le côlon.

Faut-il pratiquer une colo-anastomose entre les anses afférente et efférente au delà et en deçà du point atteint de diverticulite? Non, les matières continueront à passer par le segment malade, et pourront provoquer des diverticulites. L'anastomose n'est pas plus à conseiller que l'écrasement, le refoulement ou l'invagination. Si les diverticules sont groupés, s'ils s'accompagnent de péri-diverticulite, il faut pratiquer une colectomie.

La colectomie sera aussi large que nécessaire pour que deux segments d'intestins sains soient anastomosés.

Comment sera faite cette colectomie? — Avec la technique de Mickulicz, en trois temps; le risque est à peu près nul. Nous avons opéré, il y a un an, un cas avec guérison semblable.

S'il y a des accidents d'occlusion ou d'inflammation, pratiquer un anus cæcal et réséquer le côlon à froid.

En résumé, agir contre les abcès péri-coliques par simple incision. En cas d'occlusion, ou de tumeur inflammatoire, avec accidents subaigus, faire un anus cæcal temporaire, puis la résection secondaire de l'intestin; attendre plusieurs mois pour cette opération secondaire. S'il s'agit de fistules ouvertes dans la vessie, faire un anus iliaque, puis attendre au moins six mois, peut-être davantage, pour que les adhérences aient complètement disparu pour faire la résection secondaire; la libération est alors des plus simples.

Voici comment se décomposent les opérations que nous avons pratiquées :

Incision simple, pour abcès stercoral;

Entéro-anastomose entre le côlon transverse et le descendant (le malade survécut, mais de temps en temps il présente une poussée inflammatoire du côté de l'angle splénique; il refuse de subir la résection du côlon, ce qui serait la meilleure opération).

Fistules sigmoïdo-vésicales : résections; une fois restauration secondaire de l'anus; deux autres cas conservent leur anus iliaque et ne veulent accepter de se faire opérer que si nous leur garantissons qu'il n'y a aucun risque.

Colectomies avec diverticules pris pour des cancers, procédé de Mickulicz (guérison dans tous les cas).

Le traitement de la diverticulose latente est médical. Dès que la diverticulite existe, le traitement de choix est l'excision simple, en cas de diverticulite unique, ou la colectomie large s'il s'agit de diverticulites multiples; cette dernière opération se fera après ou sans anus préalable, suivant les cas, le plus souvent en plusieurs temps pour faire courir le moins de risques possible au malade.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1926)

Suppression des chocs anaphylactiques par anesthésie des terminaisons nerveuses endo-vasculaires. — M. Auguste LUMIÈRE et Mme J. ENSELME. D'après la théorie des chocs anaphylactiques formulée par M. Auguste Lumière, la crise que l'antigène déchaîne résulte de l'excitation des terminaisons endovasculaires du sympathique par le floculat qui se forme au moment où cet antigène entre en contact avec le sérum du sujet sensibilisé.

Si cette conception est exacte, on doit pouvoir atténuer ou supprimer les chocs en diminuant la sensibilité du réseau nerveux endothélial au moyen des anesthésiques locaux.

C'est ce que l'expérience que les auteurs viennent de faire avec l'allocaïne leur a permis de vérifier.

Quand on injecte dans la circulation d'un cobaye de poids moyen (300 à 350 grammes), sensibilisé à l'ovalbumine, 2mmg5 d'allocaïne en solution à 0,5 p. 100 dans le sérum physiologique, l'animal ne présente qu'un peu de stupeur passagère avec parfois quelques soubresauts.

Sous l'influence de ce traitement, on peut pratiquer une injection intracardiaque de 5 milligrammes d'antigène, dose toujours mortelle pour les témoins, sans occasionner d'autres troubles qu'un peu de prurit. Il est à noter que l'animal ne demeure insensible que pendant le temps qui correspond exactement à la durée habituelle de l'anesthésie procurée par l'allocaïne. L'action protectrice qu'elle exerce est donc bien due à son pouvoir anesthésique.

Employée avec précaution, la méthode qui réalise l'inhibition des terminaisons nerveuses endovasculaires au moyen des anesthésiques locaux sera sans doute susceptible de recevoir quelques applications dans la prophylaxie de certains chocs anaphylactiques, anaphylactoïdes ou traumatiques.

Expériences concernant le virus aphteux. — M. Charles LEBAILLY.

A la mémoire de Chauveau. — MM. E. LECLAINCHE, Ch. DEPÉRET et V. GRIGNARD sont désignés pour représenter l'Académie à l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Chauveau à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1926)

Encéphalite aiguë vaccinale. — M. COMBY, appelé à Enghien par le docteur Hélary, s'est trouvé en présence d'une fillette de dix-huit mois tombée brusquement dans le coma, avec contracture et strabisme. La ponction lombaire permit d'écarter la méningite : 4 lymphocytes, 0g20 d'albumine, 6g50 de sucre; liquide limpide. Etat désespéré pendant cinq à six jours. On ne fit pas d'abcès de fixation. Peu à peu l'enfant revint à elle et guérit complètement sans séquelle grave, n'ayant conservé de son encéphalite, déclarée au douzième jour de la vaccination, que de l'excitation cérébrale. En général, les encéphalites vaccinales, dont W. Winnicott et N. Gibs ont retrouvé 45 observations dans la littérature, sont suivies de séquelles, et le docteur Comby, dans deux cas personnels rapportés dans son mémoire de 1907 sur l'*Encéphalite aiguë chez les enfants*, a constaté l'idiotie et la sclérose cérébrale consécutives.

Acrocéphalosynankie. — M. APERT rapporte six cas d'association d'acrocéphalie avec des malformations des coudes en limitant l'extension. Il propose pour ces faits la dénomination d'« acrocéphalosynankie » (αγκος, coude).

REVUE DES THÈSES

Les diverses modalités de la cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte. Intérêt diagnostique des réactions précoces (1), par le docteur Henri-Auguste VIGNERON, interne des hôpitaux.

CONCLUSIONS. — Par sa simplicité et son innocuité absolue, la cuti-réaction est, de toutes les réactions à la tuberculine, la plus pratique. C'est une vraie réaction de clinique courante.

Pour l'utiliser on ne devra pas se contenter, comme on le fait d'ordinaire, de noter si la cuti-réaction est positive ou négative, faible ou forte, mais il faudra considérer que la petite lésion locale déterminée par l'introduction dans le derme d'une goutte de tuberculine a une véritable évolution comme un phlegmon ou une plaque d'érysipèle.

Aux notions classiques de positivité ou de négativité et de plus ou moins d'intensité, on devra ajouter la notion d'évolution même de la lésion : précocité ou retard de l'apparition, durée de la lésion, persistance plus ou moins longue d'une induration, d'une pigmentation ou d'une desquamation.

Pour éviter les causes d'erreur inhérentes à la sensibilité cutanée idiosyncrasique ou à l'hypersensibilité aux protéines d'ordre anaphylactique que peuvent présenter certains individus, il est utile de faire en plus de l'épreuve à la tuberculine deux cuti-réactions témoins, une à la glycérine, une au sérum de cheval.

De l'ensemble de nos recherches qui ont comporté 300 réactions, il résulte :

1° Qu'il faut distinguer avec soin les petites réactions en général tardives et de courte durée des réactions précoces, importantes, durables. Ces diverses modalités réactionnelles, confondues sous la rubrique « Réaction positive », méritent, à notre avis, d'être étudiées et notées séparément.

Pour le faire il faudra ne pas se contenter d'un seul examen après lequel on déclarera la réaction positive ou négative, mais pratiquer des examens multiples qui devront être faits à partir de la cinquième heure et poursuivis pendant plusieurs jours et même pendant plusieurs semaines.

Si l'on s'astreint à cette technique, on verra que dans un assez grand nombre de cas, la réaction n'apparaît pas aussi tardivement qu'on a coutume de l'écrire, mais bien d'une façon précoce, vers la cinquième heure.

La réaction ira ensuite en augmentant pendant vingt-quatre heures ou trente-six heures, selon les cas, ou décroîtra assez rapidement, ou persistera pendant un temps qui peut atteindre une à deux semaines, laissant après elle une pigmentation assez marquée et une véritable desquamation.

Ces réactions précoces, intenses, durables, nous paraissent opposées à un autre type de réaction caractérisé par une apparition au bout de dix-huit à trente-six heures, vingt-quatre en moyenne par une infiltration modérée, une disparition plus rapide.

Une troisième catégorie pourrait être établie de réaction tout à fait tardive n'apparaissant qu'au bout de quarante-huit heures ou trois ou quatre jours.

A cette classification un peu schématique, ajoutons que si le plus souvent une cuti précoce est en même temps une cuti forte et durable, on peut observer des cutis précoces, de faible intensité et d'évolution écourtée. Une étude plus approfondie permettra peut-être de dire lequel de ces facteurs : précocité, intensité, durée, est le plus important, et si à chacun d'eux peut être attribuée une signification spéciale.

(1) *Th. de Paris*, 1925. — Amédée Legrand.

Appliquant cette technique à des individus cliniquement indemnes de tuberculose, et à des tuberculeux présentant des formes variées, nous en avons tiré les déductions suivantes :

1° Fréquence générale de la cuti-réaction :

Notre statistique ne nous a pas donné une fréquence de cuti-réactions positives aussi forte que celle des dernières statistiques : 78 p. 100 au lieu de 97 p. 100.

2° Caractère de la cuti chez les gens normaux :

La statistique nous montre qu'il y a 78 p. 100 d'individus dits normaux qui réagissent à la tuberculine. A cela il faut ajouter la correction suivante que sur les 200 recherches ayant porté sur des individus normaux, nous n'avons trouvé que 6 cutis fortes et précoces à rapprocher de celles qu'on peut voir chez les tuberculeux (1 asthmatique, 1 tabétique, 1 pseudo-bulbaire, 2 artério-scléreux, 1 hémiplégique).

3° Fréquence de la cuti-réaction et caractère dans les diverses formes de la tuberculose.

a. Chez les tuberculeux pulmonaires chroniques et non cachectiques, la cuti a été positive dans 97 p. 100 des cas. Dans l'ensemble des cas positifs, elle a été précoce dans 57 p. 100 des cas, dont 12 p. 100 de fortes, 40 p. 100 de plus fortes que la cuti commune des non tuberculeux, 5 p. 100 de faibles. Elle n'a pas été précoce, dans 43 p. 100, dont 2 p. 100 de fortes et 41 p. 100 de faibles.

b. Chez les pleurétiques, elle s'est montrée précoce dans 87 p. 100 des cas et en même temps plus forte dans 75 p. 100.

c. Chez les tuberculeux chirurgicaux, la cuti est précoce dans 50 p. 100 des cas, dont 40 p. 100 de fortes, 10 p. 100 de normales ou faibles, tardive dans 50 p. 100, dont 25 p. 100 d'intensité moyenne et 25 p. 100 de faibles.

4° Valeur de la cuti-réaction pour le pronostic :

La cuti-réaction ne peut fournir un élément de pronostic aussi sérieux que l'ont pensé certains auteurs. Même dans les limites d'un pronostic à courte échéance, la cuti-réaction est trompeuse. Nous l'avons vue positive quelques jours avant la mort, nous l'avons vue négative chez un sujet qui s'est amélioré quelques jours après.

Si elle est négative ou faible dans les formes graves ou quelque temps avant la mort, cela tient à l'état de cachexie, à l'état général du sujet et cette absence de réaction s'observe dans les états équivalents d'autre origine.

5° Valeur de la cuti-réaction pour le diagnostic :

Il semble qu'on ait trop dénigré la valeur diagnostique de la cuti chez l'adulte. Quand elle est précoce et forte, qu'elle s'accompagne d'une réaction de fixation forte, d'une radiographie suspecte, accessoirement d'une formule hématologique également suspecte (lymphocytose) et sur laquelle agit la cuti-réaction, on peut réunir ainsi un véritable faisceau de probabilités qui fera observer le malade plus longuement et rechercher avec plus d'opiniâtreté les signes de certitude.

6° Des observations qui infirment la valeur du cuti-pronostic, de l'étude et de la critique des phénomènes expérimentaux à l'aide desquels on a conçu l'allergie comme un état d'immunité, on peut conclure que la première n'est pas fonction de la seconde, et qu'elle n'est que le témoin de l'infection bacillaire.

L. G.

L'Acide cholique cristallisé associé à l'héxaméthylène-tétramine dans le traitement de la lithiase biliaire [avec une planche en couleur] (1), par J. Leccia, ancien interne des hôpitaux de Tours.

La question du traitement de la lithiase biliaire est à l'ordre du jour et rentre dans l'étude plus générale de la cholestérinémie. L'auteur montre que deux facteurs essentiels dominent l'étiologie de la lithiase : l'hypercholestérinémie due à une insuffisance hépatique et l'infection.

La thérapeutique s'inspire de ces deux causes et M. Leccia propose comme traitement actif de la lithiase l'association de l'acide cholique cristallisé pur à l'héxaméthylène-tétramine (2).

L'acide cholique cristallisé, dont l'auteur donne une bonne étude chimique et physiologique, est extrait du fiel de bœuf. C'est un puissant cholagogue. Il fluidifie la cholestérine et facilite son élimination. De plus, il agit par stimulation opothérapique de la cellule du foie. Des tracés montrent chez le chat et le chien l'action supérieurement cholagogue de ce principe actif. L'héxaméthylène-tétramine est le désinfectant classique des voies biliaires.

L'auteur a réuni de nombreuses observations de lithiase biliaire avec ou sans cholécystite et d'ictère catarrhal traités par cette méthode, à raison de quatre comprimés par jour et pendant des périodes de quinze jours. Il montre les résultats tout à fait favorables obtenus par ce traitement. Les douleurs disparaissent, les selles redeviennent quotidiennes, l'état général s'améliore, la vésicule perd sa sensibilité douloureuse.

Le traitement utilisé à titre préventif, à raison de trois à quatre comprimés par jour et pendant des périodes de quinze jours par mois, exerce une action favorable sur les états lithiasiques. Les crises sont moins nombreuses et souvent même disparaissent.

Dans l'ictère catarrhal, le traitement amène une diminution des phénomènes de rétention, et plus rapidement que les autres médications.

L. G.

(1) *Th. de Paris*, 1926. — Fonsèque et Métivier.

(2) Formule de la félamine.

Toxicité du véronal et des dérivés de l'acide barbiturique. Contribution à l'étude des intoxications par le véronal (1), par Mme le docteur Germaine Pissot, de la Faculté de médecine de Paris.

Conclusions. — I. Les intoxications par le véronal et les autres dérivés de l'acide barbiturique sont maintenant bien connues; il s'agit en général d'empoisonnements-suicides ou d'empoisonnements accidentels, pour les intoxications aiguës; d'accumulation dans les accidents subaigus et chroniques.

II. La dose toxique de ces produits est mal connue et difficile à déterminer, étant donné la grande variabilité des doses capables de produire l'intoxication chez les sujets différents examinés.

III. La toxicité des médicaments hypnotiques dérivés de l'acide barbiturique semble être beaucoup plus grande chez les sujets atteints d'insuffisance rénale, ou de lésions des reins.

IV. La recherche toxicologique de ces médicaments s'effectue dans les urines et dans les viscères par les méthodes d'Ogier et Kohn-Abrest.

Les quantités de dérivés barbituriques retrouvées dans les viscères des personnes qui ont succombé aux effets de ces composés sont des plus variables; en raison même des toxicités elles-mêmes très variables de ces dérivés pour l'homme.

L'état des reins présente à ce point de vue une importance capitale; en provoquant la mort accidentelle avec de petites doses de dérivés barbituriques.

V. Le symptôme dominant de l'intoxication est le coma qu'on retrouve dans toutes les observations. Le véronal n'a aucune action sur les différents appareils et en particulier ne produit aucune lésion de l'appareil urinaire; le système nerveux étant mis à part.

VI. L'examen attentif des fonctions hépatique et surtout rénale est indispensable avant l'administration du médicament. L'altération de ces organes, quelle que soit son étiologie, constitue une contre-indication formelle à leur emploi.

VII. Il est nécessaire que les hypnotiques barbituriques soient inscrits sur la liste des stupéfiants et que leur vente soit réglementée.

L. G.

Le Méricysme vrai. A propos d'une observation (2), Par le docteur Pierre Silvan.

Conclusions. — Nous avons donc défini le méricysme un acte caractérisé par le rejet *volontaire* du contenu stomacal; nous avons vu en quoi il différait des simples régurgitations et du vomissement, ses affinités avec la rumination animale.

Le rejet du contenu stomacal résulte donc de cette synergie, réalisable chez notre sujet, à savoir : la contraction musculaire abdominale et l'ouverture du cardia. C'est dans cette synergie que réside l'anomalie. A l'état ordinaire, en effet, la contraction volontaire des muscles de l'ovoïde abdominal ne peut vider l'estomac dans l'œsophage, car le cardia reste fermé.

Chez Spa... et chez ses semblables, au contraire, cette synergie est réalisée à volonté, mais le phénomène reste complexe : il ne suffit pas à Spa... de contracter son abdomen et

(1) *Th. de Paris*, 1926.

(2) *Thèse de Montpellier*, 1926, Firmin et Montane.

son diaphragme pour que le cardia s'ouvre; quand il fait, l'estomac plein, un effort de défécation, l'organe ne se vide pas. Pour que le rejet se produise, il faut qu'il le veuille et que, par un mécanisme, dont il ne se rend évidemment pas compte, il réalise cette synergie.

Voilà le fait.

Nous avons vu que le fait principal, dans son accomplissement, venait de la contraction du diaphragme et des muscles abdominaux. Le vide intrathoracique a, certes, un rôle très important dans la production brusque du phénomène, mais le rôle essentiel de la pression abdominale est également très important, en particulier dans le rejet lent, comme tend à le prouver l'expérience que nous avons faite du rejet au cours de l'intubation laryngée, comme tend à le prouver, aussi, en physiologie comparée, ce fait que la rumination chez l'animal peut se produire, difficile, il est vrai, après la trachéotomie, donc après anihilation du vide pleural.

En définitive, ce qui reste obscur dans la pathogénie de ce phénomène, c'est la façon dont le cardia peut s'ouvrir volontairement. Et ceci ne veut pas dire que la volonté intervienne directement sur le cardia. Il est plus vraisemblable de penser que sous l'influence de l'effort volontaire, effort sans doute d'une quantité particulière, il survient un réflexe sur le cardia qui s'ouvre.

Chez Spa... et chez les méricoles de son espèce, il y a vraisemblablement une anomalie végétative qu'ils ont cultivée par l'éducation.

On peut admettre encore, que les méricystes volontaires arrivent à réaliser un mode particulier de la contraction du diaphragme et des muscles abdominaux qui, fatalement, déclanche le réflexe d'ouverture du cardia : rien ne s'oppose alors à l'évacuation par la bouche du contenu de l'estomac.

L. G.

De l'action de l'extrait spermatogénétique sur la polyurie et la glycosurie des diabétiques, sur l'élimination urinaire et l'excrétion uréique des sujets non diabétiques. Etude clinique et expérimentale (1), par le docteur J. Jochum.

La physiologie et l'hystophysiologie testiculaire ont fait l'objet depuis quelques années de très nombreux travaux; cette nouvelle contribution à l'étude des effets hormoniques de la glande génitale mâle s'est donné pour but de rechercher quelle action pouvait produire l'extrait spermatogénétique (androstine) sur le métabolisme hydrique, celui des hydrates de carbone, et celui de l'urée urinaire dans l'organisme des diabétiques et des sujets sains. Recherches entreprises sous l'inspiration du professeur Cornil après la constatation singulière faite par ce dernier de la disparition complète de la glycosurie dans un cas de diabète sucré léger à la suite d'injections d'extrait spermatogénétique.

Les observations sur l'animal d'abord, puis sur un certain nombre de sujets diabétiques et non diabétiques, ont conduit l'auteur aux conclusions résumées ci-après. Des analyses très complètes des urines et du sang des sujets traités, et l'examen histologique du pancréas et des autres glandes des animaux soumis à l'expérience, permettent d'appuyer sur une base scientifique très solide les résultats observés, pour l'interprétation desquels la discussion reste encore ouverte.

Ces résultats, exposés dans les conclusions du mémoire, se résument comme suit :

1° Chute de la polyurie diabétique dans tous les cas.

2° Chute concomitante de la glycosurie qui a disparu dans deux cas, est tombée dans un autre de 1.092 grammes à 204 grammes.

3° Diminution parallèle de la glycémie.

L'étude histologique du pancréas chez les animaux d'expérience permet de préciser l'existence d'une hyperplasie langerhansienne consécutive à l'injection.

L'interprétation de ces faits expérimentaux plaide en faveur de l'interaction testiculo-langerhansienne chez les sujets dont les îlots sont en état d'hypofonctionnement; on peut en conséquence prévoir l'utilisation thérapeutique de l'extrait spermatogénétiques (androstine) qui, dans une certaine mesure, semble pouvoir se substituer au traitement insulinien. Son action moins brutale et plus soutenue semble l'indiquer comme traitement d'entretien du diabétique non en imminence de coma.

L. G.

(1) *Th. de Nancy*, 1926.

PRATIQUE MÉDICALE

LE SÉDOBROL COMME TRAITEMENT HABITUEL DANS LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES (1)

Par M. le docteur Viollet,
Médecin-chef de l'Asile de Dijon.

Nombre de malades refusent les médicaments à goût désagréable ou simplement prononcé, non seulement par répugnance gustative ou par simple négativisme, mais aussi par crainte d'être empoisonnés. C'est pourquoi toutes les fois que le goût d'un médicament utile sera masqué, son acceptation par les malades sera plus aisée. Le sédobrol est du nombre de ces médicaments. L'auteur l'utilise depuis longtemps, mais il tient à insister sur un cas récent tout particulièrement instructif : malade célibataire atteinte de psychose périodique, soignée par l'auteur depuis quatorze ans; maladie datant de l'âge de dix-huit ans et ayant nécessité sept internements; la malade a dépassé l'âge de la ménopause qui est survenue à cinquante-trois ans et a provoqué une crise de dépression suivie d'agitation; au début, bromure de sodium, qui a été bientôt refusé; alors sédobrol, toujours bien accepté depuis deux ans; suites bonnes, états d'agitation et même de dépression réduits au minimum; trois émotions très vives, causes habituelles des crises, sont survenues après ces deux ans, sans déclencher d'accès. La périodicité des accidents a fait place à un calme très appréciable. Comme le fait remarquer l'auteur, ce qui rend intéressant la médication par le sédobrol est, outre son goût agréable qui masque le goût insupportable du médicament, la constance de son action et aussi l'absence de bromisme. C'est à des conclusions semblables que sont arrivés MM. Roux (*Concours méd.*, 9 mai 1926), Sacaze (*Bulletin méd.*, 1926, n° 18), Peyrus (*Sud méd.*, 15 déc. 1925). Pour eux, le sédobrol présente des avantages incontestables au triple point de vue physiologique, pratique et psychique : la solution du sédobrol réalise en effet une de ces solutions salines chaudes, isotoniques, qui traversent très rapidement l'estomac et n'exercent aucune action secondaire nocive sur la muqueuse gastrique; le dosage et l'administration sont excessivement simplifiés; le contrôle thérapeutique est simple et le goût très agréable; l'emploi du bromure de sodium, sous cette forme est très facilité et toujours bien accepté par les malades, ce qui est excessivement important au point de vue pratique. Enfin, au point de vue psychique, il n'est pas inintéressant d'avoir à sa disposition un produit dont on est absolument sûr et qui ne contient exclusivement que de l'extrait de bouillon végétal concentré achloruré et 1 gramme de bromure de sodium excessivement pur par tablette, et de la sorte un médicament que l'on peut administrer au malade sans qu'il se doute du principe actif qui lui est ordonné et qu'on peut lui représenter comme une sorte de valériane sans odeur et très agréable au goût. On sait que le sédobrol donne d'excellents résultats non seulement dans des cas multiples de pathologie digestive et cardio-vasculaire, mais encore dans les symptômes nerveux de toute nature, qu'ils soient liés à une affection hépatique, intestinale, uro-génitale, à une excitabilité anormale du système nerveux, au surmenage, à l'idée fixe, à l'hyper-idéation, dans les crises de nervosisme avec agitation, insomnies, palpitations, dans les délires divers aussi bien que dans les migraines, dans toutes les affections spasmodiques, très douloureuses, convulsions, coqueluche, asthme, dans l'éréthisme génital, dans toutes les hyperesthésies — comme d'ailleurs dans l'épilepsie et aussi dans les psychoses périodiques; c'est sur cette dernière et très importante indication du sédobrol que M. Viollet vient d'insister tout particulièrement dans son très intéressant travail.

(1) *Pratique médicale française*, Paris 1926, n° 268.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL. ACCIDENT SURVENU EN DEHORS DU LIEU DU TRAVAIL

INAPPLICABILITÉ DE LA LOI DU 9 AVRIL 1898

Si la Cour de cassation applique la loi sur les accidents du travail d'une manière large, et ce à juste raison, il est cependant des cas où l'accident survenu à l'ouvrier ne saurait être considéré comme un accident du travail. Le Tribunal civil d'Aix, dans un jugement du 30 novembre 1925, a indiqué d'une façon intéressante la démarcation qu'il y avait lieu de faire. Voici les faits : Le 26 août 1923, G... avait été occupé dans la matinée avec son chef mécanicien M... à un travail urgent qui devait d'ailleurs se continuer dans l'après-midi ; ce travail terminé du matin, il songea à aller, comme il en avait l'habitude, prendre son repas dans un établissement de X... complètement indépendant de l'entreprise L... (où il travaillait) et étranger à celle-ci; pour aller plus rapidement, il prit place sur le porte-bagages installé à l'arrière d'une motocyclette appartenant, non pas à la Société — car celle-ci ne s'occupait pas de transporter ses ouvriers au lieu où ils allaient se restaurer et de les en ramener pour la reprise du travail — mais à M... dont elle était la propriété personnelle. Etant ainsi sur cette motocyclette, G... se trouva accroché par une voiture que M... avait voulu doubler sur sa droite et a été victime d'un accident qui entraîna la perte de sa jambe.

Le Tribunal indique dans ses motifs que ces faits suffisent « à démontrer que l'accident ne peut être considéré comme un accident du travail au sens de la loi, puisqu'il ne s'est pa produit pendant le travail de G..., même si le Tribunas admettait, conformément à ce qui a été affirmé par celui-ci,l que ce travail urgent, commencé le matin, dût se continuer avec la même urgence dans l'après-midi » ; mais il avait eu lieu pendant une suspension de travail, et alors que G... avait repris momentanément son indépendance et sa liberté vis-à-vis de la Société L... ;

« Attendu, dit le Tribunal, qu'une déclaration versée aux débats et signée de Y..., directeur à Marseille des lignes L..., mentionne que si la Société ne met pas à la disposition de son personnel les moyens de locomotion pour se rendre au travail et en revenir, elle donne à ses employés une légère indemnité (sans doute pour leur faciliter l'acquisition de motocyclettes et l'entretien de ces engins), reconnaissant par là l'obligation dans laquelle ils se trouvent de se rendre au travail par les moyens les plus rapides.

Attendu que cette attestation, qui a d'ailleurs trait aux chantiers de Marseille et de Toulouse et qui est faite sous la forme d'un simple certificat, n'est pas davantage opérante que les autres moyens de G..., car le geste de la Société, s'appliquât-il même aux chantiers (où travaillait G...), ne saurait être considéré comme équivalent à une mise à la disposition de ses employés des moyens de transport lui appartenant et utilisés en vue de leur travail. »

C'est en s'appuyant sur ces considérations que le jugement déclare que la loi du 9 avril 1898 était inapplicable à l'espèce qui lui était soumise.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES CONDITIONS D'HYGIÈNE DU PERSONNEL OCCUPÉ A LA PRÉPARATION ET A LA MANIPULATION DES PRODUITS RADIO-ACTIFS.

M. le ministre de l'Hygiène nous adresse la lettre suivante :

« Monsieur le rédacteur en chef,

J'ai l'honneur de vous informer que je viens d'inviter le Service de l'inspection du travail à procéder, dans les établissements soumis à sa surveillance, à une enquête sur les conditions d'hygiène du personnel occupé à la préparation et à la manipulation des produits radio-actifs, et sur les mesures à prendre pour soustraire ce personnel aux maladies diverses que peuvent provoquer les radiations.

Je ne doute pas que vos lecteurs ne possèdent sur la question des éléments d'information précis qu'ils pourraient être désireux de porter à la connaissance de mon administration comme contribution à l'enquête entreprise.

C'est pourquoi je serais heureux qu'il vous fût possible d'appeler leur attention sur cette enquête, dont l'intérêt au point de vue de l'hygiène professionnelle, ne saurait vous échapper.

Toutes les communications relatives à cette question pourraient être adressées, en franchise postale, à l'adresse suivante : M. le ministre du Travail et de l'Hygiène, Direction du travail, 3e bureau, 80, rue de Varenne. Il va sans dire que conformément à la règle constamment suivie par l'Administration, celle-ci ne ferait allusion à l'identité de ses collaborateurs bénévoles que dans la mesure où ceux-ci l'auraient eux-mêmes expressément permis.

Je vous remercie à l'avance du concours que vous voudrez bien prêter à mon administration en cette circonstance.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, l'expression de ma considération très distinguée.

Le ministre :
A. FALLIÈRES.

CHRONIQUE

L'INAUGURATION DU PAVILLON ALBARRAN A L'HÔPITAL COCHIN

Jeudi dernier a eu lieu à l'hôpital Cochin l'inauguration du nouveau service de chirurgie urinaire du docteur Maurice Chevassu. Derrière une masure presque en ruines, dernier vestige du vieil hôpital Cochin, s'élève un magnifique pavillon de deux étages comprenant un bâtiment central flanqué de deux ailes. L'élégance du pavillon n'a d'égale que la parfaite compréhension de son installation. Au milieu, se trouvent les salles d'examen et d'opération ainsi que tous les laboratoires de recherches. Dans les ailes, les salles de malades hommes et femmes et les chambres d'isolement. Le sous-sol renferme tous les services et les appareils de chauffage qui fournissent non seulement la chaleur et l'eau chaude mais aussi la vapeur pour la stérilisation.

Dans la salle de conférences, de belles dimensions mais cependant beaucoup trop petite pour contenir la nombreuse assistance, le docteur et Mme Chevassu accueillaient très aimablement les invités. La séance s'ouvrit sous la présidence de M. le Secrétaire général de l'Assistance publique, assisté de M. le doyen Roger, de MM. les professeurs Widal et Pierre Duval, du docteur Fresneau (de la Havane) et du docteur Marion. Dans l'assistance on remarquait MM. les professeurs Faure, Vaquez, Jeanselme, Henrijean (de Liége), M. Lépine, ancien préfet de police, le professeur Vincent, le professeur Bar, président de l'Académie de médecine, le professeur Estor (de Montpellier), les familles des regrettés Albarran et Desnos, et M. Paul Bourget, de l'Académie française.

M. Chevassu prit le premier la parole; il exposa d'abord les principes qui avaient présidé à la construction de ce pavillon, unique en France, et il en fit la description. Après avoir remercié tous ceux qui ont contribué à doter la Ville de Paris de cette splendide installation : le Conseil municipal, l'administration de l'Assistance publique, les architectes et les ingénieurs qui voulurent bien accepter la collaboration des chirurgiens, M. Chevassu adressa un souvenir ému à deux grands urologues disparus : Desnos, d'abord, qui représenta si dignement la science française et en fut souvent le bon ambassadeur dans les congrès étrangers, Desnos qui fut enlevé si rapidement il y a quelques mois au cours d'un voyage aux Indes. La belle bibliothèque qu'il a laissée et que sa famille a confiée à Chevassu sera l'un des plus précieux instruments de travail du nouveau service de Cochin.

C'est ensuite vers Albarran que se reporte la pensée de M. Chevassu. Aucun nom n'était plus digne d'être choisi pour le nouveau service que celui du grand chirurgien dont les tra-

vaux rayonnèrent presque à l'égal de ceux de son maître Félix Guyon. C'est lui que M. Chevassu se propose de prendre comme guide et comme modèle dans son nouvel enseignement.

M. le professeur Pierre Duval apporte à son tour à la mémoire d'Albarran l'hommage de ses anciens élèves.

Puis M. le professeur Widal prend la parole au nom des amis d'Albarran et fait revivre d'une façon saisissante la belle et grande figure de l'ami disparu.

M. le doyen Roger évoque quelques souvenirs sur Albarran. Il rappelle que la Faculté de Paris a toujours été bien inspirée en accueillant les étrangers. A côté d'Albarran qui nous venait de Cuba, il cite les noms d'Axenfeld venu de Russie, de Damaschino et Panas, venus de Grèce, de Jaccoud, que la Suisse nous envoya, de Ball qui était d'origine anglaise et italienne, d'Orfila né aux Baléares d'une famille madrilène; tous furent comme Albarran de grands Français et furent l'honneur de la Faculté.

M. Fresneau, exprime au nom des médecins cubains sa vénération pour la mémoire d'Albarran et son affection pour la France.

M. le secrétaire général de l'Assistance publique remercie enfin au nom des malades indigents de Paris, le Conseil municipal et les créateurs du nouveau service. Il félicite particulièrement l'architecte M. Nicaise, les ingénieurs, les médecins et tout spécialement M. Chevassu, dont la collaboration intime et de tous les instants a permis l'exécution du pavillon Nélaton.

La séance ayant été levée les assistants visitèrent avec le plus vif intérêt les nouveaux bâtiments dont l'installation est complète et qui entrent immédiatement en service.

Qu'il nous soit permis, en terminant, d'exprimer à notre ami Maurice Chevassu toute notre admiration pour l'œuvre admirable dont il a été le réalisateur et l'animateur.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'endoscopie recto-colique. Rectoscopie. Sigmoïdoscopie (1), par le docteur R. Bensaude, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La deuxième édition du *Traité d'endoscopie recto-colique* du docteur Bensaude a été tellement modifiée et amplifiée qu'elle constitue en réalité un nouvel ouvrage. La plupart des chapitres ont été complétés ou remaniés, plusieurs nouveaux ont été ajoutés; le nombre des aquarelles a été doublé, celui des reproductions en noir notablement augmenté. L'auteur a donné plus de développement à la biopsie en mettant en regard des images endoscopiques les dessins histologiques correspondants des lésions biopsiées. La thérapeutique endoscopique a été traitée plus en détail que dans l'édition précédente; on y trouvera, en particulier, le traitement des hémorroïdes par des injections sclérosantes, l'ablation des tumeurs bénignes par la diathermie, le traitement des ulcérations, des recto-colites, etc. A la fin de l'ouvrage se trouve un index bibliographique. La rédaction est simple et claire et l'auteur est resté fidèle au but qu'il s'était proposé d'atteindre dans la première édition, c'est-à-dire de montrer tous les services que peut rendre, l'endoscopie recto-colique, de faciliter la tâche des médecins qui voudraient la pratiquer eux-mêmes et enfin de faire profiter de son expérience personnelle les spécialistes qui ont déjà utilisé le rectoscope.

L'explication des nombreuses figures est faite en six langues : français, anglais, italien, allemand, espagnol, portugais.

L. G.

Traitement des maladies infectieuses en clientèle. [*Comment guérir*? Bibliothèque des praticiens] (2), par MM L. Rieux, professeur au Val-de-Grâce; Chr. Zœller, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Ce livre a trait sous une forme simple et pratique au traitement des maladies infectieuses. Il n'est pas encombré de formules multiples entre lesquelles le praticien pourrait hésiter; il donne dans chaque cas particulier la techniqne la plus sûre, celle dont l'efficacité s'est trouvée le plus souvent confirmée au cours d'une longue expérience.

Dans une première partie les auteurs envisagent la thérapeutique des maladies infectieuses en général. Ils exposent les éléments de la médication pathogénique : sérothérapie, vaccinothérapie, colloïdo et protéino-thérapie, chimiothérapie; puis les ressources de la médication symptomatique : actikermique, cardio-vasculaire, etc. Dans un dernier chapitre ils rappellent les principes du régime hygiéno-diététique au cours des maladies infectieuses.

La seconde partie est consacrée aux maladies infectieuses étudiées successivement. Ce sont d'abord les fièvres éruptives; puis les fièvres typhoïdes, paratyphoïdes, la fièvre de Malte et le typhus exanthématique; les autres infections à détermination intestinale sont ensuite étudiées : les diarrhées, la dysenterie, le choléra. Les chapitres suivants exposent le traitement de la grippe, des angines diphtériques ou non-diphtériques, des rhumatismes, des infections prédominant sur le système nerveux (méningite cérébro-spinale, encéphalite épidémique, poliomyélite). Un dernier chapitre groupe des maladies infectieuses diverses : coqueluche, oreillons, rage, tétanos, érysipèle, charbon, morve.

L. G.

(1) In-8, 2e édition, de 180 pages, avec 116 figures dans le texte, 99 figures en noir et en coul. Prix : 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume in-8 de 248 pages, avec 24 figures. Prix : 18 fr. — Paris, N. Maloine.

CONGRÈS

JOURNÉES MÉDICALES DE MONTPELLIER (4, 5 et 6 novembre 1926), sous le haut patronage de MM. les ministres de l'Instruction publique et de la Guerre.

Président : M. le professeur Ducamp, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine.

Comité d'organisation (bureau général). — Commissaire général (organisation) : M. le professeur Paul Delmas, de la Faculté de médecine, président de la Fédération des syndicats médicaux de l'Hérault.

Secrétaire général (direction des expositions) : M. le professeur A. Faucon, de la Faculté de pharmacie, président du Comité colonial de la Xe région économique.

Secrétaire adjoint (propagande) : M. le docteur Desfour.

Excursions : M. le professeur agrégé Giraud.

Logements : M. le professeur Galavielle.

Plan d'ensemble. — *A*. Conçues sur le type général si heureusement imaginé au lendemain des hostilités par le Corps médical de Bruxelles, les Journées de Montpellier, dans le cycle quadri-annuel convenu entre ces quatre centres d'enseignement médical que sont Bordeaux, Toulouse, Marseille et Montpellier, se proposent de réaliser, selon une formule qui leur soit personnelle, un programme de nature à intéresser par sa variété le plus grand nombre possible d'adhérents.

B. Justement désireux de soutenir sa réputation universitaire, Montpellier devait au présent de consacrer la journée du jeudi 4 novembre au mouvement scientifique contemporain, et, au passé, de commémorer le Centenaire de la découverte du brome par le montpelliérain Jérôme Balard.

Le programme du lendemain, vendredi 5 novembre, fait le plus large appel à la participation du Service de santé militaire auquel appartiennent, au titre des réserves, le plus grand nombre des adhérents éventuels de ces manifestations.

La troisième journée, samedi 6 novembre, est consacrée au mouvement corporatif dont l'importance s'affirme à la veille de mesures législatives susceptibles de modifier le caractère traditionnel de la profession médicale.

C. De plus, ces trois journées, solidaires, mais indépendantes, seront encadrées de deux autres qui, pour être facultatives, n'offrent pas moins d'attrait.

a. Comme préface aux Journées proprement dites, le mercredi 3 novembre (jour autrefois chômé en l'honneur d'Hippocrate dans la vieille Université de médecine) sera consacré à la commémoration du Centenaire montpelliérain de la création des chefs de clinique. Cet anniversaire sera, à bon droit, fêté le jour de la rentrée solennelle des facultés.

Tous les congressistes y sont cordialement invités.

b. Au lendemain des Journées médicales, des excursions

facultatives offriront aux congressistes, le dimanche 7 novembre, la vue de villes d'art et de paysages justement réputés.

INSTALLATIONS MATÉRIELLES. — *A*. Les diverses conférences prévues au programme auront lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Dans le cadre des bâtiments historiques de l'Ecole, diverses expositions seront organisées de tout ce qui touche à la vie professionnelle et scientifique du médecin : médicaments, spécialités, eaux minérales, instruments, livres, etc.

B. De plus, et à l'occasion du Centenaire de la découverte du brome, deux autres expositions, d'ordre artistique, auront lieu :

a. L'une au Pavillon populaire pour les industries photographiques et cinématographiques.

b. L'autre, dans les annexes du grand théâtre, sera consacrée au mouvement artistique régional contemporain.

C. Enfin, sur le terrain de l'hippodrome, sera ouverte au public l'installation par le Service de santé militaire d'une formation sanitaire du dernier modèle. Elle s'adresse à tous ceux qui désirent savoir sur quelles ressources sanitaires peuvent compter les militaires qui sont à l'heure actuelle sur les théâtres d'opérations extérieures.

Mais aussi et surtout, pour les adhérents qui figurent comme officiers de complément sur les contrôles du Service de santé de la XVIe région, l'assistance à cette démonstration comptera pour sa durée comme période d'instruction régulièrement effectuée et mention en sera faite sur leur feuillet individuel de campagne.

Sur demande des intéressés, un ordre de transport au quart de place militaire leur sera envoyé par le directeur du Service de santé.

Cette facilité, offerte également aux officiers de réserve du Service de santé des régions limitrophes (XIIIe, XVe, XVIIe), sera, en principe, accordée à ceux du reste du territoire, par la 7e direction, au ministère de la Guerre.

DIVERTISSEMENTS. — *A*. Un comité de dames organise des visites au Jardin des Plantes, aux musées, des promenades à Maguelone, à Grand-Mont, au château d'O, une après-midi musicale, etc.

B. Les congressistes seront reçus officiellement par la municipalité au foyer du grand théâtre. Cette réception comportera également une heure de musique.

C. Une représentation de grand gala leur sera, enfin, offerte au grand théâtre municipal.

ADHÉSIONS. — *A*. Les Journées médicales s'adressent : *a*. aux médecins et pharmaciens; *b*. aux internes et externes des hôpitaux ; *c*. aux étudiants ; *d*. aux chirurgiens dentistes ; *e*. aux vétérinaires civils et militaires ; *f*. aux officiers d'administration de réserve du Service de santé; *g*. aux sociétaires de la Croix-Rouge; *h*. aux exposants; *i*. aux familles des adhérents (femme et enfants).

B. En raison de sa situation géographique et de souvenirs historiques toujours vivants dans cette ville, Montpellier se fera un honneur de recevoir dignement les membres du corps médical des nations voisines et amies.

Un Comité du logement leur donnera toutes facilités dès leur arrivée.

Des démarches sont faites auprès des Compagnies de chemins de fer pour leur obtenir une réduction sur le tarif de transport de la frontière à Montpellier.

C. Les adhésions sont reçues, dès à présent, par le secrétaire adjoint, docteur Desfour, 8, rue Emile-Zola, Montpellier, auquel les intéressés sont priés de retourner, après l'avoir remplie, la formule ci-jointe, accompagnée du montant de leurs cotisations, de préférence par chèque postal (Montpellier n° 6900), ou pour les étrangers, par mandat international.

Les congressistes peuvent se faire inscrire dès à présent, et jusqu'au 20 octobre dernier délai.

La cotisation est fixée à :

25 fr. pour les membres adhérents (inscrits au rôle des patentes) ;

15 fr. pour les membres associés (autres : internes, externes, étudiants et familles des adhérents).

Sitôt leur inscription parvenue au secrétariat, les adhérents recevront leur carte de membre, sur le vu de laquelle ils retireront, dès leur arrivée à Montpellier, au siège de la permanence, salle Dugès à la Faculté de médecine, la pochette contenant les programmes et invitations qui les concernent.

PROGRAMME SOMMAIRE. — *Mercredi 3 novembre*. — *A*. Matin : 9 h. : Faculté de médecine : *Centenaire du clinicat*. — 11 h. : Visite du Jardin des Plantes.

B. Après-midi : 2 h. : Visite du Musée Fabre. — 4 h. : Palais Universitaire : Séance de rentrée solennelle des Facultés.

C. Soirée : 9 h. 30 : Hôtel de la Métropole : Réception par l'Association des anciens internes. (Tenue de ville).

Jeudi 4 novembre. — A. Matin : 9 h. : Faculté de médecine : Séance solennelle d'inauguration des Journées. — 11 h. : Visite des expositions et de la Faculté, bâtiments et collections.

B. Après-midi : 2 h. 30 : Faculté de pharmacie : Célébration du centenaire de la découverte du brome. — 4 h. 30 : Faculté de médecine : Trois conférences médicales d'actualité (Professeurs Forgue, Perroncito, Hédon),

C. Soirée : 8 h. 30 : Gala au Grand théâtre. (Tenue de soirée ou, à défaut, tenue de ville).

Vendredi 5 novembre. — A. Matin : 9 h. : Manœuvres d'aviation sanitaire au terrain d'atterrissage de Montpellier l'Or, avec causerie par le docteur Chassaing et démonstration par le médecin principal de 1re classe, professeur Picqué. — 11 h. : Visite du Château de Castries. — 12 h. : Déjeuner par souscription au Château, sous la présidence du général Martin, commandant le XVIe corps d'armée. (Tenue militaire facultative.)

B. Après-midi : 2 h. : Démonstration du Service de santé au terrain de l'Hippodrome. — 4 h. 30 : Trois conférences médicales d'actualité (professeurs Vincent, Toubert, Spire).

C. Soirée : 8 h. 30 : Réception par la municipalité de Montpellier au Foyer du Grand théâtre. (Tenue de ville). — Salle de Concerts : 9 h. 30 : Conférence médicale d'actualité (professeur Calmette). — 10 h. 30 : Une heure de musique.

Samedi 6 novembre. — A. Matin : 8 h. 30 : Visite des Services hospitaliers (Suburbain, Maternité, Général). — 11 h. : Faculté de médecine : Réunion plénière de l'U. M. F. I. A., avec causerie par le docteur Molinery.

B. Après-midi : Faculté de médecine : h. : Séance d'ouverture de l'Entente régionale des Syndicats médicaux du Languedoc Méditerranéen. — 3 h. 30 : Séance d'ouverture de la Fédération de Sociétés médico-chirurgicales des hôpitaux du Midi. — 4 h. 30 : Trois conférences d'actualité médicale dont deux d'intérêt corporatif (MM. Duchesne, Perreau, Vires). — Faculté de pharmacie : 2 h. 30 : Réunion du bureau de la Fédération des Syndicats de pharmacie du Sud-Est.

C. Soirée : 7 h. 30 : Hôtel de la Métropole, banquet par souscription. (Tenue de ville).

Dimanche 7 novembre. — Excursions facultatives. On pourra choisir entre deux circuits :

a. Circuit Languedoc-Roussillon : la Cerdagne française et les Esceldos; Narbonne : sa cathédrale, ses musées;

ou :

b. Circuit du Languedoc-Provence : Nîmes, le Pont-du-Gard, Avignon, Saint-Rémy, les Baux, Arles.

Les modalités et le détail de ces excursions seront prochainement précisés par une note complémentaire qui sera adressée à tous les adhérents inscrits.

N. B. — Une permanence sera ouverte à la Salle Dugès de la Faculté de médecine de Montpellier; du mardi 2 au samedi 6 novembre, de 6 novembre, de 9 à 12 h. et de 13 h. à 16 h.

Sur le visa de leur carte d'inscription, les adhérents y retireront leur pochette-invitations.

Ils trouveront au secrétariat des Journées médicales, installé Salle des Actes (mêmes jours et heures que ci-dessus), tous renseignements utiles et pourront y retirer, faire ou expédier leur correspondance.

CORRESPONDANCES. — A. Pour les Journées médicales : adresser toute la correspondance à M. le docteur Desfour, secrétaire adjoint, délégué à la propagande, 8, rue Emile-Zola, Montpellier, Tél. 14-04, compte-courant de chèques postaux, Montpellier, n° 6.900.

B. Pour la participation aux Expositions : adresser toute la correspondance à M. Maujoint, délégué technique, 25, rue de l'Ecole de médecine, Paris (Ve), Tél. Fleurus 84-65.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES

DES

PÉRITONITES TUBERCULEUSES [1]

a. *En palpant superficiellement,* les doigts ont la sensation d'une paroi épaissie, de consistance inégale. Lorsqu'on les déplace légèrement, on peut avoir l'impression d'une *crépitation neigeuse* ou *amidonnée*, de *froissement* sous la paroi. De plus, il est impossible de faire glisser le péritoine pariétal sur le péritoine viscéral.

b. *En palpant profondément* on constate :

α. L'absence de l'élasticité habituelle du ventre.

β. L'existence de *résistance.* C'est la sensation du « *ventre de cadavre* », de « pâte consistante ». (Elle est due vraisemblablement à ce que les anses intestinales reliées entre elles ou à la paroi par des exsudats ont perdu leur mobilité normale.)

γ. *L'existence de gâteaux péritonéaux.* — En certaines zones la résistance est plus notable qu'en d'autres. Il existe un véritable empâtement sous forme de masses diffuses et étalées, mal *limitées, inégales, irrégulières, bosselées.* Ces masses sont réparties dans l'hypocondre, dans les fosses iliaques. (Elles correspondent, soit à des masses caséeuses entourées de fausses membranes épaissies, soit à des ganglions hypertrophiés, soit à de petites poches ascitiques.)

ϱ. *La rétraction du grand épiploon.* — C'est la corde épiploïque de Velpeau, masse assez dure et assez épaisse, étendue transversalement, moins profonde que les autres correspondant à l'épiploon infiltré et rétracté.

c. *Sensation de gargouillement.*

La percussion montre une matité en damier : alternative de zones mates et de zones sonores.

L'auscultation, de moindre importance, peut donner quelques renseignements. Ce sont les bruits hydro-aériques de Guénau de Mussy (cris intestinaux, frottements).

Mais, comme toujours, l'attention sera surtout portée sur les poumons (signes de tuberculose d'un sommet, frottements).

Evolution et complications. — La guérison par un processus fibreux peut se voir ; dans la majorité des cas, l'évolution se fait *par poussées*, la mort est le fait de la cachexie ou des *complications.*

a. *Générales.* — Extension de la tuberculose à d'autres organes. *Pleurésie* survenant, soit au début, soit à la fin de l'affection, moins fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

La tuberculose pulmonaire est *très fréquente.*

La tuberculose de l'intestin, des organes génitaux (annexes, testicule, prostate, vésicule) n'est pas rare.

Enfin, *méningite, granulie* peuvent être des modes de terminaison rapides.

b. *Locales.* — *Obstruction ou occlusion intestinale.* — Lejars en distingue quatre types :

1° Occlusion par étranglement sur bride;
2° Par coudure;
3° Par agglutination en paquet;
4° Par paralysie de l'intestin.

Collections purulentes enkystées. — Elles sont souvent dues à une infection secondaire. Elles peuvent déterminer une septicémie; s'ouvrir, soit à la peau, soit dans l'intestin.

Tels sont les symptômes et l'évolution ordinaire de la péritonite fibro-caséeuse.

Ici, comme pour la forme ascitique, quelques variétés doivent être signalées. Ce sont :

a. *La forme avec masse indurée intraépiploïque.* — Cette masse peut être *considérable* et faire croire à une tumeur abdominale.

b. *La forme ulcéro-caséeuse.* — La température est élevée, l'évolution est très rapide.

Diagnostic. — Nombreux peuvent être les problèmes soulevés par la péritonite fibro-caséeuse.

Le diagnostic peut, chez l'enfant, se poser avec :

Le *ventre rachitique* (mou, pâteux, sans élasticité, sans résistance).

Le carreau.

Chez l'adulte, la tuberculose entéro-péritonéale, les tumeurs abdominales les plus diverses, les sarcomes abdominaux primitifs peuvent prêter à discussion.

4° **Forme fibro-adhésive ou symphysaire.** — La péritonite tuberculeuse peut évoluer d'emblée sous cette forme sèche.

Mais, dans la majorité des cas, cette forme est secondaire aux précédentes et se trouve réalisée lorsque la guérison s'est produite par prédominance du processus fibreux.

Dans ces cas, l'examen montre une attitude *courbée* du malade, le ventre est *rétracté* en bateau.

A la *palpation*, les gâteaux péritonéaux sont devenus plus durs, la corde épiploïque est encore plus nette, la masse intestinale est réduite en peloton et plaquée contre la colonne vertébrale.

Cette prédominance du processus fibreux peut certes amener la guérison, ou des rémissions plus ou moins longues, mais elle peut également être cause de complications.

Les *brides*, les *coudures* peuvent déterminer une occlusion intestinale, des compressions des vaisseaux, des organes.

Diagnostic. — Il est impossible dans cette forme, si l'on ignore les antécédents.

Lorsque cette forme est primitive, elle se révèle souvent par des accidents brutaux d'occlusion; c'est alors le diagnostic de la cause de cette occlusion qui se pose.

B. **Formes localisées.** — A côté des formes chroniques généralisées, il existe des formes localisées. Il s'agit le plus souvent de péritonites sèches ou plastiques d'apparence primitive, évoluant pour leur propre compte sans participation des organes sous-jacents. Outre la *périhépatite*, la *péricholécystite*, la *périsplénite*, la *périsigmoïdite*, la *mésentérite*, relativement rares, il y a place pour quelques formes se distinguant par leurs caractères bien spéciaux :

1° *Périphrénite.* — Il s'agit d'une tuberculose pleuro-péritonéale limitée aux deux faces du diaphragme se traduisant par des *douleurs intercostales*, des *troubles abdominaux.*

2° *Forme péri-appendiculaire.* — Elle simule l'appendicite avec péritonite plastique localisée. Les douleurs persistent souvent après l'appendicectomie en raison de la pérityphlite concomitante.

3° *Pelvipéritonite tuberculeuse.* — Elle se manifeste au début par des troubles génitaux et menstruels (écoulements leucorrhéiques, aménorrhée, métrorragies), des douleurs dans le bas-ventre irradiant dans la région lombaire, dans les membres inférieurs.

A la période d'état, le toucher montre des culs-de-sac encombrés par un empâtement fluctuant, des masses saillantes, irrégulières, douloureuses.

Le pus peut s'écouler dans le vagin, la vessie, le rectum.

5° *La tuberculose herniaire.*

En conclusion, étant donné ce polymorphisme clinique et les formes insidieuses que nous avons étudiées, il ne faut pas s'attendre à avoir des signes abdominaux toujours très accentués; le diagnostic est donc souvent très difficile. Il faudra toujours songer à une localisation bacillaire, quand toutes autres causes auront été éliminées et que l'on aura en faveur de cette hypothèse des antécédents de tuberculose.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 78, p. 1262, et n° 80, p. 1295.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent
Draeger

N° 83. — SAMEDI 16 OCTOBRE 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 16 OCTOBRE 1926. — N° 83.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Le jury est définitivement composé de MM. Lian, Maurice Renaud, Faure-Beaulieu, Auclair, Marion, Bergeret, Jeannin, Harvier, Mauclaire, Hautant.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Léon-Kindberg, Cathala, Quénu, Boppe, Bloch (J.-Ch.), qui acceptent; Alajouanine, Bénard (Henri), Monod (Raoul), Chirié, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS D'AIDE D'ANATOMIE. — Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Muscles moteurs du globe oculaire, section salivaire. »

MM. Galtier, 24; Blondin (S.), 23; Iselin, 28; Blondin (M.), 22.

— ASSISTANTS SUPPLÉANTS DE CONSULTATIONS. — Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultations de médecine ou de chirurgie générales dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique seront vacantes le 1er janvier 1927.

Les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris qui désirent être désignés pour exercer ces fonctions sont priés d'adresser leur candidature d'urgence au bureau du Service de santé de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris.

CONFÉRENCES PRÉPARATOIRES POUR L'EXTERNAT ET L'INTERNAT. — Les internes en chirurgie, conférenciers d'externat et d'internat ont décidé, en raison de l'augmentation continuelle du coût de la vie, de majorer le prix de leurs conférences.

A partir d'octobre 1926, le prix des conférences sera de 50 fr. pour l'externat et de 80 fr. pour l'internat.

Il convient de remarquer que cette augmentation n'est que la seconde depuis la guerre et que le nouveau prix des conférences est simplement le double du prix d'avant-guerre.

Comme par le passé, et conformément aux généreuses traditions de l'internat, des conditions particulières seront toujours consenties aux candidats de situation modeste.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NÎMES. — La Commission administrative des hôpitaux de Nîmes donne avis qu'il sera ouvert, le vendredi 3 décembre prochain, à l'hôpital Ruffi, 12, rue de Montpellier, à Nîmes, un concours pour trois places d'interne.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 novembre 1926, dernier délai.

GUERRE. — CONCOURS POUR LA NOMINATION DE PROFESSEUR A L'ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Le concours annuel, prévu par le décret du 7 mai 1908 et l'instruction du 15 juin 1909, pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, qui devait avoir lieu le 18 octobre 1926, est reporté au 8 novembre 1926 (suite à la notification parue au *Journal officiel* du 9 juin 1926).

— Mutations :

Médecins principaux de 1re classe. — MM. Rambaud, médecin chef de l'hôpital militaire de Marseille, est nommé directeur du Service de santé du 30e corps d'armée (service); Dor, des salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens, est affecté à l'hôpital militaire de Marseille, médecin chef, désigné comme président de la commission de réforme.

Médecin principal de 2e classe. — M. Camus (Maroc) est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens, désigné comme président de commission de réforme.

Médecin-major de 1re classe. — M. Dellys, du 516e rég. de chars de combat, est affecté aux salles militaires de l'hospice

mixte d'Orléans, service central d'électroradiologie et de physiothérapie.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Gaillard, du 18e escad. du train des équipages militaires, est affecté à la direction du Service de santé de la 18e région à Bordeaux; de Courrèges, du 170e d'infanterie, est affecté à la légion de la garde républicaine à Paris; Fournier, des troupes du Maroc, est affecté aux troupes du Levant; Castex, des troupes du Levant, est affecté au 3e rég. de hussards à Strasbourg; Prost, des territoires du Sud-Algérien, est affecté au 32e rég. d'aviation à Dijon; Louis, du 3e rég. de hussards à Strasbourg, est affecté au 170e d'infanterie, tête de pont de Kehl; Villon, des troupes du Maroc, est affecté aux troupes du Levant; Ayme, des troupes du Maroc, est affecté aux troupes du Levant.

LA FUSION DES SERVICES AUTOMOBILES DE L'ARTILLERIE ET DU SERVICE DE SANTÉ. — Un décret vient, par mesure d'économie, de rendre au service de l'artillerie, chargé d'assurer l'ensemble des transports automobiles dans l'armée, le service automobile propre au service de santé.

Il ne fait pas de doute que cette fusion sera de nature à procurer une réduction sensible des frais généraux et, par suite, une économie dans le fonctionnement des services.

Par contre, il importe qu'elle soit réalisée sans qu'il en résulte aucun préjudice pour les malades et les médecins et de manière que le Service de santé continue à disposer à tous moments des voitures nécessaires.

Ce service possède actuellement trois sortes de voitures automobiles :

1° Les voitures techniques spéciales (camions de stérilisation, de radiologie, de pharmacie, de chirurgie, etc.);

2° Des voitures de transports sanitaires;

3° Des voitures médicales de liaison permettant de transporter un médecin, un infirmier et un malade.

Il ne peut être question de passer au service de l'artillerie les voitures techniques spéciales du service de santé; par contre, les voitures de transports sanitaires et les voitures de liaison peuvent lui être rendues sous la réserve formelle que le service de santé continue à pouvoir disposer en permanence des voitures qui lui sont nécessaires pour transporter de toute urgence le malade ou le médecin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Raguet (de Paimbœuf), Tréguier (de Cuers), Henri Pélégrin (de Villeneuve-de-Berg), du Bourguet (de Marseille), le professeur G. Ferré, fondateur de l'Institut Pasteur de Bordeaux; un des plus anciens élèves de Pasteur et le maître respecté d'innombrables étudiants de Bordeaux.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS LIBRE SUR L'ASSISTANCE MÉDICO-SOCIALE. — M. le docteur P.-F. Armand-Delille commencera le mercredi 3 novembre 1926, à 6 h. du soir, à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre de l'École pratique) et continuera les mercredis suivants, à la même heure, une série de seize conférences sur l'assistance médico-sociale.

HOPITAL SAINT-ANTOINE (Service du docteur Félix RAMOND). — UNE SEMAINE DE GASTROLOGIE CLINIQUE. — Du 8 au 14 novembre, le docteur Félix Ramond, assisté de MM. Ch. Jacquelin, Zizine, Benoît, fera, dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'estomac et du duodénum et les méthodes nouvelles d'exploration et de diagnostic.

Des démonstrations pratiques accompagneront ces conférences.

PROGRAMME. — *Conférences.* — 8 et 9 novembre. Méthode d'examen d'un dyspeptique : Etudes cliniques, étude du suc gastrique, étude radiologique, étude gastroscopique, renseignements fournis par l'exploration biliaire.

10 novembre. Les troubles fonctionnels de l'estomac : L'atonie gastrique, les spasmes, les aérogastries, les dyspepsies nerveuses et réflexes.

11 et 12 novembre. Les maladies de l'estomac : les gastrites, l'ulcère du duodénum, le cancer de l'estomac, les autres maladies spécifiques de l'estomac.

13 novembre. Déformation de l'estomac et de ses orifices : La ptose gastrique, la dilatation, les sténoses, la biloculation.

14 novembre. La diététique gastrique : La thérapeutique.

Travaux pratiques. — Examens radiologiques quotidiens de l'estomac, du duodénum, de la vésicule.

Tubage gastrique : Examen du suc gastrique par la méthode de Linossier. Pratique de la recherche du pH gastrique.

Gastroscopie : Les instruments. La technique. Les difficultés.

Tonométrie (docteur Gaultier) : Mesure de la pression gastrique. Massage pneumatique de l'estomac. Applications thérapeutiques.

Tubage duodénal : Pratique de l'épreuve de Meltzer-Lyon et de l'étude chimique, cytologique et bactériologique des biles A. B. C.

Examens de pièces opératoires : Etude macroscopique et histologique.

Examens coprologiques utiles ou diagnostic des dypepsies.

Les conférences sont gratuites.

Pour les travaux pratiques et examens radiologiques verser un droit de 200 francs et s'inscrire, en raison du nombre limité des places, auprès du docteur Ch. Jacquelin, hôpital Saint-Antoine, salle Lorain.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

HÔPITAL SAINTE-ISABELLE. (Fondation Edouard Martinez de Hoz, 24, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine.) — Les consultations et hospitalisations gratuites sont reprises depuis le 1er octobre, à l'hôpital Sainte-Isabelle les mardi, jeudi, samedi, à 9 heures.

HÔPITAL D'UROLOGIE ET DE CHIRURGIE URINAIRE (156 *bis*, avenue de Suffren, XVe). — ENSEIGNEMENT COMPLET DE LA CHIRURGIE URINAIRE ET DES TECHNIQUES UROLOGIQUES MODERNES. — Semestre d'hiver à partir du jeudi 21 octobre 1926. — Chef du service : M. le docteur F. Cathelin; assistants titulaires : docteurs Boulanger, Grandjean et Brulé; assistant adjoint : docteur Quenay; assistant chirurgical : docteur G. Yvon; assistant médical : docteur Siguret; chefs des laboratoires : docteurs Beauvy, Detot, Le Guyon et Lobligeois.

Programme. — Consultations : les mardis, jeudis et samedis, de 9 à 11 h.

Opérations et lithotritie : les vendredis, à 9 h., au pavillon annexe.

Cystoscopie et cathétérisme des uretères : les mardis et samedis, à 9 h. 1/2.

Radiographies : les mercredis, à 9 h.

Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches : les jeudis, à 10 h.

Injections épidurales et électricité (haute fréquence) : les mercredis, à 9 h. 1/2.

Urétrites et examen des gouttes : les lundis, à 10 h.

Traitements : tous les jours, le matin, de 8 h. à midi.

Le musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves.

Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales.

Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. — S'adresser tous les matins chez le concierge, 156 *bis*, avenue de Suffren.



XXXVe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 4-9 octobre 1926.)

PREMIÈRE QUESTION

PATHOLOGIE DES MÉNISQUES DU GENOU

Résumé du rapport de MM. A. Mouchet (de Paris) et L. Tavernier (de Lyon).

Des lésions que peuvent présenter les ménisques, *traumatiques* et *pathologiques*, les premières sont de beaucoup les plus importantes. Les secondes, d'ailleurs, ne sont probablement que des séquelles de lésions traumatiques anciennes. La *méniscite* ne semble pas avoir d'existence propre.

Quelques *notions anatomiques et physiologiques* sont utiles à rappeler.

Le ménisque interne est attaché plus solidement au niveau de sa périphérie à la capsule que le ménisque externe. D'autre part, ses cornes ont leurs insertions plus éloignées l'une de l'autre que celles du ménisque externe. Il est possible que ces dispositions anatomiques expliquent pour une part la prédominance des lésions traumatiques du ménisque interne.

Les deux fibro-cartilages sont réunis en avant par une bandelette fibreuse, le ligament transverse. Ce ligament, ténu, manque dans 10 p. 100 des cas, et il semble bien qu'il ne joue aucun rôle dans la fissuration longitudinale du ménisque.

Les ménisques n'ont pas de vascularisation propre; les vaisseaux nourriciers que leur fournit la capsule s'arrêtent à leur base sans pénétrer dans leur substance fibrillaire.

Dans le jeu de l'articulation les ménisques fuient devant l'appui fémoral, repoussés en avant dans l'extension et en arrière dans la flexion. L'étendue de ce déplacement est de 1 centimètre pour le ménisque externe, de 8 millimètres pour le ménisque interne.

Dans la rotation de la jambe, les déplacements des ménisques sont beaucoup plus limités que dans la flexion et l'extension. Dans la rotation externe, au cours de laquelle se produisent fréquemment les lésions méniscales, la partie antérieure du ménisque interne, suivant la capsule, se déplace en avant et en dehors, tandis que son extrémité postérieure est refoulée en arrière par le condyle. Cet étirement peut amener, soit l'arrachement de la corne antérieure, soit la fissuration du corps méniscal.

Lésions traumatiques des ménisques. — Ces lésions ne sont guère individualisées que depuis une trentaine d'années, c'est-à-dire depuis le moment où on les a constatées opératoirement. Mais les statistiques des chirurgiens français, quoiqu'elles prennent de plus en plus d'importance, sont encore très pauvres par rapport à celles des Anglais, des Américains et des Suisses.

La pratique plus développée de certains sports, comme le foot-ball ou le ski dans les pays anglo-saxons et en Suisse, ne suffit pas à expliquer cette disproportion des statistiques. Il est vraisemblable qu'en France on ne songe pas encore assez à ces lésions et qu'on n'ose pas les diagnostiquer. Puis il intervient peut-être un autre élément. Les chirurgiens suisses ont remarqué une certaine concordance entre la topographie régionale des lésions des ménisques et celle du goitre.

Étiologie. — Les traumatismes des ménisques s'observent surtout chez les adolescents et les adultes, dans la pratique des exercices violents et de certaines professions — mineurs, poseurs de tapis — qui exposent au passage brusque de la position accroupie à la position debout. Mais l'accident causal peut être minime et même passer presque inaperçu.

Le genou droit est plus souvent atteint que le gauche [89 droits pour 57 gauches (Bircher)]. Le ménisque interne plus souvent que l'externe [78 p. 100 (Bircher)].

Chez la femme, les lésions du ménisque externe seraient relativement plus fréquentes que chez l'homme.

Enfin, il y a des prédispositions encore mal connues.

Anatomie pathologique. — La luxation du ménisque n'a pas d'autonomie; elle n'est, quand elle existe, que la conséquence d'une fracture.

La *fissuration longitudinale* est la forme anatomique la plus fréquente. Elle est généralement complète, divisant le ménisque en deux bandelettes, dont une latérale reste attachée à la capsule, et l'autre axiale, s'écartant plus ou moins, peut remonter dans l'échancrure intercondylienne (ménisque en anse de seau).

Par ordre de fréquence, viennent ensuite l'*arrachement de la corne antérieure* qui est l'origine d'altérations très diverses dans leur aspect; la *rupture transversale du ménisque*, complète ou incomplète, unique ou multiple; l'*arrachement de la corne postérieure* vraiment rare, et la *fissuration horizontale du ménisque* qui est une sorte de clivage dans le sens de l'épaisseur.

La *laxité méniscale*, décrite par la plupart des auteurs, n'est pas spéciale au ménisque seul et caractérise un état anatomique de la capsule articulaire tout entière.

Quant à la *méniscite traumatique*, décrite par César Roux au Congrès de chirurgie de 1895, elle n'a pas d'individualité anatomique, et le syndrome décrit par Roux semble correspondre à de petites déchirures. D'ailleurs on ne saurait admettre l'inflammation d'un tissu dépourvu de vaisseaux.

L'*évolution des lésions méniscales* est assez particulière. Il n'y a, en général, aucun processus de cicatrisation. Quelquefois les parties flottantes régularisent leurs formes en s'amoindrissant. Ces modifications morphologiques sont, en somme, celles des corps étrangers articulaires.

Mécanisme des lésions méniscales. — Ce mécanisme est encore très obscur. En tout cas, à part quelques cas exceptionnels, il est constamment indirect.

Les rapporteurs, rejetant les théories compliquées et peu claires de Surls et Osgood, de Steinmann, proposent pour les fissurations longitudinales l'explication suivante :

Le ménisque est presque solidaire du tibia, tandis que les condyles fémoraux glissent sur lui. Si, dans un mouvement forcé, le condyle coince le ménisque et l'entraîne, la base fixée à la capsule ne pourra suivre le déplacement, d'où déchirure longitudinale entre les deux parties de ce ménisque tiraillées en sens contraire.

Les autres variétés de lésions sont plus difficiles à comprendre.

Mais pourquoi le ménisque interne est-il beaucoup plus souvent atteint que l'externe? Les rapporteurs pensent que cela est dû, plutôt qu'aux raisons anatomiques invoquées par les Anglais, au mode de fonctionnement du genou. Les jambes sont les deux piliers d'une voûte très haute, surchargeant à la compression les appuis internes, au détriment des externes, ce qui explique le coincement plus habituel du ménisque interne.

Symptômes. — L'histoire typique d'une lésion méniscale comporte un épisode initial généralement qualifié d'entorse, puis une longue série d'accidents qui se succèdent, entrecoupés de périodes d'accalmie et dont le plus typique est le blocage de l'articulation. Il convient de faire d'abord une étude analytique des symptômes.

L'*accident initial* paraît quelquefois manquer, c'est-à-dire qu'une lésion du ménisque peut se produire à bas bruit, avec un minimum de causes, au cours d'un fonctionnement articulaire banal.

Assez souvent cet accident initial paraît être une simple entorse.

D'autres fois le blocage se produit dès l'accident initial. C'est par exemple ce qui arrive presque toujours quand l'accident survient dans un mouvement pour se relever de la position assise ou accroupie.

Le *blocage* qui est le signe le plus caractéristique et survient brusquement à l'occasion d'un mouvement anormal, consiste en une immobilisation brusque du genou qui ne garde plus que la liberté de flexion.

Les conditions dans lesquelles apparaît le blocage sont presque toujours les mêmes pour un malade donné. C'est en

général un mouvement précipité, souvent une torsion ou une extension brusque après flexion forcée.

La douleur est vive mais dure peu. L'arrêt de l'extension se fait d'ordinaire entre 150 et 170 degrés. Les efforts d'extension font parfois saillir le ménisque à la partie antéro-interne de l'interligne.

La durée du blocage est très variable. Les patients finissent par connaître très bien les manœuvres les plus propres à amener la réduction : en général mise au repos de quelques instants et mouvements alternés de flexion et d'extension. Mais chez certains malades le blocage est irréductible et persiste des semaines, jusqu'à l'opération. A l'opposé sont les blocages qui se réduisent si vite que le malade ne se rend pas compte exactement de ce qui se passe. C'est la forme entorse à répétition des lésions du ménisque.

Le mécanisme du blocage, du moins du blocage stable et difficilement réductible a pu être élucidé par les constatations opératoires. Il s'agit toujours du déplacement dans l'espace intercondylien d'un ménisque en anse de seau. Dans la flexion l'échancrure intercondylienne est large et profonde, le ménisque luxé y flotte librement. Dans l'extension l'échancrure intercondylienne disparaît, la bande méniscale luxée d'une part ne trouve plus sa place dans la faible gorge de la poulie rotulienne, d'autre part se tend comme une jugulaire en travers du condyle interne qui présente à ce niveau le relief de la crête condylo-trochléenne. En somme le blocage stable ne peut être déterminé que par la luxation du ménisque en anse de seau, les blocages fugaces sont causés par toutes les autres lésions méniscales qui comportent des parties arrachées plus ou moins flottantes.

La *douleur* est caractérisée par son siège et sa périodicité. Elle siège en un point précis, au niveau de l'interligne entre le bord du ligament rotulien et le bord du ligament latéral. Il arrive même que des lésions de la corne postérieure se manifestent par une douleur de siège classique. Elle s'irradie, dans les cas sévères, à la cuisse et à la jambe.

Elle est rarement continuelle. Les phases douloureuses commencent brusquement et finissent de même. Et cette périodicité des douleurs paraît due à des changements de position des parties déchirées du ménisque qui gênent ou laissent libre le jeu de la jointure, suivant la manière dont elles se placent.

Les malades n'ont pas tous des rémissions complètes entre les paroxysmes, certains conservent un état douloureux habituel que l'exercice exagère.

L'*hydarthrose* est le plus irrégulier des symptômes. Quand elle existe, elle est périodique comme la douleur, succédant à une luxation ou à une position défavorable du ménisque. Il est très difficile de dire pourquoi certains sujets ont de l'hydarthrose et d'autres pas. Il est peu probable que le tempérament du malade soit en cause comme le croit Bircher car dans l'évolution d'une même lésion méniscale l'hydarthrose, qui s'est montrée à une période, manque quelquefois à un autre malgré des blocages répétés.

L'*atrophie musculaire* est constante mais d'importance très variable et surtout visible au tiers inférieur de la cuisse.

Il faut noter qu'à côté des signes propres aux lésions des ménisques, apparaissent assez souvent les signes de lésions surajoutées, arthrite sèche et lésions ligamenteuses telles que rupture du ligament latéral interne et distension ou rupture du ligament croisé antérieur.

Formes cliniques. Évolution. Pronostic. — Les formes cliniques se divisent en deux groupes suivant qu'il s'agit de cas à symptomatologie classique comportant des blocages typiques entrecoupés de périodes d'accalmie ou de cas frustes dont les manifestations cliniques se réduisent parfois à un seul symptôme constituant la forme douloureuse, la forme hydarthrose, la forme entorse à répétition.

Au cours de la longue évolution d'une lésion méniscale la symptomatologie peut se modifier et passer d'une forme à une autre. Rien d'ailleurs n'est plus variable que l'évolution d'une lésion méniscale qui tantôt garde constamment le même aspect, tantôt marche par poussées successives, tantôt s'aggrave avec le temps, tantôt s'atténue au contraire assez complètement pour qu'on puisse parler de guérison.

Mais on peut dire que la lésion ne guérit jamais anatomiquement. Quand les accidents ont été de très courte durée, il y a plus de chance de guérison spontanée. Cependant le risque d'accidents persiste tant que le ménisque n'a pas été enlevé.

Diagnostic. — Les cas à symptomatologie complète sont faciles à reconnaître. Pour les cas frustes, il faut attendre assez longtemps. La vraie base en effet du diagnostic, c'est l'histoire du malade et la périodicité de ses accidents.

La radiographie ne donne que des renseignements négatifs en raison de la transparence des cartilages. Néanmoins on est arrivé à faire apparaître les ménisques, en injectant de l'air dans l'articulation. C'est la méthode préconisée en 1905 par Hoffa et Werndorf et, depuis, en France par Terracol et Colanéri, etc. Elle est peu répandue et ne peut guère montrer que les désinsertions capsulaires. Elle présente en outre l'inconvénient d'être assez douloureuse et de déterminer quelquefois une réaction articulaire.

L'arthroscopie, malgré l'opinion favorable de Bircher, n'est pas plus instructive ni moins grave qu'une arthrotomie exploratrice.

Diagnostic différentiel. — Le problème est tout différent suivant qu'il s'agit de cas récents ou de cas anciens.

Dans les cas récents, on peut soupçonner une lésion méniscale dès l'accident initial par la façon dont il est survenu, par une localisation au lieu d'élection de la douleur spontanée ou provoquée. Mais c'est un diagnostic qu'il est impossible d'affirmer. Il y a des hémarthroses dont la guérison traîne, surtout lorsque le sang n'a pas été évacué et d'autre part bien des lésions résiduelles peuvent donner lieu à des accidents analogues à ceux des déchirures des ménisques.

Dans les cas anciens la périodicité des accidents permet d'éliminer les diagnostics d'arthrites rhumatismale, tuberculeuse ou syphilitique.

Le diagnostic difficile est de reconnaître entre eux les syndromes post-traumatiques.

Les *corps flottants articulaires* ne sont difficiles à reconnaître que s'ils restent dans l'échancrure intercondylienne. Et ici la radiographie est utile car ces corps flottants étant presque toujours partiellement osseux se voient sur le cliché.

Les *franges synoviales* qui résultent de la cicatrisation de lambeaux effilochés du ligament adipeux donnent lieu à un syndrome douloureux mais jamais au blocage. Elles peuvent en imposer pour une lésion méniscale fruste.

Les *ruptures ligamenteuses*, les *fractures de l'épine tibiale* se révèlent par des symptômes assez différents de ceux des lésions des ménisques.

Traitement. — Il n'y a pas de traitement médical : l'immobilisation calme les douleurs, le massage les exagère.

On a renoncé à la *méniscopexie*, opération insuffisante, souvent impossible, illogique d'ailleurs dès l'instant que l'ablation du ménisque n'entraîne aucune gêne fonctionnelle.

Il faut enlever le ménisque, pratiquer une *méniscectomie*.

Les rapporteurs montrent les avantages de l'ablation totale du ménisque par une incision transversale, sectionnant le ligament latéral. C'est la seule technique que permette l'examen complet du ménisque et l'extirpation de la corne postérieure dont la conservation risque d'entretenir des accidents.

L'importance de cette exploration et de cette ablation de la corne postérieure est telle que les opérateurs qui se refusent à couper le ligament latéral en sont venus pour les réaliser à des procédés complexes : incision postérieure complémentaire (Alwyn Smith, Elmslie, etc.), ou à l'extirpation préalable du segment antérieur du ménisque sain dans le seul but d'explorer la corne postérieure (Bristow).

L'objection qu'on oppose à cette technique est la crainte du manque de solidité du genou après section du ligament latéral. Avec la technique de suture précisée par Tavernier, cette crainte n'est pas justifiée (suture serrée en flexion légère du genou, position de relâchement du ligament). Les mouvements de latéralité sont même corrigés lorsqu'ils existaient auparavant.

Les résultats ainsi obtenus sont constamment parfaits dans les cas où le ménisque seul est en cause, comme le montre la statistique de 48 cas de Tavernier.

L'arthrite sèche qu'on a accusée d'assombrir le pronostic éloigné de ces opérations, et qui a été attribuée par les uns à l'opération (Roux), par les autres au retard apporté à l'opération et à la longue irritation de la synoviale par le ménisque

déchiré (Bircher), paraît exceptionnelle aux rapporteurs, qui tendent à la rattacher plutôt aux lésions ostéo-cartilagineuses traumatiques associées aux ruptures des ménisques. Ce sont ces lésions associées qui conditionnent les imperfections légères dans les résultats éloignés de l'opération.

La restauration fonctionnelle intégrale obtenue régulièrement dans les cas sans lésions sssociées permet d'étendre l'indication opératoire à tous les cas où la lésion gêne vraiment le malade. Dans les cas récents seulement, l'expectation reste à conseiller à cause des risques d'erreurs de diagnostic assez fréquentes.

Lésions pathologiques : Kystes des ménisques. — Ce sont en réalité des pseudo-kystes, sans revêtement épithélial, causés par une dégénérescence hydropique particulière du fibro-cartilage, dont l'étude a été faite — surtout en France — par Oudard et Jean dans ces dernières années.

Les rapporteurs rassemblent 24 cas bien observés de cette lésion, constatée snrtout chez des hommes jeunes.

Tous les cas, sauf un de Ollerenshaw (de Manchester), siégeaient au *ménisque externe* sans qu'on puisse savoir pourquoi.

Leur pathogénie reste obscure.

Comme ils n'ont aucune tendance à la guérison, qu'ils augmentent de volume et causent des douleurs, le mieux est d'enlever ces kystes et avec eux le ménisque altéré.

DISCUSSION

M. Willems (de Liége) considère l'intervention sanglante comme la méthode de choix et reste fidèle à l'arthrotomie verticale longue sous anesthésie locale.

S'il s'agit de « pseudo-méniscite », il enlève en bloc le paquet fibro-adipeux et la bourse sous-rotulienne.

Dans tous les cas il pratique une mobilisation active immédiate pour restaurer la fonction articulaire et conserver la force musculaire.

M. Kummer (de Genève) insiste sur la nécessité d'une bonne radiographie qui donnera souvent des renseignements précieux, notamment dans les cas complexes avec foyers d'ostéochondrite.

Il distingue les formes légères où il pratique un déblocage suivi de mobilisation et de massage, les formes moyennes qu'il traite par des injections d'acide phénique à 5 p. 100, les formes graves qui seules lui paraissent relever de la méniscectomie.

Il croit à l'existence des formes chroniques.

M. Galeazzi (de Milan) a spécialement étudié l'anatomie des ménisques et des ligaments du genou. De ses recherches il conclut qu'une série de trousseaux fibreux, non décrits par les classiques, unissent solidement les ménisques au tibia et aux ligaments croisés. D'autres éléments fibreux solidarisent les ménisques entre eux.

La résistance de ces tissus au cours de certains mouvements forcés expliquerait la formation des fissurations longitudinales des ménisques et l'arrachement de leurs cornes.

Expérimentalement, l'auteur a pu reproduire ces différentes lésions sur le cadavre.

M. Steinmann (de Berne) pense que la cause des accidents doit être recherchée surtout dans une disposition anatomiqne anormale.

Les arrachements partiels seraient plus fréquents que ne l'ont dit les rapporteurs.

La formation des fissures longitudinales s'explique mal par l'hypothèse de la traction seule. Celle-ci attire le ménisque vers l'intérieur de l'articulation, le quadriceps se contracte alors et c'est une déchirure par éclatement qui se produit en définitive.

L'auteur ne croit ni à l'action du choc direct, ni à l'influence de l'arthrite déformante, ni à celle d'un vice de fonctionnement des glandes endocrines. Il rappelle qu'il a décrit un signe important consistant dans une douleur de la partie moyenne du genou dans la rotation externe ou interne suivant que la rupture siège sur le ménisque interne ou externe.

Au cours de l'intervention mieux vaut respecter le ligament latéral interne et utiliser l'incision longitudinale. L'auteur a imaginé « un méniscotome » qui permet l'ablation facile du ménisque entier à travers une petite incision.

M. Brandligt (d'Anvers) insiste sur le caractère souvent familial de la méniscite.

Chez trois malades présentant depuis longtemps des phénomènes d'arthrite sous la dépendance d'une lésion méniscale ancienne et méconnue, il a pratiqué l'ablation d'un ménisque très déformé et obtenu la récupération fonctionnelle du genou et la disparition des douleurs.

M. Judet (de Paris) présente deux observations d'arthrotomies du genou commandées par le diagnostic de lésions du ménisque interne.

Chez le premier malade, contrairement à ce qu'on avait cru, le ménisque fut trouvé sain. Son ablation amena cependant la guérison.

Chez le deuxième malade, le ménisque très altéré présentait des lésions d'arthrite sèche avec laxité anormale et hyperplasie cartilagineuse à sa partie moyenne. La guérison fut complète.

Dans les cas légers de l'adulte et chez les vieillards, l'auteur obtient souvent de bons résultats par le port d'une genouillère s'opposant aux mouvements de latéralité.

M. Imbert (de Marseille) insiste sur la fréquence des formes frustes et sur la difficulté de leur diagnostic.

L'hydarthrose, les douleurs, les raideurs, la laxité articulaire s'observent en dehors de toute atteinte des ménisques, voire même de tout traumatisme articulaire.

Les raideurs se voient après les fractures de jambe et de cuisse. La laxité est en grande partie sous la dépendance de l'atrophie du quadriceps et n'est nullement pathognomonique des ruptures ligamentaires. On la rencontre fréquemment après les fractures du membre inférieur traitées par l'extension continue.

M. Delagenière (du Mans) rapporte quatre cas personnels de fractures des ménisques opérés et suivis.

Le blocage est un symptôme de grande valeur mais inconstant. A son défaut, le diagnostic se fonde sur l'existence d'une zone douloureuse répondant à l'interligne interne de l'articulation près du tendon rotulien.

Le massage doux et prolongé peut donner de bons résultats dans certains cas légers, mais l'ablation des ménisques est le traitement de choix.

L'auteur utilise une incision curviligne épousant la courbure du condyle interne au niveau de l'interligne articulaire. Il ouvre l'articulation entre le tendon rotulien et le ligament latéral interne.

La résection subtotale est plus simple et plus facile que la résection totale ; elle semble donner d'aussi bons résultats.

M. Grimault (d'Algrange) rapporte un cas d'arrachement du ménisque interne du genou droit associé à un arrachement de l'épine du tibia. L'auteur qui avait eu l'occasion d'observer chez un autre accidenté, les graves conséquences pour le genou, de ces lésions abandonnées à elles-mêmes, a eu recours au traitement sanglant très précoce. Après laparotomie verticale transrotulienne du genou, il a réséqué la partie flottante du ménisque, réduit la fracture de l'épine et fixé le fragment osseux par un clou. La guérison a été rapide et parfaite.

M. Masmonteil (de Paris) a observé cinquante fois des lésions méniscales et opéré une vingtaine de blessés. Il distingue les cas graves avec blocage complet du genou et impotence absolue et les cas légers, pour lui de beaucoup plus fréquents. La symptomatologie est réduite, tantôt à une douleur dans les mouvements étendus et violents, tantôt à une douleur fixe qu'on attribue à une lésion tuberculeuse, tantôt à une gêne fonctionnelle, tantôt à un dérobement intermittent du genou. Le diagnostic de ces formes est difficile avec les lésions des ligaments croisés, les corps étrangers articulaires, les arthrites villeuses, etc.

Dans les formes graves, il pratique d'urgence l'arthrotomie transversale avec section du ligament latéral interne.

Dans les formes légères, l'auteur ne pratique l'arthrotomie transversale latérale que dans les formes à diagnostic précis. En cas de doute il fait l'arthrotomie antérieure en U, avec section transversale de la rotule qui permet seule une exploration suffisante de toute l'articulation.

M. MASINI (de Marseille) a observé 30 cas de lésions méniscales chroniques. Il en a opéré 7. L'auteur conseille d'essayer d'abord le traitement physio- et mécanothérapique. Si au bout d'un mois de ce traitement, les troubles persistent, il conseille l'ablation du ménisque. Les 7 ménisques enlevés par l'auteur présentaient les uns une déchirure du ligament méniscal interne avec déplacement de la corne antérieure du ménisque, les autres des ruptures partielles du ménisque avec lésions du cartilage articulaire; chez un blessé, l'auteur a observé, en même temps que des lésions méniscales, une partie de corps de ménisque détaché flottant dans l'articulation : « souris articulaire ».

Le traumatisme se trouve toujours à l'origine de ces lésions méniscales chroniques. Les blessés opérés par l'auteur étaient âgés de 20 à 25 ans, ils ont toujours guéri en trente-cinq jours de moyenne. Les meilleurs résultats obtenus sont ceux où il a pu extirper le ménisque en totalité. L'auteur est partisan de l'incision transversale avec section provisoire du ligament latéral interne, cette incision donne le meilleur jour pour l'ablation du ménisque en totalité, la réfection de ce ligament suivant la méthode de Tavernier lui a donné des résultats parfaits. Sur 7 cas opérés, 6 fois il s'agissait du ménisque interne et une fois seulement du ménisque externe. M. Masini a revu 4 de ses opérés et les résultats éloignés au bout de sept ans sont excellents.

M. ROUX (de Lausanne) a pu prélever sur plusieurs malades des fragments de ménisques qui, examinés histologiquement, ont montré la réalité d'une infiltration inflammatoire chronique avec formations kystiques. Il considère la maladie de Hoffa comme étant la séquelle d'une méniscite chronique mal soignée

M. ESTOR (de Montpellier). La localisation des lésions sur le ménisque externe est rare. L'auteur rapporte l'observation d'un cas qu'il a opéré et guéri et dans lequel seul le ménisque externe était altéré. A l'incision du ligament latéral, il préfère la section temporaire du ligament rotulien.

M. FRŒLICH (de Nancy) essaie souvent le traitement conservateur suivant la méthode que voici : mobilisation du genou sous chloroforme par traction flexion et extension, puis immobilisation platrée pendant trois semaines. Le ménisque altéré se trouve refoulé en un point où il ne gêne pas. Sur 20 cas ainsi traités, il obtint 12 guérisons définitives.

M. PATEL (de Lyon) cite 2 cas de lésion du ménisque interne où l'ablation de ce menisque isolé n'amena pas une guérison parfaite. A cause de la persistance des douleurs, l'auteur réintervint et pratiqua l'ablation du ménisque externe qui était sain. Une guérison complète suivit.

M. RŒDERER (de Paris) tient à répondre aux arguments des rapporteurs en ce qui concerne l'examen radiographique des genoux insufflés pour la recherche des lésions méniscales.

Il rappelle que les expériences de Terracol et de Colaneri en 1921, les investigations chirurgicales de ces auteurs, de Picqué, de Chauvin et Bourde, ont donné des résultats qui ne sont pas sans intérêt.

En outre, Terracol et Colaneri ont bien défini la technique et les indications. Il ne faut donc pas demander à cette méthode plus qu'elle ne peut donner; c'est-à-dire, qu'elle met en évidence surtout la désinsertion méniscale, la rupture transversale, l'arrachement aux cornes et l'hypertrophie du ménisque.

Dans ces cas, elle ne sera pas infidèle comme le disent les rapporteurs.

Enfin, M. Rœderer affirme que l'injection n'est pas douloureuse si elle est faite dans une synoviale distendue, qu'il n'y a aucun accident inflammatoire et que les « ratés » sont nuls si l'on a soin de suivre la technique de Terracol et Colaneri.

Enfin, l'auteur pense que peut-être avec un autre gaz ou un autre liquide on pourrait reconnaître toutes les lésions méniscales.

M. DELCHEF (de Bruxelles) apporte des observations montrant que des ruptures méniscales contrôlées opératoirement n'ont jamais provoqué le blocage, tandis que d'autres affections du genou (corps étrangers, par exemple) laissant les ménisques indemnes, peuvent simuler, blocage compris, la symptomatologie d'une lésion méniscale.

Il serait donc excessif d'établir en équation blocage = lésion méniscale; pas de blocage = intégrité des ménisques. Sous peine d'entraîner des interventions inutiles ou de faire perdre à des malades le bénéfice d'interventions nécessaires, il ne faut pas cacher aux praticiens la complexité très réelle de la question. Le traitement ne peut être que la ménisectomie totale. Convaincu qu'aucune incision rectiligne ne permet l'exploration complète et l'ablation facile du ménisque, M. Delchef fait une incision angulaire combinant avec la trans-rotulienne verticale une transversale interne ou externe poussée aussi loin qu'il est nécessaire. Pas de plâtre; mobilisation active, immédiate.

Le résultat anatomique et fonctionnel fut excellent chez deux malades opérés, suivant cette technique.

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

VIIIe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

(Paris, 8 octobre 1926.)

Résumé des rapports :

PREMIÈRE QUESTION

LE GENOU PARALYTIQUE

Rapporteur : M. le professeur G. NOVÉ-JOSSERAND (de Lyon).

Dans son travail très complet et extrêmement documenté, le rapporteur rappelle d'abord la physiologie des muscles moteurs du genou à l'état normal et pathologique.

C'est la poliomyélite qui fournit presque tous les genoux paralytiques, les cas traumatiques sont l'exception.

Dans la paralysie infantile les muscles moteurs du genou sont presque aussi souvent atteints que les moteurs du pied.

L'importante statistique du rapporteur, de même que celle des autres auteurs, montre que le genou paralytique est le plus souvent associé à une paralysie des moteurs du pied, plus rarement de la hanche, enfin plus rarement encore à une paralysie du côté opposé.

Troubles fonctionnels. — La *paralysie isolée du quadriceps* entraîne en apparence peu de troubles, surtout en terrain plat. Cependant elle constitue une véritable infirmité : chutes fréquentes en terrain accidenté, difficultés de monter et descendre les escaliers.

La *paralysie isolée des fléchisseurs* entraîne bien moins de gêne mais contribue au relâchement du genou.

Les *paralysies associées* compliquent très fréquemment la situation. La paralysie du triceps sural diminue beaucoup la solidité du pied, la déviation en talus qui en résulte, par le déplacement en arrière de la ligne de gravité, augmente la difficulté de la marche dans la paralysie du quadriceps.

L'équinisme, par un effet inverse, facilite la marche du fait du déplacement en avant de la ligne de gravité, et l'appui fourni par la rétraction du triceps.

La déviation en flexion de la hanche, en reportant la ligne de gravité en avant, rend la marche difficile avec le genou paralysé. Elle n'est possible que si le grand fessier est resté assez puissant pour fixer le fémur sur le bassin.

La paralysie du tronc a un retentissement moins direct sur la marche.

La paralysie des deux côtés complique moins la situation qu'on ne pourrait s'y attendre.

Déformations secondaires. — La paralysie des muscles moteurs du genou entraîne des déformations secondaires très fréquentes : 40 p. 100 sur les 323 cas de la statistique personnelle du rapporteur. Elles résultent surtout de la rétraction musculaire par action des antagonistes conservés ou par suite des positions prolongées (position couchée ou assise des

grands paralysés) à un moindre degré des troubles trophiques.

La position du genou en flexion est la plus fréquente (26 p. 100) et ne relève pas toujours de la conservation des fléchisseurs, mais surtout de la flexion de la hanche (position assise). Elle se compense par l'équinisme du pied, et la marche devient possible si le grand fessier et les ischio-jambiers sont assez puissants.

Le genu recurvatum est plus rarement la conséquence de la paralysie des fléchisseurs. On l'observe surtout chez les malades qui marchent : mise en hyperextension du genou pour le bloquer, compensation d'une déviation du pied (talus ou équinisme).

Dans beaucoup de cas (paralysie du quadriceps, pieds talus, équin) il facilite la marche et ne devient une gêne, par laxité exagérée du genou, que s'il atteint un degré très marqué.

Le genu valgum et la rotation externe de la jambe peuvent résulter de la rétraction du biceps et aussi d'une attitude vicieuse au lit (accroupi) ou d'une compensation d'un varus du pied.

Le genu varum est plus rare.

Dans quelques cas, pour que le genou ne puisse se fléchir pendant la marche, le malade le tourne en entier en rotation externe et la position devient habituelle.

La laxité de l'articulation du genou par allongement des ligaments diminue singulièrement sa solidité et la luxation de la rotule peut en résulter.

Traitement. — Des lésions aussi complexes entraînent naturellement une grande complexité dans les indications thérapeutiques.

Dans le genou paralytique simple, sans déformation, trois méthodes méritent d'être discutées.

1° La TRANSPLANTATION TENDINEUSE se présente la première à l'esprit. Le triceps paralysé est remplacé, soit par des muscles synergiques conservés (couturier, fascia lata), soit, en leur absence, par les antagonistes (biceps, ischio-fémoraux), ou même par l'association des deux. L'examen des faits montre que la transplantation n'a pas répondu aux espérances qu'elle avait fait naître. Le but idéal : la restauration de l'extension active n'est pas atteinte le plus souvent, on n'obtient qu'une fixation du genou (myodèse) qui permet la marche sans appareil, mais les résultats ne se maintiennent pas.

Le rapporteur conclut qu'actuellement la seule transplantation à retenir est celle du couturier et du fascia lata, isolée ou associée, et cette intervention doit être réservée à la paralysie limitée au quadriceps ou peu étendue avec genou solide et non déformé.

2° L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS STATIQUES DU MEMBRE (méthode de Putti) constitue la deuxième méthode applicable aux paralysies du quadriceps et même du membre inférieur entier.

Normalement, la ligne de gravité passe en arrière de la hanche, en avant du genou, en avant du cou-de-pied. Dans la station debout, le poids du corps tend à étendre la hanche et le genou, à fléchir le cou de pied. Ce mouvement est arrêté à la hanche et au genou par la tension des ligaments (ligament de Bertin à la hanche, ligaments postérieurs au genou); au cou-de-pied la flexion n'est arrêtée que par la tension du triceps sural.

Si donc, sur un membre complètement paralysé on met la hanche et le genou en hyperextension et que la flexion dorsale du pied soit impossible (équinisme) ou limitée par la création d'un butoir osseux sur l'astragale (arthrorisis de Putti), la station sur ce membre sera possible comme sur un membre artificiel, et si à la hanche un fléchisseur comme le psoas, un extenseur comme le grand fessier sont conservés, la marche est possible sans appareil.

Chez les paralysés, si la hanche et le genou sont fléchis, il faut opératoirement les amener à l'hyperextension, et, si le pied n'est pas fixé en équinisme, faire l'arthrorisis (limitation de la flexion dorsale).

Cette méthode, qui permet de supprimer tout appareillage, a donné dans les genoux paralytiques des succès beaux et durables.

3° MÉTHODE D'ENRAIDISSEMENT DU GENOU. — A l'appareil à verrou on a tenté de substituer la ténodèse, une butée osseuse sur le tibia, la fixation de la rotule, qui restent des méthodes aléatoires. Malgré la gêne fonctionnelle qu'elle entraîne l'arthrodèse a les préférences du rapporteur dans les cas où la laxité articulaire contre-indique la méthode de Putti. Elle donne un membre solide. On peut la pratiquer dès sept ou huit ans s'il n'y a pas de déformation, treize à quatorze ans dans le cas contraire. Les échecs proviennent d'une immobilisation insuffisamment prolongée.

Traitement des déformations. — Le redressement de la flexion du genou et du genu valgum qui souvent l'accompagne peut être exécuté, dans les cas légers, par manipulations et gouttières, dans les cas marqués soit par l'appareil plâtré à tourniquet (Mommsen), par le redressement forcé en un temps tel que Ducroquet le préconise chez les jeunes, par le redressement par plâtres successifs tels que nous l'employons couramment dans le service du professeur Ombrédanne, par l'ostéotomie sus-condylienne qui peut venir compléter les méthodes précédentes. La résection du genou peut s'imposer chez l'adulte dans les grosses déformations.

Le genu recurvatum est justiciable du traitement par les appareils, une intervention n'est indiquée que si la laxité articulaire et excessive (opération de Stacker sur les ligaments croisés antérieurs et transplantation d'un muscle interne).

Si le relâchement ligamenteux a entraîné une luxation de la rotule, elle sera opérée selon les moyens employés dans la luxation récidivante.

DEUXIÈME QUESTION

TRAITEMENT DES SÉQUELLES DE LA COXALGIE

(En dehors du réveil de l'infection tuberculeuse.)

Rapporteur : M. Paul MATHIEU (de Paris).

Le rapporteur limite son sujet aux séquelles ayant pour siège la hanche, à l'exclusion des lésions à distance (scoliose, genu valgum) et des troubles trophiques.

Après avoir examiné les différents modes de terminaison de la coxalgie il retient l'étude des ankyloses, des pseudarthroses, des luxations et des coxalgies doubles.

Ankylose complète. — Quand elle est solide, indolore, en bonne position, elle doit être respectée. Les arthroplasties pour mobiliser l'article sont à rejeter dans la coxalgie.

L'ANKYLOSE COMPLÈTE EN POSITION VICIEUSE : adduction, flexion, rotation interne habituellement, relève de l'ostéotomie. Aux ostéotomies énarthrodiales, cunéiformes on préfère, sauf indications spéciales, l'ostéotomie linéaire.

L'ostéotomie très haute, très oblique de Terrier et Hennequin est délaissée. Actuellement les chirurgiens emploient soit l'ostéotomie transversale au niveau du trochanter (chez les très jeunes), soit l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne. La fixation des fragments par ostéosynthèse rendrait des services dans certains cas.

L'attitude la meilleure est la rectitude avec une abduction de 10 à 15 degrés. Les résultats immédiats sont excellents, mais les récidives de l'attitude vicieuse ne sont pas très rares; l'ankylose n'étant pas complète et l'adduction a pu continuer.

Ankylose incomplète. — A la période terminale de la coxalgie, il persiste souvent des mouvements de quelques degrés. Le port prolongé d'appareils orthopédiques peut compléter l'enraidissement si les destructions ne sont pas trop grandes.

La conservation de mouvements dans la hanche peut entraîner :

1° Des crises douloureuses difficiles à distinguer des rechutes, et une démarche spéciale dite « sautillante ».

2° La tendance persistante à l'attitude vicieuse adduction-flexion.

On remédiera aux douleurs en complétant l'enraidissement par le port prolongé d'appareils ou l'arthrodèse. Pour la correction de l'attitude vicieuse l'ostéotomie est très discutée. La persistance de la motilité expose à la reproduction de la position vicieuse. Cependant si l'ostéotomie est faite sous

certaines conditions (fémur placé en adduction maxima avant section, en abduction marquée après section) le résultat peut être bon. A défaut d'ostéotomie l'arthrodèse trouverait ici son indication.

Pseudarthrose intra-cotyloidienne (Ménard). — C'est le résultat de lésions destructives étendues ; tête et col réduits à un petit moignon dans un vaste cotyle. Ces hanches très mobiles sont sujettes à des crises de douleurs violentes, difficiles à distinguer d'une rechute, d'autant plus qu'elles y sont prédisposées. Avec l'appareillage ces pseudarthroses n'arrivent pas à se souder, l'arthrodèse s'impose si elle peut être exécutée sans risques.

Pseudarthrose extra-cotyloidienne par luxation du fémur. — Sauf dans les rares luxations précoces, ici encore le col et la tête sont détruits, il y a résection spontanée, position vicieuse en adduction, raccourcissement considérable, claudication très marquée, *parfois des phénomènes douloureux*. La thérapeutique vise à créer une fixation du fémur sur le bassin soit au niveau du cotyle, soit au-dessus, après correction de l'attitude vicieuse et, si possible, du raccourcissement.

La réduction par voie sanglante est aujourd'hui abandonnée. Plusieurs auteurs (Maragliano, Rogers et Peabody, Kappis, Albee) ont cherché à créer un appui extra-articulaire par implantation de greffons dans le fémur d'un côté, le bassin d'autre part.

L'ostéotomie sous-trochantérienne basse avec ou sans propulsion du bout inférieur (bifurcation de Lorenz) a été employée par divers auteurs (Laroyenne, Nové-Josserand) avec de bons résultats, mais exagération du raccourcissement.

Au total, pour le traitement des pseudarthroses le rapporteur conseille de respecter les pseudarthroses indolores; dans les pseudarthroses indolores peu mobiles, l'ostéotomie remédiera aux positions vicieuses; dans les pseudarthroses indolores très mobiles l'ostéotomie à butée pelvienne ou mieux encore la création d'un toit ostéoplastique sur le bassin semblent indiqués. Si la pseudarthrose est douloureuse, c'est l'arthrodèse qui conviendra.

Arthrodèse de la hanche dans la coxalgie. — 1° *Arthrodèse extra-articulaire* avec ou sans enchevillement. Elle est rarement indiquée. En France seuls MM. Nové-Josserand et Tavernier en ont publié des observations. Les résultats sont médiocres parce que la coaptation d'une petite tête dans un grand cotyle est difficile et que la tuberculose ne prédispose guère à la consolidation.

2° *Arthrodèse para-articulaire*. — L'union à distance de la diaphyse fémorale et du bassin par un ou deux greffons, séduisante par sa simplicité, l'absence d'ouverture du foyer, mais l'avenir des transplants reste douteux : les greffons se fracturent parfois et en tout cas l'opération doit être suivie d'une immobilité prolongée.

Baron (Budapest) a exécuté la soudure fémoro-iliaque au moyen d'un pont osseux abaissé de l'aile iliaque et d'un copeau relevé du fémur, réunis par un greffon tibial superposé.

3° *Arthrodèse juxta-articulaire*. — C'est le « verrouillage de la hanche » (Hass). Le grand trochanter incisé obliquement, poussé dans une cavité creusée dans le bassin, est fixé dans cette position à la fois sur le fémur et sur l'os iliaque.

Le rapporteur a pratiqué trois fois une opération un peu différente : taille d'un volet osseux iliaque sus-cotyloïdien, section du trochanter qui est glissé sur ce volet rabattu, inclusion d'un greffon tibial allant du fémur au volet iliaque.

Indications de l'arthrodèse dans la coxalgie. — Le rapporteur donne nettement la préférence aux arthrodèses extra-articulaires et à celles par glissement de fragments osseux autochtones iliaques et trochantériens.

L'indication dominante de l'arthrodèse est la coxalgie traînante à poussées récidivantes. Dans les cas guéris, l'impotence par douleurs, la tendance à la répétition des attitudes vicieuses fera proposer l'arthrodèse. Mais la porte de la mobilité articulaire est difficilement acceptée par les malades et l'opération ne devra être pratiquée que chez ceux chez lesquels elle engendre une véritable infirmité.

Séquelles des coxalgies doubles. — L'ankylose en rectitude d'un côté, avec mobilité de l'autre hanche constitue la combinaison fonctionnellement la plus favorable. Mais, dit le rapporteur, on ne peut méconnaître les incertitudes que comportent toutes les interventions proposées pour la recherche de la motilité articulaire (résection, ostéotomie avec interposition musculaire, etc.) sur l'un des côtés dans les cas d'ankylose double.

M. Lance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 12 octobre 1926)

Compte rendu de mission en Extrême-Orient. — M. E. Achard rend compte de sa mission au Japon. Il s'est rendu dans ce pays par le Canada où il a pu constater les progrès que ne cessent de faire les universités de langue française de Québec et de Montréal et les sentiments de touchante affection que les Canadiens français témoignent toujours à notre pays.

Au Japon, les universités sont prospères, l'enseignement y est donné suivant les méthodes allemandes. Dans les bibliothèques il existe très peu de publications françaises, et bien que les médecins japonais parlent rarement le français ils seraient heureux de mieux connaître nos travaux.

Il y aurait donc intérêt à faciliter les échanges de livres et de journaux avec eux. La création récente de la maison franco-japonaise à Tokyo rendrait la chose possible. Il y aurait aussi intérêt à encourager les voyages médicaux au Japon.

M. Achard a fait de nombreuses conférences au Japon, il a été accueilli partout de la façon la plus amicale.

Il a visité ensuite l'Université Aurore à Shanghaï et les écoles et hôpitaux du Tonkin et de l'Indochine, et il a beaucoup admiré les efforts faits par nos confrères de l'Indochine.

Augmentation de la consommation du poisson. — MM. Loir et Legangneux (du Havre). La consommation du poisson, quoique trop faible encore, augmente de jour en jour en France; or, les moyens de pêche, sauf quelques exceptions, sont toujours aussi désuets. Les auteurs voudraient voir se développer industriellement la pêche. Il faudrait pour cela des chalutiers à grand rayon d'action et munis d'installations frigorifiques modernes, véritables usines qui seraient à la fois organes de pêche, magasins de poisson, fabriques d'huile et usines de récupération de tous les produits rejetés actuellement.

Il appartient au Corps médical d'encourager ce mouvement en préconisant l'alimentation par le poisson.

REVUE DES THÈSES

Asthme et glandes endocrines. La thyroïde en particulier. Essai physiopathologique, clinique et thérapeutique (1), par P.-L. Mounier-Kuhn.

La complexité du mécanisme de la crise d'asthme dont les facteurs successifs semblent se commander n'exclut pas un terrain spécial caractérisé en premier lieu par l'instabilité vago-sympathique. Cette instabilité peut résulter de mécanismes divers et les glandes endocrines y ont une importance particulière. En tant qu'intoxication endogène, le neuro-arthritisme où l'on commence à reconnaître l'importance du facteur endocrine est un élément fréquemment rencontré.

Physiologie et clinique s'accordent à assigner à la thyroïde un rôle important; il est à noter que les accès surviennent rarement au cours de syndromes très caractérisés; ils semblent l'apanage des états dysthyroïdiens frustes, des états d'instabilité avec prédominance d'hypothyroïdie bénigne. Aucune pathogénie jusqu'ici proposée n'est à l'abri de la critique. Il semble qu'on doive distinguer le terrain asthma-

(1) *Th. de Lyon*, 1926. — Bosc et Riou, édit.

tique et la crise d'asthme; dans tous deux la thyroïde a un rôle important bien que mal connu; pour l'auteur c'est sans doute l'étude des rapports de la thyroïde avec la calcémie qui lèvera les obscurités.

De même pour l'ovaire. L'asthme ovarien pur semble rare; au contraire l'asthme thyroovarien. Il existe pourtant un asthme d'apparence thyroïdienne où l'ovaire a le rôle important, les troubles ovariens ayant déclanché la dysthyroïdie. Il ne faut opiner en faveur d'un asthme ovarien pur que lorsque les règles sont très influencées comme abondance et comme régularité; ces cas seuls comportent une opothérapie ovarienne pure.

Les effets incontestables de l'adrénaline sur la crise d'asthme ont fait attribuer un rôle à la surrénale; on ne connaît encore aucun fait clinique incontestable et l'on aurait tort d'identifier avec la sécrétion glandulaire véritable l'adrénaline qui n'agit pas sans doute dans l'asthme comme une hormone.

Les rapports de l'asthme et des autres glandes endocrines, s'ils existent, sont lointains et obscurs; pour la rate, le pancréas et le thymus notamment ils semblent très douteux.

L'auteur aborde, enfin, l'exposé de ses recherches personnelles sur l'influence des divers extraits glandulaires sur l'anaphylaxie à l'ovalbumine, chez l'animal sensibilisé, chez l'animal en cours de sensibilisation, chez l'animal non préparé enfin. Il en compare les résultats avec ceux de l'acide oxalique et du chlorure de calcium. Recherches encore à leur début mais qui ont le mérite d'ouvrir une voie intéressante. Chez l'animal sensibilisé, thyroïde et surrénale atténuent, hypophyse renforce le choc; pendant la période de sensibilisation la thyroïde exagère le choc au contraire. Tous ces extraits, l'hypophyse et la surrénale surtout, donnent chez l'animal neuf une hypersensibilité temporaire. Les résultats obtenus par le chlorure de calcium et l'acide oxalique paraissent conciliables avec un rôle joué par le métabolisme calcique.

Ces expériences comportent des conséquences thérapeutiques tant du domaine de l'opothérapie que du domaine des autres médicaments même abandonnés. Parmi les opothérapies, la thyroïdienne est de beaucoup la principale que l'on appliquera sous surveillance de façon substitutive, excitatrice ou régulatrice; l'ovaire trouve son emploi lors de la ménopause ou lorsque existe un dérèglement manifeste de la fonction ovarienne, associé ou non à l'extrait thyroïdien. La surrénale sous forme d'adrénaline est surtout une thérapeutique d'urgence.

L'action des médicaments anciens, celle des agents physiques porte sans doute sur les glandes endocrines et sur le métabolisme calcique.

Exposé qui se termine par un recueil de vingt observations dont la plupart sont originaires des registres du professeur Cordier et qui illustrent l'intéressant exposé qui précède. Bibliographie de plus de 350 références. R. LEVENT.

PRATIQUE MÉDICALE

LE RHUMATISME CHRONIQUE ET SON TRAITEMENT (1)

Par le docteur J.-A. CHAVANY.

La précision du diagnostic est une condition nécessaire à l'institution d'un traitement efficace du rhumatisme chronique; elle n'est pas seulement fonction d'une détermination nosologique exacte, mais comprend, en outre, la notion du terrain sur lequel la maladie évolue, et l'analyse des diverses causes, extrinsèques ou intrinsèques, qui, agissant sur ce terrain, ont contribué à créer l'entité morbide. A côté du rhumatisme chronique déformant progressif, véritable maladie autonome, peuvent se ranger deux autres groupes : les rhumatismes chroniques infectieux (blennorragique, tuberculeux, syphilitique, rhumatisme articulaire aigu prolongé) et les rhumatismes chroniques d'intoxication (goutteux, endocrinien, digestif).

(1) *La Clinique*, juillet 1926.

La thérapeutique s'inspirera de ces notions étiologiques. Spécifique dans le rhumatisme syphilitique et endocrinien (thyroïde et ovaire), elle s'adressera à la cure marine ou d'altitude, à l'héliothérapie et à l'actinothérapie dans le rhumatisme tubeaculeux. Dans le rhumatisme goutteux, le régime alimentaire est d'une grande importance, il sera hydrique et végétarien. Le traitement médicamenteux interviendra par la prescription, quinze jours par mois, d'un cachet de 0g50 d'atoquinol, comme traitement intercalaire et préventif. Médicament de base et en quelque sorte spécifique de la diathèse goutteuse, l'atoquinol est aussi très efficace au cours des poussées douloureuses du rhumatisme goutteux, mais on élèvera alors la dose à trois cachets de 0g50 par jour. Une telle médication prépare les cures thermales et permet à celles-ci d'entraîner hors de l'organisme des quantités beaucoup plus considérables d'acide urique.

Les médications iodée, soufrée, radio-active, la protéinothérapie, la vaccinothérapie, les analgésiques et les agents physiques apporteront souvent un appoint précieux au traitement suivant leurs indications respectives. Les cures thermales, enfin, représentent un complément souvent nécessaire qui, dans la classe aisée, ne devra pas être négligée : Dax, Aix-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Chaudessaigues, sont des stations d'où le malade reviendra presque toujours amélioré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1925-1926

DOCTORAT D'ETAT. — 120. ALBERTIN. — Des formes périphériques de l'encéphalite épidémique.

129. ALBERTINI. — Vérification des insuffisances aortiques par l'épreuve de l'eau.

118. AMBROISINE. — La thrombo-phlébite dite par effort des membres supérieurs.

64. ANDRÉ. — Syphilis congénitale de la première enfance

44. AUTHIER. — De la névrotomie opticociliaire par voie cutanée : indications et technique.

51. BAUDRY. — De la calcification pleurale.

98. BAZIN. — Contribution à l'étude des pyorrhées alvéolaires.

128. BEN-RAÏS. — Dyshématopoïèse et cancer, anémie splénique, forme clinique des tumeurs secondaires des os.

141. BENTAMI. — De la double paralysie du nerf moteur oculaire externe d'origine traumatique.

117. BÉRARD. — Contribution à l'étude de la marsupialisation du sac scrotal, sans libération préalable dans le traitement de la hernie inguino-scrotale étranglée volumineuse.

1. BERTRAND. — Etude sur le cancer du côlon transverse et de ses angles.

81. BLANC-JOLICŒUR. — Contribution à l'étude des kystes paradentaires du maxillaire inférieur.

6. BONNAMOUR. — Résultats éloignés de l'extirpation du cancer du rectum par les méthodes basses et indications opératoires.

119. BOUGEOT. — Tubercule cérébral et épilepsie bravais-jacksonienne.

127. BRICAGE. — Traitement des états dépressifs par le cacodylate de soude à hautes doses.

103. BUFFIER. — Contribution à l'étude des mucocèles du sinus frontal.

122. BURLET. — Résultats éloignés de la gastrectomie pour cancer.

34. CALMELS. — Un cas de lymphangiome de la région parotidienne.

10. CALMET. — De l'ankylose osseuse temporo-maxillaire.

70. CARILLON. — Contribution à l'étude de la dysbasia lordotica, sa séméiologie, son mécanisme physiologique.

16. CARRAT. — Contribution à l'étude des pneumococcies pulmonaires traînantes et prolongées chez l'adulte.

76. CARRÈRE. — Etude médico-légale de la forme de l'hymen et des procédés d'examen de cette membrane.

7. CASSOU. — La tuberculose dans l'armée pendant la guerre 1914-1918.

41. Cavaillès. — La dysenterie bacillaire dans l'armée française pendant la guerre 1914-1918.
58. Cazalas. — Dysenterie amibienne pendant la guerre 1914-1918.
114. Ceccaldi. — Recherches sur le métabolisme basal et les épisodes d'hyperthyroïdie au cours de la tuberculose pulmonaire.
136. Chaix. — Poliomyélite aiguë infectieuse et formes anormales de la névraxite épidémique.
60. Champetier. — Contribution à l'étude des rétentions d'urine chez la femme.
67. Chapuis. — De l'ophtalmie sympathique d'origine blennorragique.
92. Chaumartin. — L'abbaye de Saint-Antoine de Viennois et le feu Saint-Antoine.
17. Chausset. — Contribution à l'étude des propriétés pharmacodynamiques de l'isopropylpropenylbarbiturate d'amidopyrine (allonal).
27. Combescot. — De l'hypopyon tuberculeux.
86. Comte. — Résultats éloignés des résections du coude, selon la méthode d'Ollier, dans les tumeurs blanches et les ankyloses.
52. Cosnier. — De la vaccination antituberculeuse curative dans l'asthme et le rhumatisme tuberculeux.
63. Couillard. — Retentissement tardif possible des grandes opérations gynécologiques sur l'uretère pelvien.
65. Courrier. — Les manifestations génitales de la syphilis héréditaire précoce.
26. Curtat. — Contribution à l'étude de la thrombo-phlébite isolée du sinus caverneux d'origine otitique.
109. Delore. — Facteur acide-base et tuberculose pulmonaire.
66. Derennes. — Considérations sur le traitement de la syphilis au cours de la grossesse par les injections sous-cutanées de sulfarsénol.
37. Disson. — Contribution à l'étude des nocardoses humaines.
77. Donon. — Le tatouage chez les enfants et sa valeur comme facteur de dépistage des jeunes délinquants.
8. Dosdat. — Carence alimentaire et tuberculose.
80. Doux. — Avortement gémellaire.
78. Dravet. — Etude médico-légale de la téno-synovite des extenseurs du pouce des ouvriers grillageurs.
3. Dubard. — Contribution à l'étude des tumeurs du corpuscule carotidien.
124. Duclos. — Résultats immédiats et éloignés des interventions sur les voies biliaires.
87. Ducroux. — Les ulcères du pylore et du corps de l'estomac associés ou consécutifs.
55. Dufloz. — Des fractures pathologiques dans l'ostéomyélite du maxillaire inférieur.
104. Dupont. — De l'œdème papillaire et de sa valeur pronostique dans les tumeurs cérébrales traitées par la radiothérapie.
90. Dupré. — Contribution à l'étude clinique des formes anormales de septicémie éberthienne.
94. Durnérin. — De la paralysie du nerf moteur oculaire commun au cours du zona ophtalmique.
14. Escoffier. — Les teignes-trichophyties favus, leur traitement par la méthode des feux croisés.
95. Florens. — La névrite optique rétrobulbaire aiguë d'origine naso-sinusienne.
22. Fonta. — La thrombo-phlébite du membre supérieur, symptomatique d'un néoplasme gastrique.
18. Fonteneau. — De la scille et en particulier de son glucoside, le scillarène.
56. Fort. — L'encéphalite épidémique au cours de la grossesse et de la puerpéralité, transmission de la mère à l'enfant.
30. Fouquet. — Les gros éclats magnétiques intra-oculaires et leur extraction par l'électro-aimant géant.
61. Fourès. — L'anesthésie locale des muqueuses urinaires. Essai de la butelline.
130. Fournet. — De l'œdème aigu du poumon dans l'épilepsie.
19. Franchimont. — Crises et réactions thermales.
73. Fréjaville. — Contribution à l'étude de l'acidose au cours des néphrites urémigènes.
28. Friess. — Contribution à l'étude de l'exophtalmie dans les néphrites chroniques.
48. Gagne. — Contribution à l'étude des fractures itératives de cal après ostéosynthèse.
115. Gardère. — Action bactéricide des liquides pleuraux tuberculeux sur les cultures homogènes de bacilles de Koch.
45. Gensoul. — Contribution à l'étude du vrai et du faux signe de de Graefe.
36. Gerin. — Contribution à l'étude de l'érythème induré de Bazin.
121. Ghachem. — Paraplégies et méningites.
113. Giaccardo. — Contribution à l'étude des paralysies névritiques consécutives aux injections de sérum antitétanique.
74. Giraud. — La septicémie à méningocoque B.
139. Giraudon. — La transfusion du sang chez le nouveau-né.
106. Girel. — La rœntgenthérapie des épithéliomas cutanés et cutanéo-muqueux.
31. Girier. — Des kystes hydatiques de l'orbite et de leur ablation par l'orbitotomie externe.
111. Gonssollin. — De la syphilis mutilante chez les indigènes musulmans de l'Afrique du Nord.
42. Griolet. — Contribution à l'étude de la médication arsénicale organique dans les anémies.
54. Guérin. — Arthrorisis postérieure de la tibio-tarsienne dans les pieds équins paralytiques.
32. Guerriero. — La cataracte de Morgagni.
88. Guichard. — Des ulcères trophiques de la cornée consécutifs à la résection de la mâchoire supérieure.
107. Guillotel (Mlle). — La dysplasie périostale ou ostéogénèse imparfaite.
59. Hamon. — L'acétylarsan dans le traitement des affections syphilitiques du pharynx et du larynx.
57. Henry. — Statistique de la mortalité maternelle dans les services d'obstétrique de la Charité (1904-1923).
125. Hères. — De l'élimination à travers la vessie et l'urètre des produits de la grossesse ectopique.
100. Humblot. — Contribution à l'étude de l'hémorragie intestinale au cours de la fièvre typhoïde.
20. Idrac. — Contribution à l'étude de la cholestérine dans l'avitaminose C et la tuberculose expérimentales.
132. Jacquot. — Histoire de la trépanation de l'apophyse mastoïde (dans les mastoïdites aiguës).
133. Jamin. — Contribution à l'étude des fibromes de la main et des doigts.
105. Josserand. — Des cheiromégalies syringomyéliques.
5. Jourdy. — Contributions à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère de la petite courbure de l'estomac. De la résection localisée de la petite courbure à tendance falciforme avec suture longitudinale.
89. Jusserand. — Considérations sur le traitement radiumthérapique des tumeurs malignes du naso-pharynx.
50. Kieffer. — Les troubles nerveux d'ordre réflexe.
46. Labrousse. — Contribution à l'histoire de l'opération de la cataracte.
123. Labry. — Des opérations conservatrices dans les annexites bilatérales.
137. Lagarde. — Action antiseptique de quelques composés chlorés, et en particulier de l'eau de Javel, sur le bacille tuberculeux.
112. Lapeyre (Mlle). — Contribution à l'étude des pleurésies purulentes à cocci-anaérobies.
24. Laur. — Etude statistique sur les gros enfants.
126. Léonet. — Etude sur les zoopsies.
62. Le Renard. — La décapsulation du rein.
43. Lerich. — Sur les épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax artificiel.
72. Marteau. — La tuberculose conjugale.
75. Martin. — L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis nerveuse.
82. Martinet. — Résultats de la néphrectomie dans la tuberculose rénale bilatérale.
38. Marty. — L'autohémothérapie dans le traitement des épididymites blennorragiques.
79. Matinier. — Le médecin et la prophylaxie de l'accident d'automobile.
49. Maximin. — Sur une variété de kystes des mésocôlons accolés.

131. MAYOUX. — Association de la rœntgenthérapie et de la chirurgie dans le traitement des épithéliomas du larynx et du pharynx.

21. MEIDINGER. — Du rôle de la ponction lombaire dans le diagnostic des sciatiques.

110. MÉREAU. — Variations du réseau artériel dorsal du carpe.

93. MONTÈGUE. — La pachypleurite cancéreuse massive.

97. MOREL. — L'hématologie de la fièvre typhoïde.

9. MOULÈNE. — Contribution à l'étude de la péricardite aiguë chez le nourrisson.

68. MOULINES. — Les suppurations oculaires consécutives à l'empyème frontal.

108. MOUNIER-KUHN. — Asthme et glandes endocrines; la thyroïde en particultier.

84. OFFRET. — Résultats éloignés du pneumothorax thérapeutique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

96. PELLOUX. — Traitement de la sclérokératite tuberculeuse par la radiothérapie.

101. PETIT. — Des rapports de l'ulcus gastro-duodénal avec la tuberculose.

116. PÉTOURAUD. — Le cancer rachidien.

140. PONS. — Le poids chez la femme enceinte.

4. QUIGNARD. — Réflexions sur l'anesthésie générale par le somnifène.

23. RAGANEAU. — Contribution à l'étude pathogénique du syndrome splénomégalique avec anémie et myélémie.

33. RAYNAUD. — L'ensemencement de la paroi thoracique dans les ponctions de la plèvre.

35. REY. — De quelques séquelles psychopathiques de l'encéphalite épidémique chez l'enfant.

71. ROBERT. — Sur les progrès de l'électrologie appliquée au diagnostic et au traitement des poliomyélites aiguës épidémiques.

83. ROISSARD (DE). — Des circulations artificielles. Etude de la vitesse de l'onde pulsatile dans une circulation artificielle.

39. ROLLET. — Sclérose en plaques et syphilis.

11. RONE. — Contribution à l'étude du traitement de l'agitation dans les maladies mentales. Le somnifène intraveineux chez les grands agités.

29. ROUANET. — Les troubles visuels posthemorragiques à type hémianopsique.

138. ROUGY (Mlle). — Menstruation et pneumothorax thérapeutique.

135. ROUGY. — Résultats éloignés du traitement chirurgical de 56 cas de cancer du col utérin. Statistique du docteur Viannay (de Saint-Etienne).

12. ROUSSEL. — Contribution à l'étude des rapports de la glycorachie et de la glycémie à l'état normal ou pathologique.

2. SABATHIER. — Traitement orthopédique du doigt rentrant consécutif au spina ventosa.

25. SACAZE. — Essais d'une méthode anesthésique endoveineuse en obstétrique et en chirurgie.

15. SEMPÉ. — Le bactériophage de d'Hérelle. Son rôle possible dans l'action des eaux fluviales et marines sur certains microbes intestinaux.

91. SERVAJEAN. — Expériences de cryptesthésie pragmatique.

134. SOMMIER. — Sur deux cas d'infarctus totaux du rein.

59. STEULLET. — De l'intolérance tardive des corps étrangers de la rétine.

99. SUBERBIELLE. — L'acétylarsan dans la dysenterie amibienne et quelques autres affections à protozoaires.

53. VALETTE. — Contribution à l'étude clinique des pleurésies à grand épanchement au cours du pneumothorax artificiel.

47. VALLA. — Essai sur la sidérose oculaire.

85. VAREILLES. — Hernie épiploïque crurale intrasacculaire libre.

13. VERDEAUX. — Contribution à l'étude de l'épithélioma térébrant de la mâchoire supérieure.

40. VERNHET. — Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement de la spasmophilie.

102. YVES. — Des faux bassins de Nægele ou bassins pseudo-obliques ovalaires.

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ. — 258. ABBAS-WAHID. — Sur une variété de splénomégalie infectieuse primitive, curable par la splénectomie.

236. BENADO. — Valeur séméiologique des métrorragies dans la torsion des kystes de l'ovaire.

252. DAMIANOVITCH. — De quelques particularités du traitement du pied talus congénital.

253. DIDITCH. — Contribution à l'étude de la perforation de l'ulcère de l'estomac après gastro-entérostomie.

250. DJORDJEVITCH. — Contribution à l'étude des fibromes du vagin.

241. DJOURKOWITCH. — Le cancer des diverticules vésicaux.

249. GATALOVITCH. — Des suppurations centrales et tardives du moignon oculaire.

246. HO. — Contribution à l'étude de l'acné chlorique; essai pathogénique.

239. KOSTITCH. — Contribution à l'étude de la sédimentation sanguine.

234. KRSTITCH. — Contribution à l'étude de la sacrocoxalgie chez les sujets âgés.

238. LAZAREVITCH. — Contribution à l'étude du coefficient de Maillard et Lanzenberg dans les affections hépatiques.

244. MIHAÏLOVITCH-BAIITCH. — Indications de l'ostéosynthèse dans les fractures de l'avant-bras.

254. MIHAÏLOVITCH DJ. SRETÈN. — Contribution à l'étude des métastases vaginales dans le cancer du corps utérin.

247. MILOCHEVITCH. — Etude sur les fractures simples en os sain de l'extrémité supérieure du fémur chez l'enfant et l'adolescent.

235. OSMAN. — L'influence de la sympathicectomie périartérielle sur la consolidation des fractures.

257. OSSIPOF. — Traitement de la syphilis oculaire par l'acétylarsan.

245. PETROVITCH. — Des suppurations oculaires consécutives à la gassérectomie et à la neurotomie rétro-gassérienne.

248. RADOSSAVLIEVITCH. — Les accidents nerveux au cours du pneumothorax artificiel.

242. RISTITCH-MOYACHEVITCH. — Du repérage radiographique des corps étrangers intra-oculaires.

251. RISTITCH. — De l'abcès annulaire de la cornée d'origine métastatique.

240. ROUMIANTZEFF. — Recherches sur la réaction de l'urine au cours de la tuberculose pulmonaire.

243. SAVITCH. — Le traitement des kérato-conjonctivites rebelles par l'autovaccinothérapie.

255. SPASSITCH. — Etude expérimentale de l'anaphylaxie digestive chez le cobaye.

237. TASSITCH. — Tumeurs cérébrales et radiothérapie.

256. YOVANOVITCH. — Le benzoate de benzyle dans les vomissements des nourrissons.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os, par MM. R. LERICHE, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg, et A. POLICARD, professeur d'histologie à la Faculté de Lyon. Un volume de 230 pages avec 33 figures. — Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

Hygiène oculaire et inspection du travail appliquées à toutes les professions : Commerce, industrie, agriculture, administrations (1), par le docteur TRUC, professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Montpellier, correspondant de l'Académie de médecine. Un volume de 184 pages avec 19 figures. — Prix : 12 fr., plus 20 p. 100 de hausse. — Paris, Masson et Cie.

La Médecine de demain, science de la vie, par le docteur E. LAPLANCHE. Un volume in-16 de 160 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Études sur la sérologie de la tuberculose. (Travaux et publications de l'Institut prophylactique.) Directeur : docteur Arthur VERNES. Fascicule IV. Une brochure grand in-8. — Prix : 5 fr. — Paris 1926, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE



N° 84. — MERCREDI 20 OCTOBRE 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 20 OCTOBRE 1926. — N° 84.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Léon-Kindberg, Cathala, Quénu, Boppe, Bloch (J.-Ch.), Alajouanine, qui acceptent; Bénard (Henri), Monod (Raoul), Chirié, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours d'aide d'anatomie. — Séance du 16 octobre. — Question donnée : « Muscles moteurs du globe oculaire. — Sécrétion salivaire. »

MM. Huard, 29; Sauvage, 26; Merle d'Aubigny, 27.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre (réserve). — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin aide-major de 2e classe Kassel (Alfred). Pour prendre rang du 23 août 1926. Titres exceptionnels : vivant exemple de bravoure et de dévouement, a suscité l'admiration de toutes les unités combattantes qu'il a accompagnées au feu en 1925, par sa crânerie et son moral élevé. Revenu comme volontaire, en 1926, a réussi à panser et à évacuer, le 17 juillet, au combat du Tizi-N'Ouittel, tous les blessés du bataillon avec lequel il marchait, après avoir fait le coup de feu pour les protéger contre l'adversaire venu au corps à corps, dans une contre-attaque au cours de laquelle il a été blessé à la cuisse. Croix de guerre des T. O. E. avec palme. (*J. O.*, 16 oct. 1926.)

MÉDAILLE MILITAIRE. — M. Spindler (Jean-Paul), matricule 4525, médecin auxiliaire à la 32e section d'infirmiers militaires. Pour prendre rang du 23 août 1926. Titres exceptionnels; a sauvé de nombreux blessés au combat de Tizi-N'Ouidel, le 14 juillet 1926, grâce à son sang-froid et à sa bravoure. A fait personnellement le coup de feu pour protéger l'ambulance à laquelle il était attaché. Croix de guerre des T. O. E. avec palme. (*J. O.*, 16 oct. 1926.)

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Est nommé :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Brindeau, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse), par suite du départ de M. le docteur Adam (Emile), nommé médecin directeur de l'asile privé d'aliénés faisant fonctions d'asile public de Saint-Georges, à Bourg (Ain), en remplacement de M. le docteur Adam (Victor).

SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium public de Ponteils (Gard).

Les candidats devront être Français et produire : 1° un extrait de leur casier judiciaire; 2° un extrait de leur acte de naissance; 3° une copie certifiée conforme d'un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les demandes seront reçues jusqu'au jeudi 4 novembre 1926 au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris.

Le traitement de début est fixé à 15.000 francs et peut, par avancements successifs de 1.000 francs, atteindre 20.000 francs. Les médecins directeurs bénéficient, en outre, gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

— Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium public de Châlons-sur-Marne.

Les candidats devront être Français et produire : 1° un extrait de leur casier judiciaire; 2° un extrait de leur acte de naissance; 3° une copie certifiée conforme d'un diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les demandes seront reçues jusqu'au jeudi 5 novembre 1926 au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris.

Le traitement de début est fixé à 15.000 fr. et peut, par avancements successifs, atteindre 20.000 fr. Les médecins directeurs bénéficient, en outre, gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

UN HÔPITAL MUSULMAN A PARIS. — Il est question d'un projet de création d'un hôpital franco-musulman à Paris. Cette œuvre privée déchargerait l'Assistance publique d'un grand nombre de malades musulmans qui, actuellement, encombrent ses services.

LA REINE DES BELGES EN AVION SANITAIRE FRANÇAIS. — Au cours d'une démonstration de l'avion sanitaire français à l'aérodrome d'Evere, près de Bruxelles, S. M. la reine Elisabeth, après la présentation de l'appareil par le médecin principal Picqué, a pris place dans l'avion et a effectué un vol au-dessus de l'aérodrome.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jean Marchand, ancien interne des hôpitaux de Lyon, décédé à Libreville (Gabon); Emile Vogt et Clément Mouls (de Paris); Léon Durand, ancien interne des hôpitaux de Paris; M. Henri Camus, étudiant en médecine à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. (Fondation de la Ville de Paris, Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, professeur : M. OMBRÉDANNE.) — *Enseignement clinique.*

Lundi, à 9 h. 1/2, examens de malades entrants par le professeur, à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson.

Mardi, à 10 h. 1/2, leçon clinique à l'amphithéâtre, par les chefs de clinique.

Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2, opérations par le professeur.

Le jeudi sont groupées de préférence les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante. Cette séance opératoire est organisée chaque semaine pour l'instruction de perfectionnement des chirurgiens français et étrangers.

Vendredi, à 10 h. 1/2, leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur.

Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2, au pavillon Kirmisson, appareillages orthopédiques (docteur Lance, assistant).

Tous les jours, consultation externe de chirurgie infantile au pavillon Molland.

Visite dans les salles.

Interventions courantes de chirurgie infantile.

Lundi, mercredi et vendredi, le service de gymnastique rationnelle fonctionne sous la surveillance de Mme Boltansky.

— COURS DE STOMATOLOGIE. — M. le docteur Léon Frey, chargé de cours, commencera le cours de stomatologie le mardi 2 novembre 1926, à 14 h. 1/2 (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ce cours comportera quinze leçons d'une heure et demie. Les séances de travaux pratiques auront lieu à des dates qui seront ultérieurement fixées.

Objet du cours : Pathologie dentaire.

— CLINIQUE OBSTÉTRICALE. (Clinique Baudelocque, boulevard de Port-Royal.) — M. le professeur Couvelaire reprendra son cours de clinique le lundi 8 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : discussion d'observations cliniques.

Vendredi : Présentation de malades.

HÔPITAL BROUSSAIS. (Service de M. le docteur H. DUFOUR.) — M. le docteur Dufour fera tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades, accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Tous les matins, enseignement des stagiaires.

Première conférence, le vendredi 12 novembre 1926.

CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS (13, rue Moreau). — Du 13 au 30 novembre, le docteur Chaillous, assisté du docteur Margerin, fera, dans son service de la Clinique des Quinze-Vingts, un cours de réfraction, suivi d'exercices pratiques.

Les cours auront lieu les mardis, jeudis, samedis, à 2 h.

S'inscrire à la Clinique, 13, rue Moreau, les mardis, jeudis, samedis, de 2 h. à 3 h., service du docteur Chaillous.

LIVRES NOUVEAUX

Hygiène oculaire et inspection du travail appliquées à toutes les professions : Commerce, industrie, agriculture, administrations (1), par le docteur TRUC, professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Montpellier, correspondant de l'Académie de médecine.

M. le professeur Truc n'est pas seulement un savant éminent qui a donné un essor incomparable à la clinique ophtalmologique de Montpellier, il est aussi un écrivain d'une grande clarté, et il sait présenter les sujets les plus ardus de manière à leur donner l'apparence de la simplicité. Aussi lira-t-on avec intérêt ce livre dans lequel l'auteur étudie les conditions oculaires et visuelles pour le travailleur et le travail dans les diverses spécialités : bureaux, magasins, ateliers, usines, mines, champs, chemins de fer, armée, marine, en indiquant les meilleures conditions de pratique et d'inspection oculaires.

Les mesures prophylactiques sont complexes et diverses chez le travailleur et préoccupent toujours davantage la médecine sociale et les pouvoirs publics. Des prescriptions nouvelles s'imposent actuellement en raison de l'hygiène du travail, de la concentration industrielle, de la multiplicité des métiers et de leurs outillages perfectionnés.

L'auteur les étudie dans quatre parties :

I. — Conditions oculaires et visuelles du travailleur : anatomie, physiologie et pathologie.

II. — Conditions générales ou spéciales du travail visuel : bâtiments, éclairage, outillage, métiers et apprentissages.

III. — Accidents du travail, maladies professionnelles, simulation et dissimulation.

IV. — Protection oculaire et visuelle du travailleur par lui-même et par les organismes sociaux, lois, règlements et inspection du travail.

On voit par cette énumération l'intérêt que présente ce livre pour les médecins, les inspecteurs du travail, les magistrats et législateurs et les industriels. L. G.

(1) Un volume de 184 pages avec 19 figures. Prix : 12 fr., plus 20 p. 100 de hausse. — Paris, Masson et Cie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Coqueluche, par le docteur Henri STÉVENIN, médecin des hôpitaux de Paris. Un volume in-18 jésus. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion, 26, rue Racine.

INSOLATION ET ASTHÉNIE CHRONIQUE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Parmi les accidents nerveux ou psychiques déterminés par le facteur étiologique insolation, il faut ranger, comme un des plus sérieux, le syndrome asthénie chronique.

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles se produit l'insolation, qu'elle ait lieu aux champs, à l'usine, ou au cours d'un sport quelconque (football, chasse, pêche, ascension, etc.), un des éléments de gravité immédiate est constituée par la perte de connaissance complète. Il en est, semble-t-il, de l'insolation comme de la commotion cérébrale : c'est le fait de la perte totale de connaissance qui en fixe sinon la réalité propre, du moins l'importance au point de vue pronostic.

L'insolation, comme les chocs traumatiques, doit-elle être rangée parmi les causes déterminantes plutôt que parmi les causes occasionnelles? C'est notre avis. Il faut considérer pratiquement comme déterminées par elle, les affections nerveuses ou mentales qui la compliquent : sans doute, dans quelques cas, on ne manquera pas de faire intervenir la prédisposition du patient ou le terrain spécial, mais ces causes ont bien perdu de leur valeur dans les temps modernes de matérialisme scientifique. De plus il est juste qu'il en soit ainsi en médecine légale.

Les accidents nerveux et psychiques *immédiats* déterminés par l'insolation sont, après que s'est dissipée la période comateuse : l'asthénie, plus ou moins profonde, qui peut revêtir l'aspect de la stupeur; la confusion mentale; l'amnésie antérograde de fixation avec parfois amnésie rétrograde lacunaire d'évocation. Les phénomènes d'ordre asthénique sont sans doute les plus communs, mais ce sont aussi ceux qui donnent lieu aux séquelles nerveuses les plus fâcheuses. Un accès asthéno-maniaque, encore, est possible après une insolation.

Les accidents nerveux et psychiques *secondaires* sont le délire (idées de persécution avec ou sans hallucinations), la démence précoce chez les jeunes sujets, la psychose périodique. Le délire, la démence peuvent se greffer notamment sur l'état d'asthénie prolongée qui suit l'insolation. La psychose périodique succède à un accès asthéno-maniaque.

L'asthénie chronique est la séquelle la plus commune des troubles dynamiques engendrés par l'insolation. Ce n'est pas une complication grave en elle-même, mais elle s'accompagne d'un si grand nombre de malaises, elle modifie si profondément les fonctions générales et la manière d'être du patient, qu'elle rend toute vie pénible sinon insupportable.

Lorsque l'insolation se produit au cours du travail ou au cours d'un exercice quelconque qui se trouve être une obligation professionnelle, elle donne droit à des indemnisations, et pour les accidents aigus et pour les séquelles variées consécutives.

Dans le cas que nous publions ci-dessous, l'insolation a provoqué une perte de connaissance complète. Quelques phénomènes de nature confusionnelle (non-reconnaissance des lieux, des personnes et des choses) ont suivi immédiatement l'accident. L'asthénie a été extrêmement marquée; elle a nécessité l'alitement durant deux mois; une convalescence de longue durée ne l'a pas fait disparaître; le patient a tenté à plusieurs reprises de travailler, mais chaque fois qu'il dépassait la courte limite de ses forces, il éprouvait de violents maux de tête, de l'insomnie, des troubles gastro-intestinaux, des étourdissements, etc. Appelé sous les drapeaux en novembre 1914, malgré son état névro-psychopathique, il n'a pu accomplir que quelques mois de service; aux moindres fatigues son état s'aggravait. Secrétaire d'état-major, il fut renvoyé à sa section, comme incapable de remplir de telles fonctions. Sa maladie étant méconnue à son unité, il fut classé parmi les hommes de corvée et employé à badigeonner des plafonds à la chaux, à décharger des sacs de munitions : quelques jours après il était à l'hôpital et y mourait. Sa femme n'a jamais pu obtenir une indemnité de l'autorité militaire, pourtant manifestement responsable de l'aggravation de la maladie de son mari.

*
* *

Esseb... (Léopold), trente-quatre ans, employé de commerce, soldat de la n^eme section d'état-major, entre à la C. P. B. le 17 mai 1915.

Antécédents. — Il n'y aurait pas eu de maladie mentale ou nerveuse dans sa famille. Le soldat E..., dans son enfance et dans sa jeunesse, n'a présenté aucune affection organique grave. Bien constitué, normalement développé aux points de vue intellectuel et émotif, il a fait trois ans de service militaire. Marié à vingt-cinq ans, il menait une vie très active dans les affaires commerciales.

Histoire clinique. — En août 1913, à Quimper, étant à la pêche, au cours d'une journée très chaude, il tombe frappé d'une insolation. La perte de connaissance fut complète et des paysans le ramenèrent en voiture chez lui. D'après des renseignements fournis par sa sœur, il serait resté dans un état subcomateux durant quarante-huit heures. Ensuite, pendant deux ou trois jours, il aurait été affecté de « délire » ou plutôt de confusion mentale : il parlait à tort et à travers et reconnaissait mal les lieux et les personnes.

Il est resté au lit près de deux mois. Il était épuisé, anéanti. Il ressentait des maux de tête terribles : durant plusieurs semaines les douleurs furent telles qu'il refusait de voir ses parents et amis.

Après une convalescence qui n'a pas duré moins de deux mois, le sujet a tenté de reprendre son travail d'employé de commerce; il dut abandonner bientôt parce qu'il éprouvait un sentiment de diminution des forces, de la faiblesse générale avec fatigue rapide et besoin impérieux de repos. Il changea de maison de commerce, mais dès qu'il travaillait un peu dur il souffrait de céphalées atroces, de maux d'estomac, d'insomnie, de confusion dans les idées avec amnésie.

Lorsque la guerre éclate, le 2 août 1914, il demande à passer une visite médicale et son appel sous les drapeaux est ajourné.

Mobilisé le 11 novembre 1914, il est affecté à l'état-major de Brest. Mis à la disposition d'un colonel comme secrétaire, il trouve tout d'abord que son service est facile, mais en février-mars il doit fournir de nombreux et nouveaux états; il s'embrouille, perd la mémoire, souffre de maux de tête et bientôt entre à l'infirmerie. Déclaré valide par le médecin, il rejoint son poste; son chef de service le renvoie au dépôt le 25 avril 1915.

Au dépôt, il est désigné pour des corvées; il badigeonne des plafonds à la chaux et décharge des sacs de munitions. Il se fait porter malade. A la visite, on lui octroie trois jours de repos. De nouveau il retourne aux corvées. Enervé, agité, il entre à l'infirmerie le 15 mai et le 17 à l'hôpital.

Evolution. — Lors de son entrée à l'hôpital militaire, le 17 mai 1915, le malade présente de l'agitation à base d'énervement : il grince des dents, se mordille les lèvres, agite les bras et les jambes, crispe les mains, renverse les objets à sa portée, repousse brutalement ceux qui l'approchent.

18 mai. — Le malade est un peu plus calme. Il accuse des maux de tête violents qui, dit-il, durent depuis dix jours. Le pouls est petit et rapide.

19 mai. — Il donne des détails sur sa maladie. Il explique qu'il n'est plus le même homme depuis qu'il a été victime de cette insolation, ni physiquement (amyosthénie), ni intellectuellement (anidéation); il ajoute qu'à la moindre fatigue il est épuisé, anéanti, qu'il souffre de la tête, de l'estomac, qu'il ne dort plus, etc. Comme autres signes d'asthénie, on note : la constipation, les étourdissements, les bourdonnements d'oreilles, l'asthénie génitale, etc.

20 mai. — Ce jour, on relève des signes de congestion pulmonaire aux deux bases avec râles sous-crépitants très nets. Le pouls est petit et intermittent. Pas de fièvre.

23 mai. — Température, 38°1. Le teint est terreux, le facies crispé. Pouls imperceptible.

25 mai. — Décès. Les phénomènes asphyxiques ont été très marqués quelques heures avant la mort. Le sujet, lucide, a combattu longtemps sans délirer.

Nota. — La femme a réclamé en vain une indemnité, l'aggravation par le fait du service n'ayant pas été admise par les commissions d'enquête.

*
* *

L'asthénie chronique occupe le premier rang, croyons-nous, au nombre des complications nerveuses et psychiques de l'insolation. Ses conditions physio-pathologiques de production sont assez obscures, mais la perte de connaissance, comme dans les commotions cérébrales, est une des notions essentielles de la gravité relative du cas. A notre avis, l'insolation joue le rôle, dans ces complications, de cause déterminante et non pas de cause occasionnelle, quelle que soit la prédisposition du patient. L'amnésie, la confusion mentale, l'accès asthéno-maniaque sont des accidents immédiats bénins, sauf le dernier; le délire, la démence précoce, la psychose périodique sont rares, mais paraissent possibles. Médico-légalement, le sujet victime d'une insolation au cours de l'exercice de sa profession a droit à une indemnité proportionnelle à la diminution de sa capacité ouvrière; une pension doit être également accordée à tout sujet dont l'affection, déterminée par l'insolation, est aggravée par le fait du service ou de l'emploi.

ACTUALITÉS

L'INSULINE

INDICATIONS. POSOLOGIE. RÉSULTATS

Comme nous l'avons dit précédemment (1), c'est l'abaissement de la glycémie qui est chez l'animal normal l'effet prédominant de l'insuline. Il en est de même dans le domaine pathologique; il est donc compréhensible que toutes les hyperglycémies et en particulier l'hyperglycémie diabétique aient été soumises à son action. Mais on en a tiré parti dans d'autres hyperglycémies; elle a de plus été dans certains cas employée avec succès à titre de médication symptomatique ou pathogénique.

Action de l'insuline sur l'organisme diabétique. — Les recherches de Mering et Minkowski (1892) et auparavant celles de Hédon (1891) et de Lépine (1890) ont montré les effets chez l'animal de l'extirpation du pancréas. Pour une extirpation totale l'animal présente de la polyphagie, de la polydipsie, de la polyurie, de la glycosurie, de l'amaigrissement, une hyperglycémie marquée en même temps que disparaissent les réserves de glycogène; la mort survient en quelques semaines dans la cachexie. Si l'extirpation est partielle, glycémie et troubles urinaires sont proportionnés au rapport qui existe entre le degré de la lésion pancréatique et la composition du régime alimentaire.

On est fondé à considérer ces phénomènes comme une reproduction assez fidèle du diabète et de son évolution.

Les essais thérapeutiques ont montré que l'action de l'insuline sur le diabète humain étaient au plus haut point analogue à celle qu'on lui voit dans le diabète provoqué expérimental.

Hyperglycémie et glycosurie. — L'*hyperglycémie diminue*; l'action se fait sentir deux à quatre heures après l'injection et dure huit heures environ chez le chien; chez l'homme elle serait plus précoce et un peu moins durable (Lymann, Nicholls et Mac Cann). Des doses excessives peuvent entraîner l'hypoglycémie.

L'*action sur la glycosurie est parallèle*; ce symptôme est supprimé par une dose suffisante d'insuline.

Dans le diabète rénal au contraire la courbe du seuil d'excrétion et celle de la glycémie sont différentes.

La *lipémie*, *l'hypercholestérinémie s'abaissent* et sont en général ramenées à la normale dans le même délai.

Acétonémie, acétonurie, acidose. — Acétonémie et acétonurie *diminuent*; il en est de même pour l'acide β-oxybutyrique présent dans le sang; la réserve alcaline du plasma revient à la normale. Cette action sur l'acidose plasmatique se produit quelle que soit l'origine de l'acidose. La durée en est de huit à dix heures; elle est parfois plus précoce que l'action sur la glycémie.

Glycogène hépatique et musculaire. — Le *foie reconstitue ses réserves en glycogène* dont le taux se relève de 1 p. 100 jusqu'à 20 p. 100 parfois en même temps que s'abaisse la teneur en graisses du parenchyme.

Le taux du glycogène de myocarde retombe à la normale.

Quotient respiratoire et métabolisme basal. — Chez le diabétique insuliné l'administration d'un sucre quel qu'il soit provoque l'*élévation du quotient respiratoire*. L'action sur le métabolisme basal est encore mal connue.

Le *sucre musculaire* tend à disparaître par l'administration de l'insuline.

Le *métabolisme azoté est amélioré*; l'excrétion azotée diminue et très vite l'équilibre azoté se rétablit.

Phosphates. — La perte en phosphates inorganiques s'atténue et rapidement le taux normal dans l'organisme se rétablit.

Métabolisme en général. — Le métabolisme des hydrates de carbone s'améliore et tend vers la normale; on compte qu'une unité clinique permet au diabétique de tirer parti de 1 gramme de glucose dans les cas les plus graves et de 2g50 environ dans les formes légères.

(1) R. LEVENT. L'insuline. Chimie et physiologie. *Gaz. des hôpit.*, 25 sept. 1926.

Le métabolisme des corps gras est également amélioré; leur combustion complète pare à l'acidose.

En même temps la diminution des déperditions azotées permet de sauvegarder les protéines endogènes en même temps que la meilleure utilisation des hydrates de carbone permet un emploi plus utile des protéines exogènes.

Indications. — I. Dans le diabète. — C'est là que se trouve comme nous l'avons dit l'indication principale dont la nécessité doit, il est vrai, s'apprécier selon les formes.

On peut avec les divers auteurs distinguer :

1° Un *diabète léger*; l'ensemble des auteurs considère avec M. Labbé que de tels cas ne sont *nullement justiciables* de l'insuline; elle trouve cependant une indication temporaire lorsqu'une intervention chirurgicale doit être pratiquée, lorsque surviennent des complications ou après un traumatisme.

2° Un *diabète moyen* avec glycosurie abondante sans acidose, au moins permanente, ni dénutrition azotée; lorsque le *régime est insuffisant* à supprimer la glycosurie la cure d'insuline sans être indispensable est *avantageuse*;

3° Un *diabète grave* avec acidose et dénutrition où l'*indication* de l'insuline est *formelle et urgente*.

Aux précédentes indications il convient de joindre avec une mention particulière le *diabète infantile*, forme où l'insuline est le plus particulièrement indiquée et produit les résultats les plus constants. Les plus durables même puisqu'on a pu y envisager la restauration possible de la fonction pancréatique.

Les *complications du diabète*, complications infectieuses, gangrène, maladies intercurrentes, fébriles surtout, la grossesse en particulier lors de l'accouchement, les traumatismes, les interventions chirurgicales constituent des *indications formelles quelle que soit l'allure du diabète*; de même certains symptômes particulièrement pénibles : névrites, prurit, accidents oculaires.

Le coma diabétique imminent et plus encore confirmé est une indication formelle et d'urgence absolue. — Il est naturellement préférable de ne pas attendre le début des accidents graves; mais même pour ceux-ci le pronostic autrefois fatal est actuellement transformé.

Mais quelle que soit l'efficacité de l'insuline contre le diabète il importe de se rappeler qu'elle n'autorise nullement un relâchement du régime; son emploi raisonné comporte un régime différent des régimes habituels mais qui ne doit pas, au contraire, perdre de sa sévérité. L'*importance du régime prime toujours celle de l'insuline* sauf en ce qui concerne l'acidose.

II. En dehors du diabète. — L'insuline a été employée contre les acidoses; elle l'a été également, souvent en raison de rapprochements symptomatiques dans diverses affections caractérisées par des troubles de la nutrition; cet empirisme couronné par le succès semble réserver à ce médicament un certain nombre d'indications dans des cas de « nutrition ralentie » d'apparences parfois disparates.

Acidoses non diabétiques. — Les unes de pathogénies diverses sont du domaine *chirurgical*; c'est ainsi que l'insuline a donné des succès dans des acidoses dues à des infections chirurgicales graves, à des traumatismes, au jeûne préopératoire; de même dans la période postopératoire contre les acidoses de l'inanition ou de l'anesthésie, du shock, des hémorragies graves.

D'autres, non moins importantes, sont du domaine *obstétrical*; Thalhimer et d'autres auteurs après lui, ont obtenu des succès au cours de *vomissements incoercibles* graves de la grossesse.

L'insuline a pu également rendre service dans certains cas de *vomissements périodiques par acétomémie chez l'enfant.*

Affections diverses. — On a enfin obtenu des succès par l'insuline dans des affections diverses : *Dermatoses* psoriasis (Ravaut) en particulier lorsqu'il y a un léger degré d'insuffisance hépatique, plaies atones, en particulier ulcères variqueux; on l'a également employée chez des enfants dystrophiques, chez certains anorexiques. On l'a enfin employée avec succès chez certains basedowiens.

Mais l'efficacité en est inégale et l'on ne dispose actuellement d'aucun élément pour préciser les indications.

Contre-indications. — Nous insisterons peu sur certaines contre-indications discutées : diabète rénal, néphrites avec hypertension.

Plus importante est la contre-indication résultant des *troubles oculaires* avec néphrite et glycosurie (Poyales).

La principale contre-indication est *la tuberculose*. Si l'insuline ne semble pas, comme on l'avait dit d'abord, provoquer de poussée aiguë, elle n'empêche pas l'évolution de l'infection tuberculeuse. L'état général est amélioré, mais il convient de ne mettre chez de tels malades ce traitement en œuvre qu'*avec la plus grande prudence.*

Mode d'administration. — Posologie. — *Voie d'introduction.* — Habituellement *sous-cutanée ou intramusculaire*, elle doit faire place à la voie *intraveineuse au cas d'urgence* (précoma, coma, intervention chirurgicale).

Posologie. — *Cas d'urgence.* — *De fortes doses d'emblée* sont nécessaires; commencer par 100 unités ou même plus en cas de coma, par 50 avant une opération d'urgence. Au cas de coma, on continuera à donner jusqu'au réveil 10 à 20 unités toutes les deux heures.

Injecter en même temps et si possible par la même voie une *solution glucosée* isotonique ou hypertonique à raison de 1 à 2 gr. de glucose par unité d'insuline.

Traitement d'entretien. 1° *Période préliminaire.* — Etablir d'abord les besoins du malade, sa tolérance aux hydrates de carbone, l'excrétion des corps cétoniques, le taux et les variations de la glycémie.

2° *Etablissement du traitement.* — On peut donner un nombre d'unités d'insuline égal à la moitié du sucre éliminé par les urines (en grammes).

On préfère en général arriver par tâtonnement *à supprimer la glycosurie* d'un sujet à sa ration d'entretien; on conserve parfois une glycosurie de quelques grammes pour maintenir une légère hyperglycémie (*marge de sécurité*).

3° Vérifier de temps à autre la glycémie qui devra être toute proche de la normale.

Les doses varient donc avec les sujets et les moments, on a pu, dans certains cas, aller jusqu'à 100 unités par jour.

Chez l'enfant les doses sont relativement élevées et proches de celles de l'adulte.

Nombre d'injections. — *Fragmenter* le plus possible les *doses*, surtout si fortes. On fait habituellement deux injections par jour *une demi-heure à une heure avant les deux principaux repas.*

4° *Régime alimentaire.* — Comme nous l'avons dit l'insuline ne permet aucun relâchement diététique. Il faut un régime suffisant ou légèrement supérieur aux besoins du malade en diminuant un peu les graisses et en augmentant les hydrates de carbone; il faut aussi parer à la dénutrition azotée.

5° *Les adjuvants.* — On a constaté un renforcement de l'action de l'insuline par les albuminoïdes; Bertram (de Hambourg) préconise le caseosan, le sérum même du malade; chez l'animal les sels de nickel et de cobalt auraient la même action; on a obtenu le même effet par l'injection combinée de lévulose ou de vitamine B.

D'une manière générale on doit, et d'autant plus que l'état général est plus atteint, empêcher le refroidissement, la déshydratation et la constipation; administrer des toni-cardiaques. L'administration d'alcalins, proscrite par Chabanier, est admise par Rathery, mais à petite dose et seulement dans l'acidose.

D'une manière générale le traitement par l'insuline doit être ininterrompu; les cures temporaires ne doivent être faites que pour des complications intercurrentes chez des diabétiques légers. Si les circonstances obligent à interrompre les injections on devra, en même temps, mettre le malade au repos et modifier son régime alimentaire. La rechute est inévitable.

ACCIDENTS. — En dehors des réactions locales dues à des solutions mal préparées, réactions banales, on peut constater diverses variétés d'accidents.

Les uns, *sans spécificité* : rougeur locale, œdème, aspect pseudo-phlegmoneux, érythèmes, urticaire, avec parfois fièvre et mauvais état général; tous accidents rares depuis que le produit est mieux purifié.

D'autres accidents, *spécifiques*, sont dus à l'*hypoglycémie*, soit par doses excessives, soit par sensibilité croissante chez des malades depuis longtemps en traitement et parfois en amélioration : le traitement est simple, d'efficacité rapide et certaine; l'administration de glucose intraveineux et par la bouche.

Dans les formes légères il y a seulement de la nervosité, une appréhension indéfinie, une tendance syncopale; chez l'enfant, de la tachycardie.

Dans des formes plus marquées apparaît de la *diplopie*, signe d'alarme pour certains auteurs, des accès délirants, de l'aphasie motrice et sensorielle, du collapsus.

On peut, enfin, voir survenir le *coma hypoglycémique* avec respiration superficielle mais de rythme normal, pouls bondissant, turgescence veineuse, sueurs profuses, œdème pulmonaire, avec ou sans convulsions épileptiformes. Tous ces accidents sont aisément *évités* par la conservation d'une légère *glycosurie de sécurité*.

RÉSULTATS DE L'INSULINE. — *Immédiats.* — Ils sont incontestés; au moins 50 p. 100 de succès dans le coma confirmé, les insuccès relevant de défaillances cardiaques; dans le précoma le succès est presque assuré, de même dans le diabète grave pancréatique où les symptômes disparaissent ainsi que les complications non dues à des lésions irréparables. Le pronostic de la gangrène et des complications chirurgicales est transformé.

Les résultats sont particulièrement beaux chez l'enfant.

Eloignés. — Ils sont moins nets; « le diabète est maîtrisé, il n'est pas vaincu » (Joslin). On obtient, en général, un arrêt dans sa progression mais il ne semble pas, à l'heure actuelle, que, même chez l'enfant, l'insuline provoque ni restauration, ni rééducation pancréatique.

Dans les diabètes non pancréatiques, les échecs sont naturellement fréquents.

Quelles que soient des désillusions qui ne sont peut-être dues qu'à des espoirs exagérés, il n'en reste pas moins que l'insuline est contre le diabète un agent tel qu'on n'en connaissait encore aucun d'aussi puissant. Et si des limites sont dans certains cas trouvées à son efficacité, le domaine encore mal connu laisse le champ libre à bien des espoirs (1).

R. LEVENT.

VIIIe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE [2]

(Paris, 8 octobre 1926.)

C'est devant une assistance nombreuse d'orthopédistes français et étrangers que le président, M. le professeur Ombrédanne, ouvre le Congrès annuel de cette jeune mais bien vivante Société. Il déplore l'absence du président-fondateur, M. le professeur Kirmisson, retenu par la maladie. Puis il rend compte de la première Réunion de la Société tchécoslovaque d'orthopédie à Prague, à laquelle il a pu représenter la Société française en septembre dernier. Pour resserrer les liens d'amitié entre les deux sociétés, on vote par acclamations la nomination au titre de membres d'honneur de la Société française des professeurs Tobiasck, Chlumsky, Schutz, Frejka, Burion (Tchéco-Slovaquie).

Sont ensuite élus membres de la Société : MM. Lombard (d'Alger), Martin, Dujarier et Robineau (de Paris), Ory (de Liége), Phocas et Chrysafis (d'Athènes), Calandra (de Palerme).

On décide de mettre à l'étude pour la Réunion de 1927 les deux questions suivantes :

Traitement chirurgical de l'ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. — Rapporteur : M. Delahaye (de Berck).

Les pseudarthroses congénitales. — Rapporteur : M. Dujarier (de Paris).

Pour les années 1927 et 1928, le bureau de la Société française d'orthopédie est ainsi composé : président, M. le professeur Nové-Josserand (de Lyon); vice-présidents, MM. Mouchet (de Paris) et Froelich (de Nancy); secrétaire général, M. Curtillet (d'Alger); secrétaire général adjoint, M. Mathieu (de Paris); trésorier, M. Roederer (de Paris).

DISCUSSION SUR LA PREMIÈRE QUESTION

LE GENOU PARALYTIQUE (2)

Ont pris part à cette discussion : MM. ROCHER (de Bordeaux), TRÈVES, MAUCLAIRE, DUCROQUET, OMBRÉDANNE (de Paris), FROELICH (de Nancy), NICOD (de Lausanne).

La discussion a porté uniquement sur le traitement et par-

---

(1) Très complète bibliographie dans la belle étude de M. André Choay : *La Sécrétion interne du pancréas et l'insuline*, Paris 1926, Masson et Cie.

(2) *Association de la Presse médicale française.*

Voy. le résumé des rapports, *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 83, p. 1336.

ticulièrement sur celui de la paralysie du quadriceps et des déformations secondaires à cette paralysie.

MM. Rocher et Nicod font remarquer combien peut être tardive la restauration fonctionnelle du quadriceps. Ils donnent des exemples où elle s'est faite plusieurs années après la fin de la paralysie. D'où la nécessité de porter des appareils longtemps avant de décider une intervention. Cette réapparition tardive est peut-être le secret de certains succès de la transplantation (Nové-Josserand).

Lorsque la paralysie du quadriceps est considérée comme définitive, trois méthodes se proposent d'y remédier : la transplantation, la méthode de Putti, l'arthrodèse.

M. Froelich a pratiqué huit fois la transplantation, et dans un seul cas il a vu un bon résultat, les autres étaient médiocres ou nuls. M. Nicod a eu personnellement des résultats mauvais et a vu des malades opérés par d'autres chirurgiens sans plus de succès.

La méthode de Putti a été l'objet de remarques importantes. Elle comporte trois temps : mise en hyperextension de la hanche, du genou, fixation du pied.

Pour la hanche, M. Trèves pense, contrairement au rapporteur, que la ténotomie sous-cutanée des fléchisseurs de la cuisse est insuffisante. Il est, dans certains cas, nécessaire d'aller à ciel ouvert sectionner les aponévroses, le tendon du psoas, et même la capsule articulaire (Putti).

Pour obtenir l'extension du genou fixé en flexion, puis son hyperextension, M. Trèves préfère l'ostéotomie sus-condylienne au redressemenf simple qui expose à des rechutes en flexion. Au contraire, MM. Ducroquet, Ombrédanne, après avoir pratiqué l'ostéotomie, l'abandonnent. M. Ducroquet lui reproche d'exposer à un glissement en arrière du fragment supérieur avec raccourcissement du membre et danger de non consolidation. M. Froelich remarque qu'on évite ce glissement en pratiquant l'ostéotomie cunéiforme. M. Ombrédanne se méfie des cals mous obtenus chez ces malades ; dans un cas il a vu une déviation latérale secondaire. M. Ducroquet pratique le redressement manuel forcé en un temps, manœuvre dont il expose en détail la technique. MM. Ombrédanne et Nicod s'en tiennent au redressement par plâtres successifs. M. Nicod, sur plus de quarante cas, n'a jamais eu à faire l'ostéotomie ; le redressement progressif permet de doser le degré de recurvatum à obtenir.

Quel est ce degré? Il est fonction de l'attitude du pied. Pour M. Ducroquet le recurvatum est indispensable dans le pied talus, dans les autres cas la rectitude du genou suffit.

La fixation du pied en équin est indispensable pour déclancher l'hyperextension du genou. M. Trèves rappelle que Putti l'avait d'abord cherchée par une ténodèse, mais cette fixation tient mal. Il l'a remplacée par l'arthrorisis par butoir astragalien antérieur. M. Ducroquet montre que l'arthrorisis ne peut rendre service dans le pied talus, il lui préfère l'arthrodèse sous-astragalienne et tibio-tarsienne.

Dans quel angle faut-il fixer le pied? Très justement M. Ducroquet fait remarquer que le degré d'équinisme doit être d'autant plus grand que le recurvatum est plus marqué. Pour les membres atrophiés, marchant sur un liège oblique, il faut calculer l'équinisme pour que le liège repose à plat.

La méthode de Putti donne de beaux résultats. MM. Rocher et Trèves en rapportent des exemples, même dans le cas de paralysie des deux membres inférieurs. Mais dès que les fessiers sont frappés un appareil de hanche devient indispensable.

L'arthrodèse présente des indications. Il ne faut cependant pas la pratiquer trop jeune si on ne veut voir un arrêt d'accroissement du membre (Froelich). Pour la pratiquer, M. Nicod conseille un avivement rotulien et tibio-fémoral, M. Mauclaire la complète par un enchevillement.

Pour les troubles trophiques du membre inférieur, M. Rocher rappelle les bons effets de la sympathectomie péri-artérielle (professeur Ombrédanne), et M. Froelich ceux de la méthode de Bier au niveau du genou (hyperémie passive).

Résumant la discussion, M. Nové-Josserand note combien peu de cas heureux de transplantation ont été rapportés. On ne doit conseiller cette opération que pour les paralysies isolées du quadriceps avec conservation du fascia lata et du couturier, et ne lui demander qu'une action de stabilisation du genou sans mouvements actifs. Dans la méthode de Putti il a pu toujours obtenir le redressement de la hanche par simple ténotomie sous-cutanée. Au genou, l'ostéotomie perd du terrain. Le redressement forcé en un temps de Ducroquet demande une dextérité manuelle considérable, une technique impeccable. Le redressement progressif est d'exécution plus facile, permet de doser le recurvatum, et peut être complété par une ostéotomie.

L'attitude du pied est, en effet, commandée par le degré de recurvatum. Si le pied est fixé en équin il n'y a pas à y toucher. Dans les pieds ballants, la double arthrodèse sera complétée par l'arthrorisis.

Pour l'arthrodèse, l'enchevillement est inutile et risque d'entraîner un arrêt de développement du membre. Le rapporteur a pu la pratiquer à sept ou huit ans dans les cas de genou ballant sans déformation. Mais alors il faut immobiliser pendant cinq à six mois.

Si la paralysie est complète aux deux membres inférieurs, il semble vain d'appliquer la méthode de Putti aux deux côtés : un côté devra être fixé par appareil ou arthrodèses (sustentation), l'autre traité par la méthode de Putti (progression).

Cette discussion fut complétée par une séance de projections cinématographiques faite par M. Ducroquet des différentes formes de paralysie du quadriceps (isolée, associée aux autres paralysies, avec ou sans déformations du genou, du pied), leçon magistrale, dont tous, grands comme petits, lui gardent une grande reconnaissance.

DISCUSSION SUR LA DEUXIÈME QUESTION

TRAITEMENT DES SÉQUELLES DE LA COXALGIE

[*En dehors du réveil de l'infection tuberculeuse* (1)].

MM. Rendu, Tavernier, Nové-Josserand (de Lyon), Rocher (de Bordeaux), Trèves, Lance (de Paris), Sorrel (de Berck), Martin du Pan (de Genève), discutent le rapport.

Un premier point semble acquis. Il existe des coxalgies avérées, qui guérissent avec une certaine étendue de mouvements et cela sans que cette mobilité expose spécialement à des rechutes (Sorrel). L'ankylose complète ne doit donc plus être systématiquement recherchée. C'est l'opinion de Trèves, Sorrel, Nové-Josserand, Martin du Pan.

Lorsque l'ankylose a été obtenue. Elle peut être osseuse, complète à la radiographie, ou complète cliniquement bien que la radio ne montre pas une soudure. Tant qu'elle reste en bonne attitude, on doit la respecter. Mais on ne s'entend plus sur la définition de la bonne attitude. Alors que Trèves s'appuyant sur l'autorité de Victor Ménard réclame l'abduction légère avec rotation en dedans, Sorrel redoute peu la flexion, un peu plus l'adduction, mais surtout la rotation soit interne (avec adduction) ou externe (avec abduction).

Pour remédier à une ankylose en position vicieuse l'opération de choix reste l'ostéotomie sous-trochantérienne.

Elle donne d'excellents résultats (Trèves, Rocher, Lance), même dans les cas ou l'ankylose est incomplète (Trèves, Lance).

Sorrel recommande de la faire précoce, ce qui permet d'éviter le genu valgum compensateur de l'ankylose.

Cependant M. Nové-Josserand pense qu'il y a des cas où l'attitude vicieuse peut récidiver après ostéotomie.

Pour les branches mobiles post-coxalgiques trois méthodes de traitement : arthrodèse intra-articulaire, arthrodèse extra-articulaire, l'ostéotomie a butée.

L'arthrodèse intra-articulaire a trouvé d'ardents défenseurs dans les représentants de l'Ecole lyonnaise (Nové-Josserand, Tavernier, Rendu). Pour eux il faut abandonner l'appréhension de s'attaquer directement au foyer tuberculeux. Les dangers de dissémination, de réveil du foyer n'existent pas.

La présence constante de lésions résiduelles dans le foyer est un argument de plus pour intervenir et l'extirper.

L'opération dans le foyer permet de corriger d'emblée l'attitude vicieuse. Ceci s'appuie sur six observations dont les résultats déjà anciens sont exposés par M. Rendu. Ces observations montrent que dans les cas où on a employé un greffon péronier (cinq cas) pour fixer le fémur au bassin, le greffon s'est résorbé. Il joue donc un rôle purement mécanique et il

(1) Voy. le résumé du rapport, *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 83, p. 1337.

semble préférable de lui substituer une vis à bois (un cas), qui serre les deux fragments.

Si dans ces six cas le fonctionnement est bon, les malades marchent bien, presque tous ont eu une récidive de l'adduction, seul le cas où l'on avait employé une vis a présenté une soudure osseuse.

Il semble d'après la discussion que la plupart des auteurs (Trèves, Rocher) semblent réserver cette opération à des coxalgies non guéries, à ces cas prolongés, ou à rechutes fréquentes. M. Nové-Josserand recommande de n'opérer ainsi que les cas avec tête bien conservée pour avoir un large affrontement des deux os.

L'arthrodèse extra-articulaire de la hanche est une opération encore à l'étude. Faite avec un greffon à distance son résultat est très aléatoire. Le greffon implanté dans le bassin à travers le col a donné à Sorrel un résultat « pas très bon ». La seule opération discutable (Nové-Josserand) est le verrou trochantérien de Hass-Mathieu, opération tentante dans les cas de pseudarthrose intracotyloïdienne où le grand trochanter est collé au bassin. Mais elle ne remédie pas à la position vicieuse et peut demander une ostéotomie complémentaire (Nové-Josserand). De plus, comme le remarque Lance, les pseudarthroses intracotyloïdiennes ou les luxations de la hanche ont présenté en général des destructions iliaques étendues, parfois des abcès et fistules multiples, et, après cicatrisation, l'état des parties molles est tel que l'abord de la hanche est rendu impossible.

C'est dans ces cas que l'ostéotomie basse avec butée pelvienne rend des services; l'ostéotomie sous-trochantérienne donne d'ailleurs probablement de bons résultats parce que l'abduction du fragment inférieur entraîne la formation d'une butée pelvienne (Nové-Josserand). Sorrel, Lance, Martin du Pan, Nové-Josserand l'ont employée dans des pseudarthroses post-coxalgiques avec succès. On lui a reproché d'augmenter le raccourcissement, à tort, car l'abduction, par bascule du bassin, compense et au delà la perte de longueur du membre.

M. Mathieu, rapporteur, résumant la discussion constate qu'il est établi que la coxalgie peut guérir sans ankylose, et que la conservation de certains mouvements peut ne pas être nocive. Que pour le traitement des ankyloses en position vicieuse on est d'accord : l'ostéotomie bien faite donne d'excellents résultats. Que l'ostéotomie donne des résultats même dans les ankyloses incomplètes s'il y a un appui pelvien, enfin qu'il y a intérêt à faire l'ostéotomie précoce.

Pour les hanches mobiles post-coxalgiques deux tendances s'opposent. L'École lyonnaise ne redoute pas de chercher à obtenir l'ankylose en s'attaquant directement au foyer, les Parisiens imbus d'idées classiques le redoutent et préfèrent s'adresser aux méthodes extra-articulaires : le verrouillage de la hanche qui peut s'il est utile être complété par une ostéotomie, les ostéotomies basses avec butée pelvienne, L'avenir fixera de façon définitive la valeur de chacune de ces opérations.

COMMUNICATIONS.

Nanisme par chondrodysplasie. — M. Mauclaire (de Paris) présente une observation de maladie d'Ollier : déformations congénitales de tout le squelette, en particulier, des hanches, métacarpiens, etc.

Emploi des butées osseuses (arthrorise) dans les déviations du pied. — M. Rocher (de Bordeaux) rapporte l'observation d'un talus paralytique traité au moyen d'une butée antérieure par cheville plantée dans l'astragale, et celle d'un moignon de Chopart avec équinisme traité par l'implantation d'une cheville d'ivoire dans la partie postérieure de l'astragale.

Sur le traitement du pied bot talus congénital. — M. Michel (de Lyon) montre que le redressement manuel avec attelles dans l'intervalle des séances ne guérit pas tous les cas; certains talus sont transformés en pied creux par abaissement de l'avant-pied. Il présente un appareil à traction élastique qui permet d'éviter cet inconvénient.

M. Mathieu remarque que dans ces cas l'astragale est subluxé en avant sur la radio, d'où bloquage de la tibio-tarsienne. Il faut donc radiographier les pieds talus avant de les redresser.

Sur les signes radiographiques de la désaxation de la hanche. — M. Lance (de Paris) montre que dans certains cas où le plafond du cotyle est insuffisant, la hanche ne se subluxe pas, la tête fémorale reste en place, mais c'est le col fémoral qui se redresse et se désaxe. Il en résulte des crises douloureuses violentes simulant la coxalgie. Tout disparaît si l'on reconstitue opératoirement un plafond cotyloïdien bien orienté et suffisant.

Deux pièces de luxation congénitale. — M. Jouon (de Nantes) montre le bassin d'un enfant de sept ans chez lequel la réduction sanglante a été suivie de décès par shock; on y note toutes les déformations classiques. L'autre est le bassin d'un luxé réduit qui fit par la suite de la tuberculose — et un mal de Pott — à laquelle il succomba. Il est notable que la hanche luxée resta indemne de la tuberculose.

Fixation d'omoplate ballante. — M. Mathieu (de Paris) montre une myopathie chez laquelle une fixation du bord interne de l'omoplate par deux fils d'argent a donné un excellent résultat.

M. Nové-Josserand rappelle que dans un cas analogue, il a fixé l'angle supérieur au moyen d'un trou pratiqué dans l'omoplate dans lequel on engage le bout d'une côte sectionnée. Il est inutile de fixer l'angle inférieur par un fil qui coupe toujours.

M. Mauclaire a présenté l'an dernier une omoplate ballante fixée par trois fils à l'autre omoplate plus des greffes souples et les côtes avivées. Actuellement, tous les fils ont coupé sur l'omoplate ne tient plus que par les greffes.

M. G. Huc rappelle qu'il a établi dans sa thèse que l'omoplate tourne autour d'un axe idéal situé près de l'angle interne — que seul ce point doit être fixé — un seul fil suffit, allant de ce point à une apophyse épineuse comme l'a fait M. Ombrédanne.

Présentation d'un appareil métallique à extension continue pour coxalgique. — M. Clavelin.

Présentation d'une table orthopédique et d'une chaise pour luxations congénitales en traitement. — M. Rendu (de Lyon).

M. LANCE.

A PROPOS DU CENTENAIRE DE Ph. PINEL

(26 octobre 1926).

UN GRAND MÉDECIN, QUI FUT UN GRAND PHILANTHROPE

Par le docteur CABANÈS.

Nous n'honorons pas, en général, autant qu'il conviendrait, nos grands hommes, les véritablement grands, ceux qui ont rendu des services éclatants à l'humanité.

Sans doute a-t-on élevé, tardivement, une statue à Philippe Pinel, dont nous voudrions, à l'occasion du centenaire de sa mort, célébrer la mémoire, en attendant que d'autres hommages lui soient rendus; mais son renom est resté jusqu'à présent trop confiné dans notre microcosme médical, et Philippe Pinel mérite beaucoup mieux que cet hommage restreint.

A Pinel revient, en effet, la gloire d'avoir rompu avec des préjugés séculaires, encore subsistants de son temps, en préconisant, mieux encore en appliquant un traitement plus humain aux sujets atteints d'aliénation mentale.

Il faut bien savoir que, jusqu'à l'aurore de la Révolution, les fous ont été regardés comme des possédés du Diable, qu'on avait coutume de traiter comme on traitait les sorciers, c'est-à-dire sans ménagement, et que longtemps on envoya au bûcher de pauvres êtres qui « ne méritaient que d'être enfermés aux Petites-Maisons. » Quand on cessa de les considérer

comme des suppôts de Satan, on continua de les tenir pour des malades dangereux, dont il fallait avant tout réprimer les violences : ainsi se perpétua l'usage des cabanons et des chaînes de fer. Comme l'écrivait, naguère, un de nos aliénistes les plus réputés, « les fous, attachés dans leurs loges, servaient, comme les animaux d'une ménagerie, à l'amusement du public, qui les visitaient les jours de fête. Cette réaction insensée appelait une réaction plus humaine : c'est à ce moment que Pinel parut (1) ».

Il n'est jamais sans intérêt de savoir quelles étapes a suivies un novateur avant que sa découverte ait pris définitivement corps.

En 1785, Pinel eut la douleur de perdre un de ses jeunes amis, dont un labeur opiniâtre et une continence excessive avaient égaré la raison. Après l'avoir soigné quelque temps, on l'avait rendu à sa famille; un soir, il s'échappa de la maison paternelle et gagna un bois voisin; on retrouva, quelques jours plus tard, son cadavre, ou plutôt les lambeaux seulement de son corps, car il avait été aux trois quarts dévoré par des loups!

Pinel fut très frappé par ce triste événement; il résolut, dès lors, de se livrer à l'étude de ces cas de démence dont la cause était mystérieuse, et que la science de son temps connaissait mal.

Durant cinq années il put recueillir, dans la maison de santé tenue par le Docteur Belhomme, des observations sur des maniaques de divers genres; et c'est à dater de ce jour, qu'il composa maints mémoires, écrivit maints articles sur le traitement moral de la folie, tel qu'il le comprenait ; sa vocation s'était révélée tout à coup à son esprit, il avait trouvé sa voie.

L'époque était, d'ailleurs, propice : la réforme des hôpitaux avait été décrétée sur un rapport de Necker, en 1781, mais on ne devait en commencer l'application que six ans plus tard, sur un autre rapport dû à Bailly; mais, entre temps, avait paru un écrit d'un Docteur Colombier, dont le titre doit être rappelé; il était intitulé : *Instructions sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés.*

« Des millions d'insensés, écrivait l'auteur de cet opuscule, sont renfermés dans des maisons de force, sans qu'on songe seulement à leur administrer le moindre remède; le demi-insensé est confondu avec celui qui l'est tout à fait; le furibond avec le tranquille; les uns sont enchaînés, les autres, libres dans leur prison. Enfin, à moins que la nature ne vienne à leur secours en les guérissant, le terme de leurs maux est celui de leurs jours et, malheureusement jusque-là, la maladie ne fait que s'accroître au lieu de diminuer. »

Le 30 août 1791, la Société royale de médecine, qui représentait alors ce qu'est actuellement notre Académie de médecine, mettait au concours cette question : « Indiquer les moyens les plus efficaces de traiter les malades dont l'esprit est aliéné avant l'âge de la vieillesse. » Pinel envoya un mémoire, mais on ignore s'il obtint le prix : on avait alors de bien autres préoccupations! Toutefois, le travail de Pinel avait frappé un des juges du concours, Thouret, qui se rappela sa valeur, dans une circonstance mémorable. On était en pleine tourmente révolutionnaire : le 25 août 1793, sur la proposition de Thouret, et de Cabanis, Pinel était nommé médecin des infirmeries, dont dépendait le service des aliénés. Il prit possession de son nouveau poste dans la première semaine de septembre; ce fut dans les derniers mois de cette même année (1793) que se place la scène, si souvent contée, qui mit en présence Pinel et un des plus farouches conventionnels, le paralytique Couthon.

La première réforme que devait accomplir Pinel était l'abolition des chaînes : l'usage des chaînes de fer pour contenir les aliénés était encore dans toute sa vigueur. Mais, pour appliquer cette mesure, il fallait l'autorisation non seulement du Bureau central des hôpitaux, mais celle de la Commune de Paris. Or, celle-ci comptait, parmi ses membres, des hommes ombrageux, défiants, craignant toujours qu'on voulut attenter aux institutions de la République dont ils avaient la garde. Aussi, quand Pinel se présenta devant la Commune, pour exposer sa requête, le président, qui était Couthon, ne fut pas loin de le traiter comme un vulgaire aristocrate. — Es-tu donc fou toi-même, lui dit-il, de vouloir délivrer ces bêtes féroces? — Non, riposta son interlocuteur avec fermeté, car j'ai la certitude que ces malheureux ne sont aussi violents et aussi insensés que parce qu'ils sont enchaînés; j'ai la conviction que, lorsqu'ils ne le seront plus, ils se calmeront et redeviendront peut-être raisonnables. — Fais comme il te plaira, répondit Couthon, mais malheur à toi si tu nous trompes, et, si parmi tes fous, tu caches des ennemis du peuple! Pinel ayant riposté que sa mission était toute médicale, et qu'il n'avait pas d'autre objectif que d'appliquer les ressources de son art au soulagement des malheureux qui réclamaient ses soins : « Nous verrons bien », lui fut-il sèchement répliqué. Le lendemain de cette entrevue, Couthon se rendait, probablement dans sa brouette légendaire, que conserve le Musée Carnavalet, à Bicêtre, où Pinel devait inaugurer ses essais. Le « maître de l'heure », porté à bras d'hommes, fut conduit dans le quartier des agités, où la vue des loges l'impressionna plus qu'il n'aurait voulu le laisser paraître ; il ne recueillit, presque partout où il se présenta, qu'injures et apostrophes grossières.

Aussitôt après le départ du terrible cul-de-jatte, Pinel se mit à l'œuvre, avec l'aide d'un des gardiens de l'hôpital dont le nom mérite d'être rappelé, parce qu'il fut pour l'illustre médecin un collaborateur aussi intelligent que dévoué : il s'appelait Pussin.

Le premier malade qu'on délivra de ses chaînes était un officier anglais, séquestré depuis quarante ans, et dont nul n'osait approcher depuis le jour où, dans un accès de fureur, il avait tué un gardien; après deux années de calme, on put le rendre à la liberté. Puis, ce fut le tour d'un homme de lettres, qui, au bout de quelques semaines, sortait de Bicêtre complètement guéri, mais périssait sur l'échafaud.

Un autre, soldat aux gardes françaises, renvoyé de son régiment, avait été arrêté dans une rixe où il voulait se faire passer pour général. Pinel, par des paroles de douceur, put ramener au calme cet exalté, sans le soumettre à un traitement de violence. Il le prit à son service et n'eut qu'à s'en louer.

« En résumé, écrira Pinel, les mêmes aliénés qui, réduits aux chaînes pendant une longue suite d'années, étaient restés dans un état constant de fureur, se promenaient ensuite tranquillement avec un simple gilet de force et s'entretenaient avec tout le monde, tandis qu'auparavant on ne pouvait en approcher sans les plus grands dangers. »

(1) René Sémelaigne, *Nos Grands Aliénistes Français*, Introduction, t. I; Paris, 1891.

L'expérience était concluante; le nouveau traitement de la folie avait fait ses preuves.

Mais la routine et les préjugés ont la vie dure, Pinel put le constater une fois de plus. Nommé à la Salpêtrière, il y trouva les mêmes errements qu'à Bicêtre ; il appliqua la méthode qui lui avait si bien réussi dans cet hôpital et eut la satisfaction d'enregistrer d'aussi heureux résultats. La lutte dura plusieurs années, mais le triomphe couronna la persévérance de ses efforts.

Quoiqu'on ait essayé de contester la priorité, l'originalité et la grande portée de sa découverte, Pinel n'en reste pas moins, aux yeux de tout historien impartial, l'innovateur, le créateur d'un traitement de douceur appliqué à l'une des maladies qui affligent le plus l'humanité, et contre laquelle nos moyens de médication, si perfectionnés soient-ils, restent si souvent impuissants.

NOTES DE PRATIQUE

MYOCARDITE SÉNILE

Régime lacté et lacto-végétarien (ne pas dépasser deux litres de liquide pour éviter la pléthore vasculaire). Purgatifs.

Application d'une ventouse scarifiée sur la région cardiaque, à répéter cinq à six jours de suite.

Comme tonicardiaque, prescrire pendant cinq jours, deux cachets par jour (matin et soir, avant les repas) de *Théosalvose strophantique* et, pendant les cinq jours suivants, deux cachets de *Théosalvose digitalique*; après arrêt de cinq jours, recommencer ce traitement qu'on continuera pendant plusieurs mois. Il a, pour effet, de régulariser les battements cardiaques, de redonner au pouls son amplitude, d'atténuer et même de faire disparaître le bruit de galop.

CONGRÈS

PREMIÈRE RÉUNION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE (PARIS, avril 1927). — Cette réunion, qui devait primitivement se tenir à Paris, au début d'octobre, n'aura lieu qu'en avril 1927; la date exacte en sera ultérieurement fixée.

M. le ministre des Affaires étrangères, a bien voulu accorder son haut patronage à cette manifestation d'union latine. Le Comité d'honneur comprend MM. les Ambassadeurs de Belgique, du Brésil, d'Espagne et d'Italie, ainsi que les ministres des différentes nations latines; la liste complète en sera donnée ultérieurement.

Le Comité d'organisation a pour président M. le professeur agrégé Loeper, président de l'Association de la Presse médicale française ; pour vice-présidents MM. Mayer (de Bruxelles), Coca (de Madrid), Ascoli (de Rome), Danielopolu (de Bucarest), de Azevedo (de Lisbonne), Delfino (de Buenos-Aires), Le Sage (de Montréal), etc.

Le secrétaire général est M. le docteur L.-M. Pierra; le trésorier M. Georges Baillière.

BUT DE LA RÉUNION. — Cette première réunion a pour but de grouper en une large fédération les associations de Presse médicale, les revues et journaux médicaux et les journalistes médicaux comprenant, dirigeant ou rédigeant des journaux dans une des langues latines : espagnol, français, italien, portugais et roumain.

Des rapports seront présentés sur des questions susceptibles d'intéresser la grande majorité des représentants de la Presse médicale : directeurs, administrateurs et rédacteurs.

PROGRAMME SOMMAIRE. — Le premier jour, à 21 heures : Réception des adhérents étrangers par l'Association de la Presse médicale française, dans la salle des Fêtes du *Figaro*, 14, rond-point des Champs-Elysées.

Le deuxième jour, à 9 heures : Séance d'ouverture. Discours du président et des délégués officiels. Rapport du secrétaire général. Examen et vote des statuts de la Fédération latine ; élection du bureau.

A 14 h. 30 : Lecture et discussion du premier rapport « Unification de la terminologie, du classement et de la bibliographie dans la littérature médicale ».

A 20 heures : Soirée à l'Opéra-Comique.

Le troisième jour, à 10 heures : Lecture et discussion du deuxième rapport « La propriété littéraire et la Presse médicale ».

A 14 h. 30 : Lecture et discussion du troisième rapport « Du rôle de la Presse médicale dans la préparation, l'organisation et les comptes rendus des congrès médicaux ».

A vingt heures : Grand banquet officiel, par souscriptions, dans la salle des Fêtes du Palais d'Orsay.

Le quatrième jour : Excursion, dont le programme sera ultérieurement fixé.

COTISATIONS. — La cotisation est fixée à :

60 francs par membre pour les associations de Presse médicale adhérant collectivement à la réunion ;

100 francs pour les revues et journaux adhérant individuellement;

50 francs pour les rédacteurs régulièrement attachés à un journal médical;

50 francs pour les femmes ou enfants des membres de la réunion.

Des démarches seront faites auprès des Compagnies de chemin de fer françaises, afin d'obtenir d'elles une réduction des tarifs de transport.

Les directeurs et les rédacteurs des journaux médicaux, qui désirent prendre part à la première réunion de la Presse médicale latine, sont priés d'adresser leur adhésion au secrétaire général, M. le docteur L.-M. Pierra, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe), en indiquant le nombre des personnes de leur famille qui les accompagneront. Ils sont priés de lui faire parvenir, en même temps, le montant de leurs cotisations par chèque sur Paris, mandat international ou chèque postal.

Toute la correspondance (demandes de renseignements, etc.) doit également lui être adressée.

(Communiqué par l'Association de la Presse médicale française.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 18 AU 23 OCTOBRE 1926)

THÈSES

Mardi 19 octobre. — Jury : MM. Gilbert, président ; Balthazard, Bezançon et Villaret. — M. CORNU. Etude sur la pneumonie abortive. — M. GIRY (E.). Etude du traitement de l'hypertension artérielle. — M. DELPLANQUE. Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire. — M. GENDREAU (B.). Renforcement des bruits d'auscultation par le tassement du poumon. — M. REY (A.). La tension du liquide céphalo-rachidien.

Jury : MM. Achard, président; Carnot, Guillain et Rathery. — M. GRANDSIRE (R.). Etude sur l'aspergillose pulmonaire primitive. — M. MORICET (Pierre). Contribution à l'étude du traitement de la nutrition du tuberculeux. — M. LAMACHE. Etude sur le liquide céphalo-rachidien. — M. LANGLET (Ch.). Sur quelques cas d'hypertrophie segmentaire. — M. LEFEBVRE (S.). Fréquence des néphrites au cours de la scarlatine. — M. ONILLON (A.). Etude sur l'otite chronique.

Mercredi 20 octobre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Legueu, président; Lemierre, Ombrédanne, Bourdelle, Coquot, Moussu, Panisset, Robin et Vallée. — M. FOUÉRÉ. De la castration du cheval. — M. GUILLET. Etude sur la cachexie osseuse du porc. — M. KENGRAGSAT. Recherches expérimentales sur les variations de la bactéridie charbonneuse.

NOTES POUR L'INTERNAT

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE

DEFINITION. — On désigne sous le nom de rétrécissements de l'urètre *une diminution permanente de calibre de ce canal due à une altération de sa paroi ne reconnaissant pas pour cause une inflammation aiguë ou un néoplasme* (Marion).

Se trouvent ainsi éliminés, les spasmes, les compressions, les obstructions par calculs.

ETIOLOGIE. — Ils peuvent être classés en trois catégories.

1° **Rétrécissements congénitaux**. — Rares.

Il s'agit alors d'une *malformation* et coexistent souvent avec d'autres malformations, hypospadias, phimosis.

2° **Rétrécissements traumatiques**. — Qui succèdent :

a. Soit à une **rupture traumatique** et c'est la règle.

b. Soit beaucoup plus rarement à :

Une plaie accidentelle ;
Une éraillure du canal par corps étranger ;
Une brûlure par injection de liquide caustique.

3° **Rétrécissements inflammatoires**. — De beaucoup les plus fréquents.

a. Reconnaissant une cause presque unique, **la blennorragie.**

b. La tuberculose, hypertrophiante et sténosante ;

La syphilis en dehors du chancre induré du méat restant des causes tout à fait exceptionnelles.

Le rétrécissement blennorragique constitue 95 p. 100 des rétrécissements.

1° Il vient compliquer :

a. Parfois une urétrite courte, légère, et la sténose semble disproportionnée à la lésion initiale ;

b. Beaucoup plus souvent LES URÉTRITES CHRONIQUES, traînantes, prolongées, surtout à la suite de *rechutes* ou de *récidives*.

Et toutes les causes tendant à prolonger l'évolution : *étroitesse du méat, traitement intempestif, anomalies congénitales*, favorise l'évolution du rétrécissement.

2° Il apparaît toujours TARDIVEMENT, quatre à douze ans après l'urétrite.

Parfois plus tard : quinze à vingt ans, aussi n'est-il pas rare de l'observer chez des vieillards que l'on pourrait croire atteints de troubles prostatiques.

Parfois plus tôt : six mois, un an, il faut alors penser à une lésion traumatique surajoutée : rupture de corde, déchirure de la muqueuse par injection forcée.

Il s'agit alors de *rétrécissement scléro-cicatriciels*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° **Rétrécissements blennorragiques**. — *A.* **Le rétrécissement.** — SIÈGE. — Sur l'*urètre antérieur* ou *spongieux*, car il est surtout dû à la sclérose du tissu érectile.

Le point d'élection est *le cul-de-sac du bulbe*, qui est à la fois le point toujours atteint et l'endroit le plus serré.

NOMBRE. — Presque toujours *multiple* en *chapelet*, la filière urétrale alors se rétrécissant de plus en plus à mesure qn'on se rapproche de la portion périnéo-bulbaire.

FORME. — Très variable.

Tantôt, *une bride*, un *diaphragme* percé d'un orifice central ou excentrique.

Tantôt et très souvent *une succession* de brides et de diaphragmes.

Tantôt enfin un véritable *cylindre ligneux*, long de plusieurs centimètres percé d'un orifice tortueux.

Mais il n'y a jamais d'oblitération complète du canal.

CALIBRE. — On divise les rétrécissements en :

Larges, sans diminution notable du calibre mais avec perte d'élasticité des parois.

Etroits.
Filiformes.
Infranchissables.

CONSISTANCE. — Variable.

Les uns sont *durs, inextensibles* ; le traitement en sera difficile.

Les autres *dilatables, élastiques*.

Microscopiquement :

L'ÉPITHÉLIUM est *kératinisé*, pavimenteux, statifié, souvent corné.

LE CHORION ET LE TISSU SPONGIEUX deviennent FIBREUX, lésion essentielle.

LES GLANDES, d'abord enflammées sont bientôt étouffées par la sclérose.

En résumé : *urétrite totale et profonde* avec prolifération embryonnaire aboutissant secondairement à la néoformation conjonctive rétractile (Legueu).

B. **L'urètre.** — EN AVAL, présente le plus souvent des lésions d'urétrite chronique.

EN AMONT, est dilaté en une poche où stagne l'urine, favorisant les lésions d'*urétrite chronique* très marquées avec végétations, ulcérations, point de départ de périurétrite phlegmoneuse ou suppurée, d'adénite suppurée.

C. **La vessie.** — Luttant contre un obstacle de plus en plus serré *s'hypertrophie* puis secondairement *se laisse distendre*.

Puis au bout d'un temps variable elle finit par *s'infecter*. Cette cystite chronique devient alors le point de départ de *pyélonéphrite ascendante* avec distension de tout l'arbre urinaire.

2° **Rétrécissements traumatiques**. — SIÈGE. — Au point rompu, donc le plus souvent dans la région périnéo-bulbaire.

NOMBRE. — Il est *unique*.

FORME. — Peu étendu, soit *annulaire*, en *virole*, soit *semi-lunaire* avec *bride inférieure*.

CALIBRE : rapidement très *serré*.

CONSISTANCE : dur, inextensible.

Si la rupture porte sur l'urètre postérieur il y a moins rétrécissement que *décalage des deux bouts*.

En résumé, nous voyons qu'il convient d'opposer :

Le *rétrécissement blennorragique*, qui est :

tardif,
multiple,
dilatable au début,
lésion, scléro-inflammatoire sur un urètre malade.

Le *rétrécissement traumatique* :

précoce,
unique, en virole,
indilatable et rapidement très serré,
lésion cicatricielle sur un urètre sain.

CLINIQUE. — Nous prendrons pour type le rétrécissement blennorragique.

Le *malade* est presque toujours un sujet atteint d'*urétrite chronique* présentant depuis longtemps de légères démangeaisons le long du canal, une goutte matinale, des filaments dans les urines et dans le passé duquel l'on retrouve *une* ou *plusieurs blennorragies* mal traitées.

Le début. — Il est des malades chez lesquels la première manifestation est constituée par la réapparition d'une goutte matinale.

D'où le précepte d'*examiner l'urètre de tout individu porteur d'urétrite chronique.*

L'on y trouve le plus souvent des rétrécissements multiples mais larges.

Parfois c'est à l'occasion d'*une complication* (rétention aiguë, abcès ou phlegmon urineux) que sera découvert un rétrécissement méconnu du malade.

Beaucoup plus souvent le rétrécissement se constitue progressivement.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

Les Vertiges, par MM. Lévy-Valensi et Halphen. In-8, 41 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Norbert Maloine.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Léon-Kindberg, Cathala, Quénu, Boppe, Bloch (J.-Ch.), Alajouanine, qui acceptent; Bérard (Henri), Monod (Raoul), Chirié, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours d'aide d'anatomie. — Séance du 16 octobre. — Question donnée : « Muscles obturateurs. »
MM. Blondin (S.), 25; Sauvage, 26; Merle d'Aubigné, Huard et Iselin, 28.
Epreuve de dissection. — Séance du 20 octobre. — Question donnée : « Muscles de la paume de la main. »
MM. Huard, Iselin et Merle d'Aubigny, 26.
Sont nommés : MM. Huard et Iselin.

— Concours de pharmacien des hôpitaux. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, sont classés dans l'ordre suivant : MM. David, 102; Coquoni, 88 1/2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Strasbourg. — La rémunération des médecins et chirurgiens des polycliniques de la Faculté de médecine de Strasbourg est portée à 5.000 francs avec effet à partir du 1er janvier 1925. Ils conserveront le droit aux indemnités de résidence et de charges de famille ainsi qu'à l'indemnité compensatrice de 16 p. 100 instituée par la loi du 22 juillet 1923. (*J. O.*, 20 oct. 1926.)

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur. — (Promotion des maires.) *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Meinard, maire de Rebeval (Alger).

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 21 octobre publie une liste de promotions au grade de médecin aide-major de 2e classe réserve.

MARINE. — Concours pour les emplois de chef de clinique et de professeur dans les écoles de médecine navale. — Ces concours auront lieu aux dates indiquées ci-après :

A. A Toulon, le 4 novembre 1926 et jours suivants : chef de clinique chirurgicale à l'Ecole d'application du Service de santé de la marine, à Toulon.
Jury d'examen. — Président : M. le médecin général de 1re classe, inspecteur général du Service de santé.
Membres : MM. les médecins en chef de 1re classe Oudard et Bellet.

B. A Toulon, le 4 novembre 1926 et jours suivants : professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest.
Jury d'examen. — Président : M. le médecin général de 1re classe, inspecteur général du Service de santé.
Membres : MM. le médecin en chef de 1re classe Dargein; le médecin en chef de 2e classe Belille.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — Les décisions récentes de la Société des Nations viennent de donner une sanction à la résolution qu'avait adoptée à Rome, en avril dernier, le VIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie. Elle disait en effet :

« Tous les chirurgiens des Puissances centrales ayant fait partie de la Société internationale de chirurgie avant 1920 seront réadmis dans notre Association, s'ils en acceptent les statuts, à dater du jour où leurs pays respectifs feront partie de la Société des Nations. »

Voilà donc les Allemands réadmis au sein de cette puissante Société. Les Autrichiens auraient pu déjà prendre part aux récents travaux du VIIe Congrès, mais aucun d'eux ne s'y était inscrit.

Rappelons que 633 congressistes ont participé au Congrès de Rome présidé par le professeur Giordano. Ils appartenaient aux vingt et une puissances suivantes : Belgique, Canada, Da-

nemark, Egypte, Espagne, Etats-Unis d'Amérique, France, Grande-Bretagne, Islande, Italie, Japon, Lettonie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Russie, Suède, Suisse et Tchéco-Slovaquie.

Le prochain Congrès se tiendra en juillet 1929 à Varsovie, sous la présidence du professeur Hartmann (de Paris). Les questions suivantes y seront discutées :

a. Cause et mécanisme de l'embolie post-opératoire;

b. Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal;

c. Traitement de la maladie de Basedow.

Les demandes de renseignements doivent être adressées à M. L. Mayer, secrétaire général, 72, rue de la Loi, à Bruxelles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Roussy, directeur des recherches scientifiques à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes au Collège de France, décédé à Vichy, à l'âge de 70 ans; E. Périer (de Paris) et Léon Rousset (de Senlis).

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1926)

Sur une nouvelle classe d'hypnotiques : les dialcoylphénylacétamides. — MM. Auguste LUMIÈRE et Félix PERRIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1926)

Sur la fuso-spirochétose des voies respiratoires. Localisation bronchique. — M. H. VINCENT. La plupart des auteurs qui ont étudié récemment la bronchite hémorragique décrite par Castellani considèrent que celle-ci n'est qu'une localisation sur les bronches de la symbiose due à *B. fusiformis* et à *Spirochaeta Vincenti*. Cette maladie est observée chez l'un et l'autre sexe, dans tous les pays, sous tous les climats et parmi toutes les races. Elle existe à tous les âges à partir de deux ans. Confondue souvent avec la tuberculose pulmonaire, en raison des hémoptysies répétées qui l'accompagnent, elle débute, soit par une rhino-trachéo-bronchite aiguë, d'ordinaire qualifiée de « grippe », soit par une congestion pulmonaire. L'expectoration est rosée ou rouge. Les phénomènes stéthoscopiques sont dans la forme simple, la plus commune, peu marqués : quelques sibilances, plus rarement des râles muqueux à l'aisselle ou à l'une des bases, sans modification du murmure vésiculaire ni de la sonorité. L'examen radiologique est muet, sauf s'il y a tuberculose ou syphilis concomitante.

Dans les formes *minima*, les symptômes locaux et généraux sont à peu près nuls, ainsi que l'auteur l'a constaté. Seule l'expectoration est sanglante, succédant à quelques accès de toux.

Mais, dans ces cas comme dans les formes fébriles et plus graves avec expectoration muco-purulente, l'examen microscopique des crachats y révèle les spirochètes et les fuso-bacilles, les premiers en général, mais non toujours, plus abondants que les seconds. Parfois, il faut renouveler les examens pour y constater le bacille fusiforme. Il peut y avoir des décharges alternantes de bacilles et de spirochètes. Enfin, l'abondance simultanée du bacille fusiforme et des spirochètes est telle, parfois, qu'elle rappelle celle qu'on observe dans les frottis d'angine de même nature (H. Rothwell, Frank J. Hall, P. Chamberlain, Peter de Cincinnati, Is. Pilot et J.-D. Davis, Sabrazès, Ch. Roubier et Cl. Gauthier, Léopold Robert, J. Baur et Codvelle, B. Beckerich et G. Ferry, Schwarz, etc.). De là le nom de *Bronchialis Vincent's Angina* qui a été donné par H. Rothwell à cette affection.

Cette bronchite affecte une marche chronique et peut persister pendant quatre ans, huit ans, jusqu'à quatorze ans (Pagniez et Ravina). Il existe des formes sévères et même mortelles dues à une virulence spéciale des fuso-spirochètes; en ce cas, l'infection peut se propager au parenchyme et aboutir à son expression clinique la plus dangereuse, qui est la gangrène pulmonaire.

Cette extension est favorisée, soit par un mauvais état général (misère physiologique, diabète, surmenage), soit par la préexistence de la tuberculose ou de la syphilis. L'alcoolisme et le tabagisme prédisposent à l'infection fuso-spirochétienne.

Il existe, enfin, des formes de bronchite sans hémoptysie. Elles sont fréquentes et méconnues.

Après les premières publications de Castellani, Fantham, Chalmers et O'Farrel, etc., ont considéré que le spirochète de la bronchite sanglante est spécifique. Fantham lui a donné le nom de *S. bronchialis*. Mais cet auteur lui-même a fait ultérieurement des réserves expresses sur cette spécificité, et a admis que de nouvelles recherches pourraient identifier ce spirochète à *S. Vincenti*. Effectivement les caractères distinctifs qu'on a tenté d'établir entre les deux spirochètes sont artificiels. Leur morphologie, leur mobilité, la durée de leur vitalité, leur résistance à la dessiccation, leur chromophilie pour les colorants bleus (Sabrazès), la structure de leur protoplasma (homogène, granuleux ou barré), la formation des corps coccoïdes, l'indice de courbure (G. Delamare et Achitouv), leur symbiose élective avec B. fusiformis, etc., sont identiques. Les arséno-benzènes peuvent guérir la bronchite comme ils guérissent l'angine.

En ce qui concerne *B. fusiformis* on le trouve toujours dans les préparations colorées non à l'argent, mais au bleu polychrome ou au liquide de Ziehl dilué à 1/5, sous l'une des formes que l'auteur désigne suivant leurs dimensions sous les noms de *B. fusiformis minor* ou *major*. Ce bacille est strictement anaérobie et se cultive moins bien, pour cette raison, dans les bronches. Le spirochète est moins exigeant à ce dernier point de vue. La culture dans les milieux additionnés de liquides organiques, humain de préférence, permet, du reste, de retrouver le bacille fusiforme.

Ce qui a pu laisser croire à certains auteurs que le spirochète de la bronchite est indépendant, et qui a fait admettre comme caractère distinctif important son polymorphisme excessif, c'est qu'en réalité, dans la bronchite de Castellani, à *S. Vincenti* s'adjoignent d'ordinaire un certain nombre d'autres spirochètes variés, d'origine buccale, *S. intermedium* et surtout *S. dentium* (*S. microdentium*, *S macrodentium*, Noguchi), et d'autres encore qui peuvent parfois être abondants dans les crachats.

On peut donc conclure à « l'identité absolue de S. bronchialis et de S. Vincenti » (Léopold Robert, G. Delamare, J. Baur et Codvelle, etc.). Les travaux récents des savants américains qui ont spécialement étudié cette question (Clyde Mc Neill, Isadore Pilot et J. D. Davis, Richard P. Strong, etc.), ceux de Franchini (de Bologne) ont uniformément abouti à la même conclusion.

Présentation cinématographique de la radiologie du duodénum. — MM. Henri BÉCLÈRE et Pierre PORCHER ont réalisé, avec l'aide de MM. Gaiffe, Pilon et Gallot, une admirable présentation cinématographique de la radiologie du duodénum. Malheureusement la mauvaise installation cinématographique de l'Académie a nui grandement à la mise en valeur de ce merveilleux film, que commentait M. Pierre Duval.

REVUE GÉNÉRALE

ACQUISITIONS RÉCENTES SUR LE TÉTANOS

Par L. PELLISSIER et M. NÉDELEC,
Internes des hôpitaux de Paris.

Depuis que la guerre en a fixé des aspects cliniques jusque-là mal connus, et malgré l'emploi de la sérothérapie préventive, le tétanos est toujours d'actualité. Sans revenir sur la description symptomatique, nous nous proposons de passer rapidement en revue les travaux, fort nombreux, en ces dernières années, qui se rapportent au tétanos. D'ores et déjà, nous signalons que c'est le traitement du tétanos qui suscite — et pour cause — le plus de recherches et de publications et nous insisterons particulièrement sur les données actuelles de la médication antitétanique.

I. **Étiologie.** — Peu de travaux sont venus modifier les notions étiologiques acquises : il reste que n'importe quelle plaie, voire la plus insignifiante, peut déclencher l'infection tétanique. En pratique, le problème est de savoir devant quelle plaie on mettra ou on ne mettra pas en œuvre la sérothérapie préventive. Il semblait que ce fussent les plaies souillées de terre, ou survenant chez des individus de professions particulières (jardiniers, terrassiers, ouvriers métallurgistes, palefreniers...) les plus aptes à exposer à un tétanos ultérieur. Or, quelques constatations récentes ont mis en valeur des facteurs étiologiques peu connus ou inattendus.

1. **Les hématomes sous-unguéaux.** — Les hématomes sous-unguéaux ont été accusés par L. Bérard et A. Lumière d'être spécialement tétanigènes. Sur sept cas observés en cinq ans, dont six cas mortels, cinq fois un tel hématome était en cause. Etant donnée la fréquence de ces hématomes chez les accidentés du travail dans la métallurgie, la question est de haute importance. En pareil cas, de petits fragments osseux recueillis au cours d'interventions et ensemencés sur bouillon auraient toujours donné des cultures de bacille de Nicolaïer. Bérard et Lumière expliquent ces faits par des conditions favorisantes spéciales : la plaie cutanée sert de porte d'entrée, et l'hématome fait du milieu sous-unguéal, situé à l'abri de l'air, un champ particulièrement favorable à la culture anaérobie du bacille tétanique, sans compter que les défenses leucocytaires ne peuvent s'exercer efficacement, l'hématome se trouvant isolé complètement de la circulation.

Ferry, à l'occasion de deux cas, confirme ces notions, insiste sur le rôle de la richesse en terminaisons nerveuses des extrémités, et note qu'un de ses deux cas fut mortel malgré l'injection préventive de 20 centimètres cubes de sérum.

Nous ajouterons que, personnellement, après observation dans deux usines parisiennes de plus de 200 hématomes sous-unguéaux, nous n'avons pas vu un seul cas de tétanos : comme nous le dirons plus loin, nous en voyons la raison dans le traitement immédiat de ces hématomes par les bains d'eau oxygénée.

2. **Le tétanos d'origine puerpérale.** — Le tétanos puerpéral a fait l'objet d'une bonne étude d'Auvray et Frantz : on se reportera à leur travail, dont nous ne retiendrons que les points essentiels :

— Rareté du tétanos puerpéral, surtout dans ces dernières années (51 cas retrouvés depuis 1898).

— Tétanos post-partum devenu tout à fait exceptionnel, en regard du temps encore proche où il éclatait sous forme de véritables épidémies. (Maternité de Prague, 1898 : 35 cas simultanés.)

— Tétanos post-abortum moins rare.

— Dans tous les cas, incubation de quatre à six jours en moyenne, qui n'est pas plus longue que celle du tétanos externe, au contraire de ce qu'on disait classiquement.

— Allure toujours très grave : c'est un tétanos splanchnique en général, encore qu'on puisse voir tous les aspects, depuis le tétanos suraigu, tuant en quelques heures, jusqu'au tétanos lent et chronique.

— Le pronostic est très sombre, mais non pas fatalement mortel (mortalité de 91,66 p. 100 dans le tétanos post-partum, de 85,36 p. 100 dans le tétanos post-abortum).

3. **Le tétanos post-opératoire** est d'une extrême rareté : nous en retrouverons plus loin quelques observations récentes.

4. **Causes exceptionnelles.** — Nous ne ferons que signaler, à titre de curiosité, des cas de tétanos observés à la suite de : brûlure du nez par cigare (Javchi), coup de bec de poule au cuir chevelu (Petridis), à la paupière supérieure (Connert). A ce propos, Connert rappelle que le sol des basses-cours est très riche en bacilles tétaniques. Enfin, un cas de tétanos consécutif à des injections intramusculaires de bichlorhydrate de quinine a été publié par Kotsis : ce fut une forme généralisée à symptômes intenses, d'évolution suraiguë, tuant en vingt heures malgré un traitement actif. Rappelant des cas antérieurement observés, Kotsis accuse non pas le sel de quinine, comme on l'a fait jadis, mais la technique de l'injection, celle-ci ayant dû être septique.

II. **Faits cliniques.** — Il n'entre pas dans notre intention de décrire à nouveau la symptomatologie du tétanos, désormais nettement fixée dans des cadres définis. Outre les articles classiques, des travaux récents reviennent sur cette description clinique. (Courtois-Suffit et Giroux. *Les formes anormales du tétanos.* Collect. Bleu-Horizon, Paris 1916, Masson. — H. Roger. Le tétanos localisé au membre blessé, *Revue générale de pathologie de guerre*, Paris 1917, Vigot. — P. Moiroud. Formes cliniques et traitement du tétanos. *Gaz. des hôpit.*, 1920, nos 31 et 33. — J. Tapie. Formes anormales du tétanos. *Gaz. des hôpit.*, 16 fév. 1924.)

1. **Allure générale.** — Nous rappellerons cependant qu'actuellement le tétanos se voit sous deux grands aspects totalement différents :

— *Le tétanos des « sujets neufs »*, c'est-à-dire non injectés préventivement. C'est un tétanos aigu, généralisé, parfois suraigu, rarement plus lent, et en tout cas presque toujours mortel malgré les traitements les plus intenses.

— *Le tétanos post-sérique* : heureusement le plus commun aujourd'hui, revêtant les allures bien connues des tétanos partiels des membres, du tétanos généralisé à incubation longue et à évolution prolongée, ou encore de formes atypiques où se mêlent en proportions variables les contractures des mem-

bres et du tronc. Mais l'état général reste toujours peu touché. Contre ce tétanos post-sérique on n'est plus désarmé, et c'est alors que le traitement curatif, comme nous le verrons, amènera la guérison.

Ainsi, l'emploi systématique du sérum préventif aura remanié grandement les aspects cliniques du tétanos. La forme généralisée, rapidement mortelle, devrait déjà n'être plus qu'une forme historique. Mais il faut bien dire que les enseignements des tétanos de guerre ont été peut-être négligés dans ces dernières années, et faute d'injecter préventivement du sérum pour toute plaie souillée, on revoit ces formes généralisées dont le traitement curatif reste illusoire encore trop souvent.

2. **L'étude des réflexes tendineux** a pris une grosse importance depuis que les tétanos partiels des membres ont été mieux connus. Qu'il s'agisse de formes monoplégiques ou de formes paraplégiques, les réflexes tendineux sont exagérés, comme l'ont montré Claude et Lhermitte. Le clonus du pied n'est pas rare, quelquefois même dans le tétanos paraplégique on retrouve un signe de Babinski. Bref, si l'on y joint la contracture musculaire, on a tout l'aspect des contractures pyramidales, et l'on a souvent insisté sur l'erreur de diagnostic possible. Or la valeur de cette exagération des réflexes vient de ce qu'elle est un symptôme des plus précoces, précédant la contracture. Aussi doit-on suivre L. Bérard et Lumière quand ils accordent à ces modifications de la réflectivité une importance diagnostique de premier ordre.

3. **L'étude des réactions électriques** entre les mains de nombreux auteurs — en particulier de Claude et Lhermitte — a donné des renseignements de même valeur : il y a constamment hyperexcitabilité des muscles et des nerfs. C'est là un mode de contrôle utile dans les formes partielles, à type de monoplégie ou de paraplégie. Gauducheau est revenu sur ces troubles, montrant qu'ils persistent longtemps, pendant la convalescence même du tétanos.

Au niveau des muscles : on trouve une hyperexcitabilité particulière, avec abaissement des seuils de fermeture, tétanisation du muscle par un courant faible et moyennement croissant, tétanisation qui apparaît d'emblée ou après une phase de clonus.

Au niveau des nerfs : il y a apparition de la réaction neurotonique ou de secousses polycinétiques du muscle à la suite d'une seule excitation du tronc nerveux dont il dépend.

Selon l'auteur, ces troubles seraient même plus nets dans les cas anciens, et prédomineraient toujours sur les groupes musculaires voisins de la plaie initiale.

4. **L'étude du liquide céphalo-rachidien** n'est pas dépourvue d'intérêt : dans les cas douteux la notion d'un liquide céphalo-rachidien normal fournit un argument diagnostique valable. Rocher et Moles ont chez un jeune garçon atteint de tétanos aigu généralisé observé une très forte réaction cytologique, avec présence d'hématies, de très nombreux leucocytes, surtout polynucléaires, avec quelques rares lymphocytes et de nombreuses cellules endothéliales. Mais ils n'en tirent pas de conclusions et il est vraisemblable qu'il ne faut voir là qu'une réaction locale, le sujet ayant reçu la veille 30 centimètres cubes de sérum intrarachidien.

Un travail d'ensemble sur le liquide céphalo-rachidien des tétaniques, par Sabrazès, Flye Sainte-Marie et de Grailly est plus intéressant. De l'étude de vingt-huit cas, il ressort que le liquide céphalo-rachidien n'est pas modifié cytologiquement. Au point de vue chimique, il n'y a pas d'hyperalbuminose, pas d'excès d'urée, mais, comme dans nombre de réactions méningées aseptiques, il y aurait une augmentation nette du glucose.

5. **Le tétanos céphalique.** — Le tétanos céphalique est connu de longue date : que ce soit un tétanos céphalique simple ou un tétanos céphalique de Rose avec paralysie faciale périphérique, on s'accorde à fixer la porte d'entrée sur une blessure de la face et à décrire une évolution moins grave que dans le tétanos généralisé. Les tétanos céphaliques étaient les seuls à pouvoir guérir avant l'ère de la sérothérapie, puisque la proportion des cas mortels, d'après Villar, ne dépasse pas 42 p. 100.

Le tétanos céphalique peut cependant être rapidement mortel, et Dandais a rapporté un cas semblable où la mort survint par spasme pharyngo-laryngé avec apnée définitive.

Le tétanos céphalique peut aussi se généraliser, comme dans une observation de Béco (de Liège). Mais si cette généralisation peut tout de même guérir, chez le malade de Béco l'évolution fut aiguë et mortelle : après une incubation courte de cinq jours, le tétanos se localisa aux masticateurs et à la musculature laryngée, avec paralysie du facial périphérique du côté de la lésion. Mais la nuque fut bientôt prise, de plus il y eut de l'hypertonie dans les membres droits, et la mort survint en cinq jours environ.

A propos de ce cas, Béco rappelle que le tétanos de Rose, comme la plupart des variétés cliniques du tétanos humain, est à localisation bulbo-protubérantielle initiale. Les manifestations initiales (trismus, facies sardonique, dysphagie) atteignent un domaine musculaire étranger à la moelle cervicale, et les muscles contracturés sont innervés par la branche motrice de la cinquième paire, par la septième et la neuvième paires : et tous ces faits vont à l'encontre de la théorie qui représente le tétanos humain comme un tétanos primitif de la moelle cervicale à type descendant. (Schittenhelm).

La paralysie faciale associée siège du côté où fut la plaie initiale ; or Bujadoux a vu un tétanos céphalique, survenu après blessure et énucléation de l'œil, s'accompagner d'une paralysie faciale du côté opposé.

6. **Le tétanos de l'enfant** a été étudié par Rocher et Moles, à propos de 3 cas personnels. Ils ont ainsi relevé 40 cas de tétanos infantile, sur lesquels :

5	cas survinrent de	0 à 5 ans,
10	—	5 à 10
25	—	10 à 15

Sur ce nombre furent atteints 25 garçons contre 12 filles. Enfin, il y eut 25 guérisons pour 15 morts.

Fait remarquable : pas un seul cas de tétanos localisé. Le tétanos de l'enfant est aigu et généralisé, et dans un cas de tétanos postsérique, le seul qu'ils aient noté, le tétanos fut malgré tout aigu et généralisé. Nous verrons plus loin quelles conclusions sont celles des auteurs au sujet des doses de sérum à injecter et de la voie à préférer chez l'enfant.

Chez le nouveau-né, le tétanos est moins fréquent qu'autrefois. A propos d'un cas de Voudouris, d'origine ombilicale et d'évolution fatale en quelques

jours, Hallé a pourtant rappelé que ce tétanos du nouveau-né se voit encore parfois, même à Paris.

Alois Bratush-Marrain a relevé 36 cas semblables en 18 ans, de 1906 à 1923. Mais alors que, jusqu'en 1921, il note 27 morts sur 28 (96,5 p. 100) à partir de 1922 sur 8 cas il trouve 4 guérisons et il attribue ce résultat meilleur à l'adjonction à la sérothérapie du sulfate de magnésie en injections sous-cutanées.

7. **Le tétanos cérébral** est une rareté, l'absence de troubles psychiques étant de règle dans le tétanos. Sabrazès, de Grailly et Ducasse en ont observé un cas, consécutif à un coup de fusil dans un pied et survenu malgré un bon nettoyage de la plaie et l'injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum, près de deux mois après l'accident. Aux contractures localisées au membre blessé, avec en plus trismus et rire sardonique, s'ajoutèrent bientôt le délire et les accès épileptiformes, et la mort survint dans l'hyperthermie.

8. **Le tétanos post-opératoire** est également très rare : on en a publié plusieurs observations très intéressantes. En 1924, Wohlgemuth en observe deux cas, et dans les archives de l'hôpital Virchow retrouve 27 cas survenus dans ces 25 dernières années après des opérations aseptiques. Or, si l'on élimine toute faute de stérilisation, on est frappé de ne voir ce tétanos qu'après des opérations abdominales, et l'auteur admet que l'infection est d'origine intestinale. Pizzini aurait en effet décelé la présence des bacilles du tétanos dans les fèces dans 5 p. 100 des analyses. Mais Satta de son côté rapporte en 1924 trois observations de tétanos apparus après des opérations sur les membres : dans un cas, le tétanos suivit des interventions ostéo-tendineuses pour pied équin paralytique, avec gêne circulatoire considérable du pied par appareil plâtré; le deuxième cas vint compliquer une tarsectomie cunéiforme pour pied bot grave; enfin dans le dernier cas, il y aurait eu résection partielle du calcanéum pour une plaie de guerre ancienne. Les deux premiers malades moururent, le troisième guérit lentement.

On est d'ailleurs surpris de voir Satta affirmer ici encore une origine endogène de l'infection : les spores tétaniques auraient été libérées par l'intervention, mais n'auraient pas été apportées au cours de celle-ci. On ne voit pas non plus discuter le rôle possible d'un appareil plâtré qui fut appliqué dans les deux premiers cas, et qui, pour le premier malade au moins, est nettement accusé d'avoir donné de la compression. Pourquoi ne pas penser à quelque excoriation produite de la sorte?

Le tétanos après interventions sur les membres sont des faits isolés, alors qu'on est frappé de retrouver des cas, vus par des auteurs différents, et tous consécutifs à des interventions sur la vésicule biliaire.

Bouchut et Bonafé chez une femme de 31 ans opérée pour une cholécystite ont vu, vingt-deux jours plus tard, apparaître un tétanos lent et progressif. Quoiqu'il ait débuté par les membres inférieurs, après une longue incubation, et qu'il ait évolué lentement, il fut cependant mortel.

L'hyperthermie fut particulièrement intense, puisque par trois fois le thermomètre, gradué jusqu'à 43 degrés, éclata dans le rectum de la malade.

Roubier a vu un cas semblable, avec hyperthermie également étonnante, mais où la guérison survint. Renoirdre et Lefèvre de Arric ont publié la relation d'un tétanos chez une femme de 52 ans, opérée de cholécystectomie. A la vérité, un peu de bile fut répandue sur le champ opératoire, et au dixième jour un tétanos splanchnique éclata, vite généralisé, mais qu'une sérothérapie intensive guérit en trois semaines.

Il semble donc bien que le contenu vésiculaire ou intestinal puisse être tétanigène, et l'on doit avec Renoirdre et Lefèvre de Arric rappeler que Gratia a constaté à Pékin la fréquence du bacille tétanique dans l'intestin et la bile des Chinois opérés, au point qu'on fait systématiquement du sérum antitétanique avant l'opération.

9. **Les récidives.** — C'est encore à propos des tétanos guerres que furent bien observées et décrites les récidives, déclenchées par une nouvelle intervention chirurgicale mettant en liberté des spores tétaniques.

Péhu et Mantelin observent une telle récidive chez un enfant de quatre ans après le délai remarquable de cinq mois à dater de la première atteinte.

L. Bérard et A. Lumière ont vu également des récidives : dans un cas, il y eut deux rechutes, l'une sept mois après la première atteinte, l'autre quatre mois plus tard. Ce serait donc là plutôt récidive que rechute, la récidive ne différant de la rechute que par le temps écoulé. Les rechutes et les récidives seraient dues soit à une réinfection par une porte d'entrée nouvelle, soit à la libération par un trauma opératoire ou accidentel de spores enfermées dans leur gangue à l'état de vie latente. Aussi Bérard et Lumière rappellent-ils qu'il faut, de toute nécessité, chez celui qui a eu le tétanos, injecter à nouveau du sérum préventif avant toute nouvelle intervention.

Mais il faut bien marquer la différence entre ces cas et celui de Péhu et Mantelin, qui représente une *récidive spontanée*, survenant cinq mois après la guérison d'un tétanos céphalique de l'enfant. C'est, disent les auteurs, le seul cas connu de récidive spontanée.

10. **Les séquelles** du tétanos ne sont pas fréquemment signalées. Lance en a vu de curieuses, chez un jeune homme de seize ans qui fit un tétanos lent pendant trois semaines. Il s'établit par la suite une gibbosité angulaire considérable, avec thorax aplati sur les côtés, le sternum étant projeté en avant. La radiographie montra une fracture par tassement des Ve et VIe dorsales. Une dizaine de cas analogues auraient été publiés en Allemagne à la fin de la guerre.

11. **Le diagnostic.** — Le diagnostic du tétanos n'est pas toujours facile, dans ses formes anormales ou partielles : L. Bérard et Lumière ont eu raison d'y insister. Pour eux, on peut s'aider de la notion de contractures longtemps persistantes après guérison (cinquante jours en moyenne sur cinquante-six cas personnels), et de l'exagération des réflexes. Ils montrent avec quelles affections les plus diverses l'erreur peut être commise, puisqu'ils ont vu étiqueter tétanos : un rhumatisme articulaire aigu, des accidents sériques bénins, une fracture du rachis, une blessure vertébrale, une scarlatine avec angine sévère, des arthralgies sériques.

12. **L'importance médico-légale** du tétanos a enfin été soulignée par Balthazard et Caffort. A ce point de vue, il faut mentionner :

— Le tétanos utérin consécutif à des manœuvres abortives;

— Le tétanos consécutif à des plaies par arme à feu ;

— Le tétanos compliquant les plaies dermo-épidermiques ;

— Le tétanos traumatique : c'est le plus fréquent, et il entre dans les complications des accidents du travail.

Dans tous ces cas, il y a nécessité de faire l'étude critique sévère des signes cliniques, d'isoler le germe tétanique et de l'inoculer au cobaye. Un fait important est que la période d'incubation ne peut être inférieure à trois jours.

III. **Traitement.** — Mais c'est à propos du traitement que les acquisitions nouvelles restent les plus importantes. C'est ici que réside l'intérêt majeur de la question.

1. **Traitement préventif.** — Désinfection scrupuleuse de la plaie, pansement local à la compresse imbibée de sérum antitétanique.

Dans le cas d'hématomes sous-unguéaux, bain local à l'eau oxygénée. On ne saurait trop insister sur l'importance de cette pratique. L'eau oxygénée, qui déterge, décolle les tissus sous-unguéaux, s'opposant en cela à la formation d'une cavité close est éminemment anti-anaérobie. Ce procédé nous a évité l'apparition de tétanos sur 200 cas environ d'hématomes sous-unguéaux, par nous observés.

L'injection préventive immédiate de 10 à 20 centimètres cubes de sérum est entrée dans les mœurs. S'il ressort des observations récentes qu'elle est moins préventive qu'on ne semblait le croire, et qu'elle n'empêche en rien l'éclosion du tétanos, on ne peut souscrire pourtant à l'opinion de Trabaud et Bauer (de Beyrouth). Ces auteurs l'accusent d'empêcher l'évolution franche du tétanos, qui évolue ainsi à bas bruit et devient d'un diagnostic difficile. Mais l'immunité relative ainsi assurée au blessé est suffisante pour arrêter le tétanos, quand il se déclare, à l'étape médullaire (Montais).

2. **Traitement curatif.** — Le traitement curatif s'adresse d'abord à la plaie. L'amputation? On ne peut la pratiquer d'emblée, certes, en présence d'une plaie minime des extrémités. Mais elle est à recommander sitôt l'apparition des premiers phénomènes, quand la situation sociale du malade le permet. En supprimant le foyer, on évite, à coup sûr, toute nouvelle décharge de toxines.

Quand on ne peut envisager cette éventualité, de par le siège de la plaie, il faut employer l'irrigation continue locale de sérum antitétanique soit seul, soit en même temps que l'eau de riz (Von Hibler) non antiseptique, mais jouissant de propriétés antitoxiques particulières vis-à-vis du bacille de Nicolaïer.

Ces détails, d'ailleurs importants, réglés, reste le traitement proprement dit.

Nous envisagerons successivement :

A. *La sérothérapie.*
B. *Les médications associées.*
C. *Les accidents dus à l'emploi du sérum.*

A. La sérothérapie. — Elle reste à la base du traitement, mais à son sujet deux questions se posent :

D'une part, *la dose*,

D'autre part, *la voie d'introduction.*

Si les observations récentes sont d'accord sur la haute valeur des doses massives, il n'en est pas de même pour la voie d'introduction, où les divergences sont nombreuses. Il n'existe pas encore pour l'emploi du sérum dans le tétanos, de mode invariable, indiscutable, comme dans le traitement de la diphtérie.

1° *La dose.* — Les doses massives ont en effet conquis les suffrages de ceux qui les ont employées. Leur utilité n'est mise en doute par personne. Le sérum n'agit qu'imparfaitement en cas d'affection confirmée aussi bien dans le tétanos que dans la diphtérie, d'où la nécessité des hautes doses, et ceci chez l'enfant comme chez l'adulte. Quelques chiffres seront plus édifiants qu'un long exposé.

Chez l'adulte, Danhiez et Desmidt ont guéri un tétanos grave avec 1 690 centimètres cubes de sérum (140 intrarachidiens, 350 intraveineux, 1.200 sous-cutanés). Jagnow (4 observations) emploie une dose journalière de 400 centimètres cubes par voie exclusivement sous-cutanée, atteignant 2.400, 3.400 et même 3 litres et demi de sérum, obtenant la guérison avec 1.600 centimètres cubes dans un cas de tétanos particulièrement précoce, où le trismus avait débuté quatre heures après la blessure (morsure du menton). 2.580 centimètres cubes, dans un cas de Morenas et Sedailhan, et Saada 1.810 en vingt et un jours, 900 en onze jours, 1.200 en quinze jours, dont 150 intrarachidiens.

Chez l'enfant, mêmes taux : 1.000 centimètres cubes en onze jours chez un enfant de 12 ans (Petridis). Leenhart et Reverdy prônent eux aussi les fortes doses : 620 centimètres cubes, dont 120 intrarachidiens en vingt-quatre jours, chez une fillette de 10 ans, 450 dont 120 intrarachidiens en trois semaines chez un garçon de 14 ans, et même chez un nourrisson de quinze jours (tétanos à point de départ ombilical) 420 centimètres cubes dont 105 intrarachidiens. Saada fait 450 centimètres cubes en dix jours chez un enfant de 11 ans, Heuyer 1.190, dont 90 intrarachidiens, et le reste moitié sous-cutané, moitié intramusculaire.

Résultats parfaits, tolérance remarquable, sont les deux points sur lesquels insistent presque tous ces auteurs, et les 400 centimètres cubes quotidiens, sous-cutanés, de Jagnow, en disent long sur la possibilité de mettre en œuvre des doses aussi considérables que parfaitement supportées.

Cependant Robineau, commentant l'observation de Petridis, faisait remarquer l'action très lente du sérum. Les symptômes d'origine centrale (contractures, redoublements convulsifs), ne rétrocèdent qu'au bout d'un certain temps d'évolution. Il n'y a évidemment pas de corrélation entre le taux employé et la rapidité d'action du médicament. Si bien que pour les tétanos graves, suraigus « ceux qui tuent en un, deux, trois jours », il juge la méthode insuffisante. Dans une observation personnelle, une dose quotidienne de 100 centimètres cubes n'a pas empêché l'évolution vers la mort. Ceci est confirmé par de nombreux observateurs.

La méthode de Paul Terrier serait dans ces cas-là particulièrement efficace. Ponction lombaire, évacuation complète du liquide céphalorachidien, injection intrarachidienne de 60 centimètres cubes de sérum répétée le lendemain et même le surlendemain si nécessaire. Sur 21 cas traités de la sorte, 1 mort, 20 guérisons. Les crises convulsives disparaissent dès la première injection. Le tétanos est enrayé en deux ou trois jours. 2 morts tardives d'ailleurs, dans ces 20 cas, mais un mois après guérison du tétanos, par septicémie à point de départ au niveau de la plaie.

2° *La voie d'introduction.* — Cette statistique nous

amène à la discuter, à propos des communications récentes.

Les uns, avec Sicard, s'appuyant sur les observations démonstratives de Marie, de Mayer et Ramson, sont partisans de la voie *intra* ou *paranerveuse* toutes les fois qu'elle est possible, de préférence à toute autre. Pour Philibert, qui se rallie à cette manière de voir, c'est surtout la voie intraveineuse qui lui semble dangereuse et peu efficace.

Du même coup, il rejette les voies *épidurale* préconisée par Apert (le sérum serait absorbé par la circulation) et *intra-arachnoïdienne*, puisque le sérum ne peut parvenir aux centres que par voie veineuse, par l'intermédiaire des plexus choroïdes. Il y parviendrait même plus tardivement qu'injecté dans la veine, si l'on en croit les expérimentations de Cestan sur la physiologie du liquide céphalorachidien. La voie *intracérébrale* après trépanation est pratiquement abandonnée.

Les autres, comme Rocher et Moles, apportent un tableau comparatif, d'ailleurs dressé exclusivement sur des cas observés chez l'enfant.

Sur 45 cas traités, 25 guérisons et 15 morts se répartissant ainsi :

Sans sérothérapie : 1 guérison, 6 morts (chloral dans 3 de ces cas).

Sérothérapie intracérébrale (associée d'ailleurs à la voie sous-cutanée) : 1 guérison, 3 morts (dans l'un de ces cas, abcès bilatéral du cerveau à l'autopsie).

Sérothérapie intra-veineuse, 1 guérison, 1 mort.

Sérothérapie sous-cutanée (associée aux antispasmodiques) : 12 guérisons pour 4 morts.

Sérothérapie intrarachidienne (en même temps que sous-cutanée) : 8 guérisons, 1 seule mort.

Les auteurs concluent à l'emploi simultané des voies intrarachidienne et sous-cutanée de préférence à la voie sous cutanée seule (88 p. 100 de guérisons contre 77 p. 100).

Robineau préconise la sérothérapie intrarachidienne, la seule efficace dans les cas vraiment graves. A la belle statistique de Terrier, rapportée plus haut il ajoute les résultats impressionnants de Brisset (de Saint-Lô) : 27 guérisons sur 32 cas. Des 5 cas malheureux, 2 se sont terminés par la mort du sixième au dixième jour, 3 eurent une évolution foudroyante, la mort étant survenue en neuf, dix et vingt-quatre heures après le début des accidents. Brisset insiste sur la nécessité de mettre le blessé en position fortement déclive, la tête à 50 centimètres au-dessous du niveau des pieds.

En additionnant les deux statistiques, on obtient 52 cas, avec 6 décès : 12 p. 100 de mortalité. La conclusion de Robineau reste donc que le sérum intrarachidien à haute dose (60 centimètres cubes) reste le traitement de choix, et il est difficile en présence de ses arguments de ne pas se rallier à son avis, tout au moins en ce qui concerne les formes immédiatement graves. *(A suivre.)*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Kinésie paradoxale des parkinsoniens. Contribution à l'étude du mécanisme de la motilité volontaire, par le docteur J. Jarkowski. Un volume de 80 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Cancer; contagiosité; hygiène dans la défense contre le cancer, par le docteur M.-T. de Gérin. Un volume in-8. — Prix : 3 francs. — Paris 1925, Le François.

XXXVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE [1]

(Paris, 4-9 octobre 1926.)

DEUXIÈME QUESTION

LES OPÉRATIONS CONSERVATRICES DANS LES LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES ANNEXES

Résumé du rapport de MM. de Rouville (de Montpellier) et Mocquot (de Paris).

Cet excellent travail s'ouvre par un historique rapide de la chirurgie des annexes depuis l'époque où Lawson-Tait découvre la technique et pose les indications de l'ablation des trompes.

Sous l'influence des progrès de l'asepsie, de l'amélioration de la technique et de l'usage de la vaccinothérapie, la guérison s'obtient de nos jours à moins de frais et la chirurgie des annexes, autrefois radicale, s'affirme de plus en plus conservatrice; elle limite l'exérèse aux seuls organes malades et sauvegarde les fonctions de la menstrurtion et de l'ovulation d'une façon partielle ou totale.

Quelles opérations répondent à ce dogme de la chirurgie contemporaine? Quels en sont les indications et les résultats? Telles sont les questions que les auteurs ont particulièrement traitées.

Exposé des différentes opérations conservatrices. — *A.* Opérations ménageant la fécondation; elles portent sur l'ovaire ou sur la trompe. — I. *Interventions portant sur l'ovaire.* — L'expérimentation et la clinique établissent nettement qu'un fragment minime d'ovaire sain suffit au maintien des fonctions génitales.

C'est dans les cas d'ovaires scléreux et surtout d'ovaires scléro-kystiques que la méthode conservatrice trouve ses applications les plus fréquentes.

Trois procédés peuvent être utilisés :

L'ignipuncture ne s'adresse guère qu'aux petits ovaires scléro-kystiques dont tous les kystes sont détruits par la fine lame du thermocautère. Ce procédé n'est pas sans danger; on a signalé des hémorragies, des poussées inflammatoires et la formation de tissu fibreux cicatriciel.

La résection partielle de l'ovaire est plus recommandable. Elle s'applique surtout aux gros ovaires complètement dégénérés, aux ovaires scléreux et à ceux qui portent des masses kystiques volumineuses. Elle serait fréquemment suivie de la production d'un kyste ovarien secondaire donnant plus de troubles que l'ovaire scléro-kystique lui-même. Elle ne s'adresse pas à la cause de la dégénérescence; la récidive est toujours possible.

Il est vrai surtout que, pour obtenir un bon résultat, il convient dans la plupart des cas d'ajouter à la résection une opération complémentaire : appendicectomie, toilette du côlon, fixation de l'ovaire prolabé, hystéropexie, salpingostomie.

Un procédé récent s'adresse au sympathique artériel hypogastrique. Depuis longtemps on avait été frappé par la discordance qui existe entre l'intensité des douleurs accompagnant l'ovaire scléro-kystique et la discrétion des lésions observées. On se demande aujourd'hui s'il ne s'agit pas dans ces cas de troubles trophiques résultant d'un vice de fonctionnement du sympathique pelvien, d'où l'idée de réséquer le sympathique hypogastrique, ou même, ce qui est plus facile, le nerf présacré.

Roux (de Montpellier) vient d'apporter une base anato-

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 83, p. 1333.

mique sérieuse à cette chirurgie du sympathique pelvien en décrivant dans le pédicule des ovaires scléro-kystiques des formations nerveuses anormales, véritables névromes témoignant d'une hyperneurogenèse incontestable.

II. *Interventions portant sur les trompes.* — Ce sont des opérations restauratrices qui rétablissent la continuité du conduit tubaire, assure à l'ovule son passage dans l'oviducte et sa migration vers l'utérus.

La salpingolysis consiste dans la suppression des adhérences du pavillon. Il est rarement possible d'ouvrir la trompe par le simple détachement de ses adhérences; le plus souvent il est nécessaire de réséquer le pavillon et d'en créer un nouveau.

La salpingostomie répond à cette indication. Les procédés sont nombreux : excision latérale ovalaire du sac tubaire et suture de la muqueuse au péritoine; rabattement d'un lambeau de la trompe basculé séreuse contre séreuse et fixation par quelques points de catgut; suppression de l'extrémité oblitérée du pavillon.

La clinique montre par la constatation des grossesses consécutives que ce sont là des opérations parfaitement légitimes. Le secret du succès réside dans la persistance de la perméabilité du canal tubaire et de l'ostium uterinum. Nous possédons présentement deux moyens de mettre en évidence le degré de cette perméabilité : 1° la radiographie après injection de liquide opaque aux rayons (lipiodol, bromure de sodium à 20 p. 100); 2° l'insufflation tubaire de Rubin.

La salpingotomie longitudinale se résume dans une simple incision de la trompe qu'on ne suture pas, escomptant l'oblitération de la brèche par l'épiploon.

La salpingorraphie consiste à rapprocher de l'ovaire le pavillon dégagé de ses adhérences, à étaler les franges tubaires à la surface de la glande et à les y fixer par quelques points de catgut.

La salpingoplastie suppose une salpingostomie et une salpingorraphie préalables; on incise alors sur un stylet introduit dans la trompe le rétrécissement de cette dernière, et l'on suture verticalement. A l'aide d'une fine bougie, un fil est passé dans la trompe et l'utérus et maintenu quatre jours dans cette position.

On peut encore, après résection du bloc cicatriciel de la trompe, faire une anastomose bout à bout.

Enfin, on a tenté, parfois avec succès et grossesse consécutive, d'implanter dans l'utérus, soit la trompe, soit un fragment d'ovaire libre, soit l'ovaire entier muni de son pédicule vasculo-nerveux.

B. Opérations ménageant la menstruation. — La présence de l'utérus et d'un ovaire, ou tout au moins la présence d'une portion suffisante de ces deux organes, est nécessaire pour conserver la fonction menstruelle et par suite l'équilibre organique de la femme.

— La salpingectomie double avec conservation de l'utérus et des ovaires;

— La greffe ovarienne pratiquée en un point quelconque de l'organisme chez une femme ayant encore son utérus;

— Enfin, l'hystérectomie fundique répondent à ces desiderata.

Indications et résultats. — Les méthodes conservatrices n'ont de raison d'être qu'avant la ménopause. Passé quarante ans, les effets de l'âge s'ajoutant à ceux des lésions enlèvent beaucoup d'intérêt à la conservation de la menstruation et de la corrélation ovarienne.

Il faut tenir compte aussi des conditions sociales de la malade, de son passé obstétrical, de la nature de l'infection causale, et se souvenir notamment que l'infection gonococcique se prête peu aux interventions limitées qui sont, par contre, fréquemment réalisables dans les infections streptococciques.

D'autres indications sont tirées de la clinique : c'est souvent la douleur qui amène la malade au chirurgien; cette douleur traduit plutôt une lésion de l'ovaire qu'une lésion de la trompe, c'est donc, dans ces cas, sur l'ovaire que doit porter l'opération.

Les troubles des règles ne sont point une contre-indication aux interventions conservatrices; pourtant, les métrorragies irrégulières nécessitent souvent l'hystérectomie; elles sont dues à la fois à l'hyperémie de la muqueuse utérine et aux altérations de l'ovaire.

La leucorrhée exige un traitement pré-opératoire, mais n'exclut pas les opérations partielles.

L'état de l'utérus est un facteur important de détermination. La conservation n'est possible qu'avec un organe peu altéré.

La retroversion adhérente exige presque toujours une opération radicale.

Enfin, certaines indications, les plus précieuses sans doute, sont d'ordre anatomique et ce n'est que le ventre ouvert qu'on pourra prendre une décision. Un péritoine peu altéré, une portion suffisante de tissu ovarien, un utérus susceptible d'être conservé au moins en partie, telles sont les conditions anatomiques fondamentales des interventions conservatrices.

Conditions générales des opérations conservatrices. — Elles ne doivent être tentées que chez des malades parfaitement refroidies et chez lesquelles un traitement médical bien conduit, n'a pas été suivi de résultats.

Au stade aigu, certaines opérations essentiellement conservatrices peuvent être indiquées : la colpotomie souvent, la laparotomie sous-péritonéale plus rarement. Mais en dehors de cette thérapeutique d'urgence, l'abstention doit être la règle, maintenant surtout où nous disposons des ressources de la vaccinothérapie.

Le moment propice pour intervenir est la fin de la semaine qui suit les règles.

Ces opérations seront conduites avec précaution et douceur. Les adhérences ne seront pas décollées au doigt, mais coupées aux ciseaux. On évitera de drainer. Les soins post-opératoires ont une importance considérable.

Résultats. — Ce sont les grossesses ultérieures qui jugent ces opérations. Il suffit de conserver un ovaire et un utérus pour que la conception soit possible et que la grossesse évolue jusqu'à terme. La conservation de la trompe n'est pas indispensable.

Nombreux sont les cas de grossesse observés après des interventions qui semblaient en avoir supprimé toute possibilité. L'expérience prouve cependant que c'est en cherchant à se rapprocher des conditions normales qu'on a le plus de chance d'obtenir le résultat visé.

L'ablation unilatérale des annexes est une opération bénigne qui donne des résultats durables dans les deux tiers des cas. On aurait observé de 15 à 20 p. 100 de grossesses et de 8 à 10 p. 100 d'opérations iteratives. Les récidives du côté opposé sont relativement fréquentes.

La simple libération des adhérences péri-tubaires peut être efficace; il en est de même de la libération des franges du pavillon. Souvent, on doit compléter ces opérations par des salpingopexies qui remédient au prolapsus douloureux de l'ovaire.

La salpingotomie et la résection tubaire ont été fréquemment suivies de grossesses, mais il est difficile de fixer la proportion des succès.

L'insufflation tubaire devrait être utilisée non seulement comme moyen de diagnostic, mais aussi comme traitement; elle constituerait dans bien des cas une thérapeutique vraiment conservatrice.

L'ignipuncture de l'ovaire ne semble pas entraver la fonction de cet organe. Sur 51 malades ainsi traitées par Pozzi, 11 eurent des grossesses; sur 45, opérées par Pierre Delbet, 27 furent revues dont 8 devinrent enceintes et accouchèrent à terme.

La résection partielle de l'ovaire donne des résultats éloignés satisfaisants tant au point de vue de la disparition des douleurs qu'au point de vue des possibilités de grossesses.

La statistique de Walter porte sur 242 opérées revues. 184 sont guéries, 47 ont encore quelques douleurs, 11 ont été réopérées dont 8 seulement pour récidives de salpingite, les 3 autres l'ayant été pour fibromes. Sur 188 opérées susceptibles de devenir enceintes, 50, soit 26,6 p. 100 ont eu des grossesses.

Il semble que l'ignipuncture et la résection ovarienne aient sensiblement la même valeur.

Leriche a pratiqué douze fois la sympathectomie sur l'hypogastrique, l'iliaque primitive et quelquefois l'ovarienne pour des syndromes douloureux pelviens, presque toujours avec des résultats encourageants.

Hallopeau a obtenu un beau succès par la résection du plexus hypogastrique dans un cas de crises névralgiques génitales.

Cotte a appliqué la méthode aux douleurs qu'on attribue habituellement à l'ovaire scléro-kystique. Il a obtenu des guérisons se maintenant depuis dix et quinze mois.

Hamant ajoute à la sympathectomie artérielle, la section du nerf pré-sacré. Certaines malades restent guéries après dix-huit mois.

Enfin, Lhermitte et Dupont pensent que les seules opérations logiques dans l'ovarite scléro-kystique sont celles qui s'adressent aux nerfs. Ils préconisent l'énervation de l'ovaire par section des filets nerveux dans le hile. L'opération pratiquée neuf fois a donné un bon résultat.

Restauration de la fonction de reproduction après ablation des trompes. — Il est certain que la grossesse est possible après ablation des trompes. Sobre et Casas ont réséqué la trompe cent quinze fois à un centimètre de la corne utérine sans la lier, et fixé l'ovaire à son contact par une suture. Ils ont obtenu 14 grossesses à terme avec enfants vivants.

Il existe quelques observations de grossesses après greffes libres d'ovaire auto-plastiques ou homoplastiques. En face de ces cas, deux réserves sont à faire : un fragment d'ovaire était peut-être resté en place; peut-être aussi existait-il un ovaire surnuméraire.

La transposition de l'ovaire muni de son pédicule vasculaire. dans la cavité utérine a été pratiquée cinquante fois par Tuffier et cent fois par Estes. De leur statistique, il ressort que la menstruation n'est troublée ni dans son rythme, ni dans sa durée.

Aucune des opérées de Tuffier ne présenta de grossesse; une seule malade d'Estes devint enceinte; mais une femme opérée par Raymond Petit mena une grossesse à terme et accoucha d'une enfant de 8 livres bien constituée.

Résultats et indications des opérations conservant le cycle génital périodique. — I. Conservation de l'utérus entier et d'une quantité suffisante d'ovaire. — Les fonctions ovariennes ne sont pas troublées, la menstruation est plus régulière et moins douloureuse; la métrite persiste dans un tiers des cas.

Dans l'ensemble il s'agit là d'une bonne opération, à condition qu'on l'emploie quand les lésions tubaires sont bilatérales et bien circonscrites, sans grosse réaction péritonéale, sans adhérences trop marquées.

L'important ici est l'état de l'utérus. Pour peu que celui-ci soit dévié, volumineux, que le péritoine qui le recouvre soit altéré, mieux vaut recourir à l'opération de Beuttner.

II. Hystérectomie fundique (opération de Beuttner). — Elle consiste dans l'excision transversale et cunéiforme du fond de l'utérus. Lecène et Gaudart d'Allaines ont exposé les résultats d'une série de 74 opérées; ils sont en général favorables. La mortalité est cependant sensiblement plus forte que celle des autres opérations conservatrices.

Les greffes ovariennes. — Dans la moitié des cas, les résultats immédiats sont bons, mais au bout d'un temps plus ou moins long, les greffes subissent une atrophie progressive fatale.

Conservation de l'ovaire isolé. — La conservation de l'ovaire après hystérectomie n'offre pas un grand intérêt. Peut-être la corrélation ovarienne s'exerce-t-elle encore au point de vue du métabolisme général et empêche-t-elle l'apparition de l'obésité. Mais il est certain que l'ovaire ainsi abandonné est exposé à quelques rixes : dégénérescence kystique, cysthématomes menstruels post-opératoires.

Opérations conservatrices dans la tuberculose annexielle. — Elles ne sont applicables que dans les formes torpides bien limitées, chez des sujets dont l'état général est resté bon. Dans les formes actives, extensives, l'opération radicale est nécessaire.

Les lésions les plus favorables aux interventions conservatrices seraient l'hydrosalpinx tuberculeux et l'abcès froid tubaire.

Opérations conservatrices par la voie vaginale. — Elles n'ont en France que bien peu de partisans. Elles ne sont indiquées qu'après une colpotomie et en présence d'affections inflammatoires banales. S'il s'agit de lésions bacillaires, elles doivent être rejetées formellement.

DISCUSSION

M. Wessel (de Copenhague) est partisan du traitement conservateur et n'intervient chirurgicalement qu'après un traitement médical demeuré sans effet.

Sur 2.400 malades traitées en douze ans, il n'en a opéré que 155.

Sur 738 malades revues, dont 40 seulement avaient été opérées, il a constaté 246 guérisons complètes ; 148 malades présentent encore quelques douleurs ; 185 ont eu des récidives.

M. van Rooy (d'Amsterdam) traite la plupart des salpingites d'abord médicalement, sauf s'il y a indication nette de colpotomie.

Aux irrigations chaudes il préfère la diathermie.

Sur 731 malades traitées, il a pu éviter l'opération dans les deux tiers des cas.

Sur 39 hystérectomies totales, l'auteur a eu 2 morts par péritonite; 5 malades n'ont pas été revues; 29 ont un résultat excellent; 3 ont encore des douleurs.

Sur 58 salpingectomies unilatérales, l'auteur n'a pas eu de décès; 8 malades n'ont pas été revues; 42 ont continué d'être réglées et sont devenues enceintes; 8 ont eu des récidives de l'autre côté; sur ces récidives, 6 ont cédé au traitement médical.

Sur 72 cas de salpingites doubles, il y eut 2 morts post-opératoires; 9 malades n'ont pas été revues, 49 ont été guéries complètement; 12 cas n'ont pas bénéficié de l'opération.

Sur 66 hystérectomies fundiques, il y eut 1 mort par péritonite; 43 malades ont été guéries définitivement; 12 ont présenté un résultat quelconque. L'auteur n'a jamais été obligé de réopérer.

La résection de l'ovaire est une bonne opération. Dans un cas où l'on avait conservé un tiers de l'utérus, la trompe et un quart d'un ovaire, la femme présenta trois grossesses qui évoluèrent normalement.

M. Rouffard (de Bruxelles) considère l'ignipuncture comme un mauvais procédé. Il préfère recourir à la résection partielle de l'ovaire avec laquelle il n'a pas à craindre les poussées inflammatoires secondaires. Il y ajoute une sympathectomie hypogastrique.

L'hystérectomie fundique doit être pratiquée très bas et l'on doit s'efforcer de conserver à l'ovaire une vascularisation parfaite.

Sur 50 salpingites bilatérales ayant résisté au traitement médical, l'auteur a obtenu 8 guérisons par la haute fréquence. Il rapporte un cas de greffe d'ovaire de cynocéphale chez une malade ayant passé la ménopause; les règles apparurent peu douloureuses. Le résultat peut être considéré comme bon.

M. Beuttner (de Genève) rappelle l'historique de l'hystérectomie fundique et donne les résultats obtenus par différents chirurgiens. Dans ces statistiques la mortalité est extrêmement faible.

M. Ausert (de Genève) a pratiqué 31 fois l'hystérectomie fundique. Il pense que cette opération s'adresse surtout aux formes douloureuses et qu'elle convient aux femmes jeunes. La laparotomie permet seule d'en poser les indications précises.

Quand l'utérus est à peu près normal, mais qu'il existe cependant une salpingite bilatérale avec possibilité de conserver un ovaire, mieux vaut garder l'utérus entier sans compliquer par l'exécution d'une fundique. Il suffit d'enlever par excision cunéiforme la portion utérine de la trompe.

M. Sibedey. Les méthodes conservatrices ne peuvent pas s'appliquer aux lésions dues au gonocoque.

Dans les autres cas on peut essayer le traitement médical qui, conduit avec persévérance, donne plus souvent qu'on ne croit des résultats durables (onction au collargol, glace, lit, vaccins, cures thermales).

Dans l'ovarite scléro-kystique pas de chirurgie, ou tout au moins chirurgie très conservatrice. Soigner dans ces cas l'hérédité tuberculeuse.

Les formes appendico-salpingiennes relèvent toujours de l'acte opératoire.

M. MAYER (de Bruxelles) a pratiqué 20 fois l'hystérectomie fundique avec incision de Pfannenstiel et drainage pendant huit jours des deux angles de la plaie sus-pubienne.

Les résultats ont été satisfaisants dans le tiers des cas.

La méthode comporte des déboires, c'est ainsi que 2 fois les règles sont devenues beaucoup plus abondantes au point de nécessiter un traitement radio ou curiethérapique.

D'autres fois c'est la leucorrhée et la dysménorrhée persistantes qui exigent des soins gynécologiques prolongés.

Souvent aussi des phénomènes douloureux obligent à une opération radicale secondaire.

L'auteur fait remarquer que la conservation d'un ovaire et d'une partie de l'utérus n'assure pas toujours la persistance des règles.

En cas de salpingectomie bilatérale, il y a tout avantage à conserver l'utérus s'il est petit et sain, mais il convient de le fixer convenablement.

M. DANIEL (de Bucarest), sur une statistique de 182 cas, constate que la moitié des interventions ont été des opérations conservatrices.

La plupart ont été pratiquées sur les trompes : ablation partielle ou totale, désobstruction. Dans les cas plus avancés l'auteur a pratiqué des « annexectomies ».

Quand l'ablation des annexes a porté sur les deux côtés, il n'a conservé l'utérus que si une auto-greffe a été possible.

Si un ovaire au moins peut être conservé, l'auteur pratique en même temps une résection du fond utérin.

La plupart des opérées sont aptes à tout travail et conservent leurs règles. Pas de chiffres précis en ce qui concerne les grossesses consécutives.

L'auteur estime que les opérations conservatrices ne doivent être pratiquées que dans des lésions chroniques refroidies depuis au moins six mois.

M. VILLARD (de Lyon). Dans le traitement chirurgical des inflammations annexielles, les procédés brillants et rapides de castration doivent laisser la place aux opérations minutieuses et plus lentes de réparation totale ou de conservation partielle.

L'objectif à atteindre est de conserver la reproduction, et, en cas d'impossibilité, d'assurer tout ou partie des fonctions endocriniennes.

L'auteur n'a jamais observé de résultats appréciables dans les cas où il a cru devoir conserver un ovaire seul sans utérus; il a même dû réintervenir dans ces conditions. Par contre, il attache une grande importance à la conservation de l'utérus qui peut devenir le siège d'une véritable sécrétion interne.

Les deux techniques suivantes peuvent s'ajouter aux opérations conservatrices :

1° L'assèchement tubaire par aspiration des salpingites suppurées qui permet la conservation totale dans des cas paraissant uniquement justiciables de l'ablation.

2° La salpingectomie rétrograde sous-séreuse qui vise la conservation de la vascularisation de l'ovaire dans l'ablation des trompes avec conservation de l'utérus.

Autrefois partisan des opérations radicales, l'auteur est devenu conservateur convaincu. Dans ces deux dernières années, sur 105 interventions pour annexites bilatérales, il a pratiqué 72 conservatrices et seulement 33 castrations.

M. VANVERTS (de Lille). Les opérations radicales ne doivent pas s'appliquer systématiquement aux lésions inflammatoires des annexes. La suppression de la menstruation et de la sécrétion interne de l'ovaire s'accompagnent souvent de troubles assez sérieux pour qu'on s'efforce d'être conservateur dans la mesure du possible.

Dans l'ensemble du reste, les opérations partielles donnent d'excellents résultats qu'il s'agisse de la conservation d'un ovaire et de la trompe correspondante ou de celle de l'utérus et d'un ovaire. Par contre, la conservation d'un ovaire sans utérus ne donne pas de résultats favorables.

Les opérations conservatrices trouvent aussi leurs indications dans la tuberculose annexielle. L'ovaro-salpingectomie unilatérale dans un cas d'abcès froid tubaire a donné à l'auteur un résultat remarquable. A deux reprises la malade accoucha dans d'excellentes conditions; elle continue à jouir d'une parfaite santé.

La conservation de l'utérus et d'un ovaire a donné trois résultats satisfaisants, et un médiocre.

M. BRODIER (de Paris). Les ovaires scléro-kystiques ne doivent pas être enlevés, leur ablation s'impose exceptionnellement; l'acuité et la persistance de la douleur constituent l'indication opératoire.

Dans les lésions inflammatoires annexielles doubles nécessitant l'intervention, il importe de pouvoir conserver un fragment d'ovaire avec la cavité utérine; le segment de substance ovarienne le plus minime suffit à assurer le maintien des fonctions génitales.

Dans deux observations d'inflammations des annexes, l'une avec volumineux abcès, l'autre avec hématocèle, la simple colpotomie a amené la guérison.

Il ne faut opérer les inflammations annexielles qu'après avoir épuisé les ressources du traitement médical. Parmi ces ressources nouvelles, il faut signaler la vaccinothérapie (sérum polyvalent de Delbet dans les infections puerpérales, sérum antigonococcique dans les inflammations blennorragiques).

Un traitement judicieusement appliqué dès le début des accidents inflammatoires peut éviter l'intervention chirurgicale; si ce traitement n'amène pas la guérison totale des lésions, il entraîne une amélioration qui permet au chirurgien d'être aussi conservateur que possible.

M. IMBERT (de Marseille) ne croit pas beaucoup à l'avenir de la chirurgie conservatrice.

Il classe les malades en quatre catégories :

a. Celles qui averties des risques et de la possibilité d'une nouvelle opération, demandent à conserver une chance de grossesse. C'est l'indication psychologique des interventions conservatrices;

b. Celles qui ont des lésions à peine inflammatoires, ovaires scléro-kystiques notamment. On peut enlever l'ovaire douloureux si l'on pense que c'est là un moyen de supprimer les douleurs;

c. Celles qui présentent des lésions bien localisées : abcès de l'ovaire, hydro ou pyosalpinx libres. L'intervention unilatérale est tout indiquée;

d. Cas le plus fréquent : la malade ne demande pas à être opérée, mais c'est le chirurgien qui conseille l'intervention. Ici la chirurgie radicale reprend ses droits.

L'auteur reproche aux interventions économiques : la persistance de la douleur du côté opéré, la propagation des phénomènes inflammatoires du côté considéré comme sain, la fréquence des avortements et des grossesses tubaires, en particulier dans les opérations contra-latérales.

M. ABADIE (d'Oran) insiste sur l'opportunité de rechercher le refroidissement des lésions inflammatoires des annexes et de n'opérer qu'après avoir tiré tout le bénéfice du traitement médical et hydrominéral.

Interventionniste immédiat à l'égard de l'appendice, il est temporisateur à l'égard de la trompe et de l'ovaire. D'après sa pratique, l'hystérectomie fondique ne lui paraît qu'exceptionnellement indiquée. Il est tellement plus simple de conserver la totalité du corps utérin. L'inclusion de l'ovaire dans la cavité utérine ne lui a jamais paru possible. Par contre, il a eu recours à l'expression sans ablation des trompes suppurées, à la résection partielle et à l'igniponcture des ovaires, — surtout à la salpingoplastie avec ou sans résection partielle; exceptionnellement à la salpingoraphie.

Sur 36 malades opérées, 20 ont pu être retrouvées. Les suites immédiates ont toujours été simples, sauf un cas d'hémorragie après résection partielle de l'ovaire, mais suivi de guérison.

Sont totalement guéries : 18; souffrent encore : 2; réopérées : 0; bien réglées : 15; dysménorréiques : 2; n'avaient pas eu de grossesse avant l'opération : 4; avaient eu des enfants : 11; ont eu des enfants après l'opération : 1.

Conclusion : situation sociale aisée, opérer un côté avant que l'autre soit pris; puis, recourir aux méthodes conservatrices.

Malades ayant besoin de travailler : ne pas s'illusionner sur les espoirs de maternité que peut donner la conservation.

M. DOUAY (de Paris). Avant de tenter toute opération con-

servatrice il importe d'abord de vérifier la perméabilité de la trompe paraissant indemne.

L'insufflation tubaire donne ce renseignement. La méthode est sans danger si l'on agit avec prudence.

La conservation d'un ovaire seul ne supprime pas toujours les bouffées de chaleur, mais elle modère les troubles secondaires de l'insuffisance ovarienne et spécialement l'adiposité.

L'opération de Beuttner a été réalisée sept fois à l'hôpital Broca avec résultats satisfaisants.

Dans les annexites tuberculeuses, les opérations conservatrices sont peu recommandables. Mieux vaut faire une hystérectomie sub-totale avec castration. Les troubles endocriniens sont peu marqués d'ordinaire et il semble que la suppression de la fonction ovarienne permette aux malades de lutter dans de meilleures conditions contre la tuberculose.

M. Sénéchal (de Paris) distingue trois cas :

1° Il s'agit d'uue infection utéro-annexielle bilatérale avec abcès enkysté près de la trompe. Il pratique dans ces conditions une hystérectomie subtotale avec évidement du col pour assurer un drainage déclive. Il s'efforce de conserver un ovaire entier *in situ* ou un fragment au pis-aller.

2° L'affection annexielle abcédée ou kystique est unilatérale. Il pratique l'ablation unilatérale des annexes.

3° L'infection est minime uni ou bilatérale, mais elle a entraîné une fermeture du pavillon, des bosselures et des flexuosités de la trompe. Il convient dans ces conditions de réouvrir le pavillon, d'étaler et de fixer les franges, de sectionner les adhérences et de corriger les flexuosités de la trompe. L'ovaire est traité par ignipuncture ou résection partielle.

M. J.-L. Faure a toujours été frappé par le nombre considérable d'opérations itératives après les méthodes dites conservatrices. Il croit impossible de fixer des directives certaines dans le choix de l'intervention, même au cours de la laparotomie. Dans tous les cas, il n'est pas partisan de l'hystérectomie fundique. Il préfère pratiquer une sus-isthmique, d'exécution plus facile et qui suffit à la conservation des règles, ou même garder l'utérus entier et un ovaire si la chose est possible.

M. Cotte (de Lyon) sépare nettement les inflammations annexielles, de l'ovaire scléro-kystique.

Pour 330 cas, d'annexites vraies, il a pratiqué 194 opérations radicales et 136 conservatrices. Il considère l'opération fundique comme plus grave que les autres procédés conservateurs.

C'est surtout dans l'ovaire scléro-kystique que Cotte est conservateur. Après avoir, dans ces cas, essayé la sympathectomie hypogastrique, il donne la préférence à la résection du nerf pré-sacré.

M. Potvin (de Bruxelles) présente un traitement fort original des salpingites.

Après laparotomie, il extériorise la trompe malade par une incision latérale, la fixe à la peau et la désinfecte par des injections de permanganate de potasse et des instillations au nitrate d'argent, tout comme s'il s'agissait d'une uréthrite.

Il s'assure de la perméabilité de cette trompe quand toute trace d'inflammation a disparu, puis la réintègre dans l'abdomen sous anesthésie locale.

Il n'a pas jusqu'ici observé de grossesse, mais la guérison se maintient chez les 3 malades ainsi traitées.

M. Masmonteil (de Paris), frappé par la fréquence des troubles d'hypertension chez les hystérectomisés, a pris pour habitude de conserver un ovaire dans tous les cas où il croit devoir supprimer l'utérus.

Ainsi traitées, les 2/3 de ses opérées voient leurs règles persister sans jamais présenter ni troubles d'hypertension artérielle, ni phénomène d'asthénie, ni aucun des symptômes accompagnant d'ordinaire les menopauses opératoires.

M. Walther (de Paris) précise quelques points de technique relatifs à la résection ovarienne. Le fragment d'ovaire peut être réséqué largement. Il suffit de conserver une simple bande de tissu ovarien le long du bord adhérent pour que la grossesse soit encore possible.

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

COURS ET CONFÉRENCES

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — Clinique médicale des enfants. (Hôpital des Enfants-Malades, professeur : M. Nobécourt.) — M. Nobécourt commencera le cours de clinique médicale des enfants, le mercredi 3 novembre 1926, à 9 h.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 h. : enseignement clinique dans les salles, par le professeur.

Lundi et jeudi, à 10 h. : polyclinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Mardi, à 10 h. 30 : conférence à l'amphithéâtre, par M. Lereboullet, agrégé : affections des glandes endocrines.

Mercredi, à 10 h. 30 : conférence de médecine pratique, par les chefs de clinique et de laboratoire.

Samedi, à 10 h. : cours de clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Des cours de révision de médecine et de clinique des enfants seront donnés du 20 au 30 avril et en juillet-août 1927.

Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques. — Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e). *Célébration du cinquantenaire*, le mercredi 3 novembre 1926, à 15 heures, dans la salle des cours, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction Publique.

Un banquet par souscription (prix total 50 fr.) aura lieu le mercredi 3 novembre, à 19 h. 30, à l'hôtel Lutetia, 43, boulevard Raspail (square du Bon Marché).

Les personnes désireuses d'y prendre part sont instamment priées de s'inscrire au secrétariat de l'Ecole avant le 30 octobre.

Ordre du jour : Allocution de M. Louis Marin, directeur de l'Ecole.

M. le professeur G. Hervé : « L'Ecole d'anthropologie, autrefois et aujourd'hui. »

M. le professeur Capitan : « Le rôle de l'Ecole dans les progrès de la préhistoire. »

M. le professeur Papillault : « La recherche des causes actuelles en anthropologie. »

Allocution de MM. les délégués étrangers.

Institut international d'anthropologie. — Siège social à l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e). Métro Odéon.

A l'occasion du cinquantenaire de l'Ecole d'anthropologie, séance de l'Institut International d'Anthropologie, jeudi 4 novembre 1926, à 15 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine, 12, rue de l'École-de-Médecine.

Ordre du jour : M. A. Niceforo, professeur à l'Université de Naples : « Qu'est-ce que l'homme normal? »

M. K. Stolyhwo, directeur de l'Institut des sciences anthropologiques de Varsovie : « Les questions de méthodes dans l'anthropologie contemporaine. »

M. Ch. Fraipont, professeur à l'Université de Liége : « Les caractères anthropoïdiques du sacrum de l'homme de Spy. »

M. E. Pittard, professeur à l'Université de Genève : « Le cancer et les races humaines en Europe » (projections).

M. K. Absolon, conservateur des Musées de Moravie : « Vistonice, la nouvelle station paléolithique de Moravie » (projections et présentation des pièces originales).

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE





CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
BELGIQUE ET ITALIE. . . . . 45 *fr.*
Tarif n° 1 : 55 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay. — *Tarif n° 2 :* 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est définitivement composé de MM. Léon-Kindberg, Cathala, Quénu, Boppe, Bloch (J.-Ch.), Alajouanine, Bérard (Henri), Monod (Raoul), Chirié.

— Liste alphabétique des candidats :

M. Aboulker, Mlle Abraham, MM. Abrand, Adèle, Albeaux, Alfonsi, Allik, Allouche, Alpern, Amat, Ambrosini, Amestoy, Ampugnani-Pancrasi, André, Andrieu, Antoniou, Appercé, Ardouin, Mlle Armelin (Gisèle), MM. Armelin (Adrien), Arnould, Aubrun, Audoux, Augeix, Auriacombe, Autissier, Avrain, Azema, Azodi,

Bacquelin, Bagard, Bail, Baré, Bargeton, Mlle Barnaud, MM. Barot (Maurice), Barrault (Louis), Mlle Barré (Marie), MM. Barret (Adrien), Barros, Mlle Barthel, MM. Baudet, Baugé, Baurens, Baylot, Beaufils, Bédouret, Beitz, Benardeau, Bénichou, Benveniste, Mlle Ber, MM. de Berg, Berger (Sevère), Bergeron, Bernard (Jean), Bernière, Berrocal, Berteaux, Besombe, Besson (Alexandre), Besson (André), Bévalot, Bézier, Biderman, Biernath, Biétrix, Billard, Binet, Birmie-Scotte, Bissery, Blaizot, Blasart, Mlle Blass (Sara), M. Blass (Szulim), Mlle Bleu, MM. Bluzat, Bobé, Bocquet, Mlle Bogoraze, MM. Boisson, Bonafos, Bonamy, Bonan, Boquet, Boras, Borgida, Borrey (Francis), Botrel, Mlle Bouillard, MM. Bouland, Bouley, Bourderionnot, Bourderon, Mlle Bourgeois (Geneviève), MM. Bourgeois (Robert), Bourget, Mlle Bourmalatz, MM. Bournique, Bouroullec, Bousseau, Boussoulade, Bouxin, Bouyssou, Mlle Bouzon, M. Boyer, Mlle Braunstein, MM. Bréhant, Brésard, Briaut, Brincourt, Brinon, Brisset, Bronstein, Brouet, Brun, Brunel, Bui, Bzowski,

Cachin, Cailleux, Calataynd, Calvet, Camus, Caner, Caput, Caratzali, Carlotti, Carteret, Mlle Cathier, M. Caudron, Mlle Cauvet, MM. Cavel, Chabillard, Chaillouet, Challe, Mlle Champdemerle, MM. Chanteux, Chaudron, Chaumeil, Chaussidière, Chaux, Mlle Cherbuliez, MM. Chevallier, Chevassu, Chevrolle, Cheyssial, Chigot, Chomet, Clermont, Cochard, Colle, Constant-Desportes, Conte, Corinin, Couder, Cousin, Couve, Cristesco, Croisier,

Daniel, Dassencourt, Dauchez, Daunio, David, Davous, Debray, Debu, Déchaux, Deffay, Deglaire, Mlle Delahaye, MM. Delbove, Delinotte, Delobel, Mlle Delpuech, MM. Delsuc, Demaldent, Mlles Deschamps, Desderli, MM. Desnot, Dewé, Dézoteux, Dijon, Dillard, Dolto, Doreau, Dormay, Doullet, Do-Van, Dragomiresco, Dragonas, Dreyfuss, Mlle Drouhin, MM. Dubois (André), Dubois (Pierre), Dubroca, Duflos, Dufour (Emile), Dufour (Jean), Dufour (Maurice), Duméry, Mlle Dupic, MM. Dupont, Dupuidemus, Durand (Pierre), Durandy, Duranton, Duriez, Duron, Dussouil, Dutheil, Duval,

Mlle Echknazi, MM. Eck, Edelmann, Elbim, Ellenberger, Emond (Guy), Ernoux, Es-Sakka, Etienne (Jacques), Eydmond,

Facquet, Faineilber, Faleur, Fallourd, Feinberg, Ferrier, Ferval, Mlles Filderman, Flajollet, MM. Flaumenbaum, Fleurot, Fleys, Fontaine (Henri), Fontaine (Jean), Forestier (Jean), Fournet, Fournier, Frahier, Fraisse, François (René), François-Dainville, Friedmann, Frugier, Funck,

Gailhard, Galland, Gallet, Gallot (Jean), Ganière, Mmes Gaston, Gateau, MM. Gautier (Pierre), Gély, Geminet, Genty, Gerbet-Bourguine, Germain, Gérolami, Gesson, Ghinsberg, Gigault de la Bédollière, Gigon, Gillon (Jean-Jacques), Gindraud, Ginsburg, Girard, Girod, Giudicelli, Godard (Jacques), Godard (Raymond), Godefroy, Goldeztajn, Gomez-Dominguez, Mme Gonay, M. Gonnet, Mlle Gorelik, MM. Gorrichon,

Gorse, Gosset, Gouget, Gouiric, Goumy, Goussard, Goutry, Gouzonnat, Grimfeld, Gringoire, Gros (Bernard), Gros (François), Grougé, Groulier, Guédon, Guérin (Jean), Guidon, Guillou, Guilly, Guinchard, Guy, Guynot de la Boissière,

Habert, Mˡˡᵉ Hahn, MM. Hallot, Hamel, Hammer, Harari, Hauert, Hécart, Heinedorf, Hémon, Herbert, Herman, Hickel, Hilaire, Mˡˡᵉ Hitier, MM. Homsy, Hornus, Houzel, Huant, Hue, Humbert,

Ichard, Imbert, Isidor,

Jacobesco, Mˡˡᵉ Jadlovker, MM. Jalef, Jambon, Jamet, Janvier, Jarousse, Jaulerry, Joly, Jorge, Josseran, Jouffroy, Juhan, Julien (Gabriel), Julien (Jean), Jundt,

Kahn, Kaletcheff, Kalomirie, Kerboul, Kessis, Mᵐᵉ Kiriloff (Olga), MM. Klein (Eugène) de Sighet, Klein (Eugène) de Sulelmed, Kovacs, Krémentchousky, Kritchewsky (Vladimir), Mˡˡᵉ Kritschewsky (Paula), MM. Kunossy,

Labignette, Lacroix, Lafon, Lamiaud, Langlade, Laroche (Armand), Laroche (Jean), Lartigue, Mˡˡᵉ Lasserre, MM. Laurent, Lavagna, Lavandon, Mˡˡᵉˢ Lavault, Lavit, Léage, MM. Lebouchard, Lebourg, Le Gannet (Roger), Mˡˡᵉ Le Cannu (Yvonne), MM. Lecocq, Lecœur, Lecouillard, Leduc, Lefèvre, Mˡˡᵉ Le Flem, MM. Lefrançois, Léger, Legrand, Legry, Lehmann (Raymond), Lehmann (Robert), Lejeune, Lémant, Leroux (Jean), Leroux (Robert-Eugène), Leroy, Lesegretain, Le Sourd, Lestienne, Letrésor, Leuret, Levaditi, Levannier, Levecq, Léveiller, Levêque, Levin (Jean), Lévy (Jacques), Lévy (Maurice), Mˡˡᵉ Lévy dit Weissmann, MM. Lewin (Israël), Lichaa, Limbératos, Limoge, Lion, Loiseau, Loutsch, Lubas, Lucadou, Luciani, Luisada,

Macé, Mac-Guffic, Maclou, Magrin, Mahoudeau, Maillefer, Maire, Maisler, Maltre, Malgras, Malinsky, Mandaroux, Mancour, Marc, Marchand, Marcombes, Marcy, Margulies, Mˡˡᵉ Marie, MM. Marmasse, Maroger, Maronne, Martel, Martin (André), Martinie, Maspétiol, Masson (Georges), Massoulier, Mathet, Mˡˡᵉ Matrat, MM. Matteï, Mauclaire, Maurer, Mauvais, Mazer, Mazeyrie, Ménetrel, Mennecier, Menyasz, Metzquer, Meunier, Michaëlidès, Michel, Michelet, Michelson, Mifsud, Minc, Minet, Mˡˡᵉ Modzelewska, MM. Molard, Moldavan, Mondor; Monestier, Mˡˡᵉ Monsarrat, MM. Montagnac, Montakheb, Moreau, Morel, Morin, Mortier, Mourgues, Mutricy,

Nahon, Naulleau, Nauwelaertz, Nayna, Névot, Nguyen Van Kink, Nisard, Noger, Norodon,

Ogarrio, Olagnon, Olivier (Jean), Olivier-Pallud, Olmer, Oster,

Paget, Paillard, Pannet, Parent, Parfus, Paris (Jean), Pâris (André), Mˡˡᵉ Parrain, Parrique, Paulus, Payen, Pécastaing, Péchaud Chabret du Rieu, Pelletier, Pépin, Péraire, Pereton, Pereverzeff, Pergola, Péron (Jean), Péron (Robert), Perreau, Personnaz, Mˡˡᵉ Petit (Paule), MM. Petit (Pierre), Petiton Saint-Mard, Petrignani, Mˡˡᵉ Pétroff, M. Pham, Mˡˡᵉ Picandet, MM. Picard, Picaud, Mˡˡᵉ Pichon, MM. Pigeon, Pillière de Tanouarn, Pilpoul, Pineau (Gilbert), Pineau (René), Pinto, Pioux, Piraud, Pitou, Mˡˡᵉ Plassat, MM. Pointud, Polacco, Polac, Mˡˡᵉ Polychroniadès, MM. Pomerais, Poreaux, Porge, de Portu. Potier, Pouliquen, Poupault, Pourquié, Pradel, Prat (Gilbert), Prat (Pierre), Prieur, Pulsford,

Raboutet, Raisonnier, Rameaux, Rapaport, Mˡˡᵉ Ratner, MM. Raulot-Lapointe, Raymond, Raynard, Reboul, Régis, Reix, Relier, Reliquet, Renac, Réveillaud, Raynaud, Robert, Mˡˡᵉ Roch, MM. Rocher, Rodier, Roger (Jacques), Rohlfs, Rolland, Ronce, Rosenfeld, Rosestein, Rossi, Roullier, Roy (Guy), Royer, Rubin, Rubinstein, Ruty, Rymer,

Sakou, Sala, Salles (Pierre), Sapoznick, Saucet, Sauné (Louis), Schmitt, Schnirer, Mˡˡᵉˢ Seguin, Séguron, MM. Sergent, Sergère, Mˡˡᵉ Sérieux, MM. Serre, Sigaud, Simon (Noël), Simon (Robert), Simonot, Singer, Mˡˡᵉ Soubeiran, MM. Soubrane, Soyer, Spillmann, Stankiewiez (de), Stérin, Stora, Strée, Suchmann, Surpas, Szigeti,

Tabary, Taboureux, Tartinville, Tawil, Ténine, Terrasse, Tessier (Jean), Thévenin, Thirard, Thivet, Tholose, Thomas (André), Thomas (Raymond-Jean), Thomas (Raymond-Louis), Thorain, Thouvenel, Tijerino, Tilitcheef, Tiné, Tourneux, Touvet, Tran, Triantafyllopoulos, Trifkovitch, Trombert, Tulasne, Turiaf,

Ungar, Ungier (David), Urbain,

Vachlas, Vaidie, Vaillant, Valette, Valdmann, Valverde, Vasse, Vélez, Venutolo, Vergé (Francis), Mˡˡᵉ Verlière, MM. Verney, Verre, Vexenat, Veysset, Vilenski, Villière, Vincent (Jean), Vincent (Paul), Vincent (Pierre), Voisin, Voizot, Vromet, Vulpian (de),

Waddington, Wajnberger, Wajntal, Wajsmann, Mˡˡᵉ Weiller, MM. Wermeille, Wilbert, Mˡˡᵉˢ Will, Wix, MM. Wolff (Henri),

Yun,

Zaouche, Zerbib, Zimmern, Zuniga, Zwahlen.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Le jeudi 3 mars 1927 un concours aura lieu à l'hospice général, à 16 h. 1/2, pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen.

Se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général. La liste d'inscription sera close le 5 février 1927, à 18 heures.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur, est nommé membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique et de la section permanente, en remplacement de M. Coville, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, démissionnaire. (Décret du 19 oct.)

Par arrêté en date du 18 octobre, M. Cavalier est nommé secrétaire du Conseil supérieur de l'Instruction publique, en remplacement de M. Coville. (*J. O.*, 22 oct. 1926.)

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Le concours qui devait s'ouvrir à la Préfecture de police, le 3 novembre prochain, pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et à des places éventuelles d'interne provisoire, est reporté au 22 du même mois.

Le nombre des places d'interne titulaire mises au concours est fixé à sept.

Les candidats doivent être pourvus d'au moins douze inscriptions en médecine et se faire inscrire avant le 10 novembre, à 16 heures, au service du personnel de la Préfecture de police où tous renseignements leur seront fournis sur le programme du concours.

Avantages. — Les internes titulaires de la Maison départementale de Nanterre reçoivent une indemnité annuelle de 6.000 francs.

Une indemnité spéciale de nourriture est allouée aux deux internes de garde.

Le prix de la carte d'abonnement au chemin de fer entre Paris-Saint-Lazare et la Garenne-Bezons est remboursé aux internes. (*Voir la suite des* INFORMATIONS *p. 1388.*)

PARALYSIE ISOLÉE DE L'OCULO-MOTEUR EXTERNE

LIÉE PROBABLEMENT A L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par MM. L. BABONNEIX et J. MORNET.

Les paralysies isolées de l'oculo-moteur externe sont rares chez l'enfant. Aussi nous a-t-il paru intéressant d'en rapporter un cas, qui nous a été envoyé par M. le docteur Chaillous, des Quinze-Vingts.

Observation. — D... (Alice), onze ans, vue le 21 juin 1926. Elle nous est envoyée par M. Chaillous avec le diagnostic de paralysie de l'oculo-moteur externe droit, sans aucun autre symptôme oculaire. En particulier, le fond de l'œil est normal. Cette affection est apparue, il y a deux mois, sans cause, sans traumatisme antérieur et s'est caractérisée uniquement par de la diplopie.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — La mère est morte de tuberculose pulmonaire. Le père est en bonne santé. L'enfant est fille unique ; elle est née à terme, et a souffert de gastro-entérite vers la fin de la première année. Grossesse et accouchement avaient été normaux.

Etat actuel. — Alice D..., est un peu chétive, et inférieure en poids et en taille aux enfants de son âge. Ses divers appareils fonctionnent d'une manière convenable. Les os ne présentent aucune lésion apparente. La réaction de Wassermann est négative pour elle et pour son père. Et les seules raisons, non décisives, qu'il y ait de penser à l'hérédo-syphilis sont :

l'existence de *bosses frontales un peu saillantes*;

la présence de *cicatrices péribuccales*, attribuées à une éruption suivie d'ulcérations survenue peu après la naissance ;

l'apparition, à la même époque, de *coryza* ;

la constatation de quelque *ganglions*, surtout dans la région sus-claviculaire.

En résumé, paralysie de la VIe paire droite, survenue sans cause, semblant indépendante de tout traumatisme, de toute tumeur cérébrale, de toute diphtérie. C'est en nous fondant tant sur l'existence de quelques symptômes de la série syphilitique que sur les données traditionnelles, qui veulent que, chez l'enfant comme chez l'adulte, toute paralysie isolée d'un nerf oculo-moteur soit une signature de syphilis (1) que nous avons institué un traitement mercuriel, dont il y a lieu d'attendre les meilleurs résultats.

XXVIe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE [2]

(Paris, 5-9 octobre 1926.)

QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

LE REFLUX VÉSICO-URÉTÉRAL

M. C. LEPOUTRE (de Lille), rapporteur.

Quand le contenu de la vessie remonte vers les voies urinaires supérieures, uretère et bassinet, forçant le méat urétéral on dit qu'il y a reflux vésico-urétéral ou vésico-rénal.

Il faut distinguer le reflux accident et le reflux maladie.

Le méat urétéral peut-il, dans les conditions normales ou pathologiques, se laisser accidentellement forcer : telle fut la question qui se posa d'abord. Le reflux n'est ici qu'un fait passager, un *accident*.

Tout autre est le syndrome décrit sous le nom de dilatation permanente des orifices urétéraux. Il s'agit ici d'un état permanent, d'une *maladie*, où le contenu de la vessie passe librement et presque sans obstacle jusqu'aux voies urinaires supérieures. Cette affection est souvent congénitale, mais elle peut être acquise (uretère forcé).

La *physiologie* et l'*expérimentation* nous montrent déjà que le reflux acquis est un *phénomène vésical*. L'obliquité de l'uretère intra-mural, le péristaltisme de l'uretère, s'opposent à sa production. Au contraire, au moment de la contraction vésicale, la disposition anatomique devient plus favorable au reflux. La vessie, par la sangle musculaire qui entoure la portion intra-murale, est seule gardienne des uretères, et elle se laisse parfois mettre en défaut.

Il est impossible de provoquer le reflux dans la vessie du cadavre, et sur le vivant dans la vessie flasque. Quand on peut le provoquer, chez le lapin par exemple, le reflux se produit toujours au moment d'une contraction vésicale, et est exclusivement en rapport avec la tonicité de cet organe.

Les principaux *symptômes* du reflux, chez l'homme sont :

1° Une douleur lombaire pendant la miction, ou au cours du lavage de la vessie (par distension du bassinet).

2° Signes cystoscopiques. Méat béant, en trou de golf, en gueule de four, analogue à l'entrée d'un diverticule ; mais parfois méat normal. Courant de l'urine lent, paresseux, avec parfois constatation visuelle du reflux. Enfin, la sonde urétérale poussée dans le bassinet, ramène le liquide contenu dans la vessie, ou un liquide injecté quelque temps auparavant (huile goménolée).

3° L'examen aux rayons X donne une confirmation graphique du phénomène ; l'examen radioscopique ou l'étude des radiographies en série, nous montrent aussi que, dans la plupart des cas, le liquide monte progressivement, par à-coups, poussé par la vessie, mais arrêté dans une certaine mesure par la contraction urétérale.

Chez l'homme, on *a observé le reflux dans les cas les plus divers*.

La présence d'une sonde dans l'uretère, l'anesthésie générale, ne provoquent pas le reflux accident. Au contraire si, au cours d'un examen, on observe un ténesme violent et que l'on comprime l'uretère sur la sonde pour empêcher la miction, il faudra craindre le reflux. A notre avis, la rachianesthésie, qui met la vessie dans un état flasque, analogue à la vessie du cadavre, non seulement ne provoque pas le reflux, mais nous met à l'abri de cet incideut.

Le reflux maladie est souvent d'*origine congénitale*, chapitre de la dilatation essentielle des organes creux (Bard) : et l'on peut observer : 1° la dilatation de tout l'arbre urinaire, vessie, les deux uretères, les bassinets ; 2° la dilatation des deux uretères, y compris le méat ; 3° la dilatation d'un seul uretère, avec son méat, et du bassinet correspondant.

Le reflux *acquis* relève très souvent de la tuberculose (reflux dans le rein malade, reflux dans le rein opposé au rein tuberculeux, reflux observé longtemps après la néphrectomie). On l'observe aussi à la suite d'une cystite septicochimique, au cours des cysto-pyélites, aiguës ou chroniques, de la lithiase réno-urétérale, des tumeurs de la vessie, des obstacles au cours de l'urine (hypertrophie, cancer, abcès de la prostate, rétrécissement de l'urètre, barre inter-urétérale), des diverticules de la vessie (coexistence de deux affections congénitales — uretère s'ouvrant dans un diverticule — gêne apportée par le diverticule à l'occlusion active du méat urétéral) ; dans les maladies de la moelle épinière. Dans tous ces cas on observe en même temps de l'infection urétéro-psychique. Les interventions sur le méat n'aboutissent au reflux que s'il existe au préalable, une atonie irrémédiable de l'uretère, le plus souvent d'origine inflammatoire. L'urétérocystonéostomie, qui aboutit à la mort du rein, permet aussi le reflux.

L'anatomie pathologique nous montre un uretère dilaté irrégulièrement, flexueux, allongé, déplacé latéralement ; ces modifications de l'uretère sont le fait essentiel du reflux maladie.

Des coupes pratiquées sur des uretères soumis au reflux congénital, nous ont montré l'intégrité de la couche musculaire.

Au point de **vue pathogénique**, l'uretère forcé acquis est en

(1) V. Cabannes. Ophtalmoplégie hérédo-syphilitique. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 juillet 1903. Il s'agit, dans ce cas, d'affection congénitale. — M. Byron-Bramwell (cité par Hutinel et Babonneix (*in les Maladies des enfants*, t. 5. p. Paris 1909, p. 115) a cité un cas d'ophtalmoplégie externe acquise liée à la même cause.

(2) *Association de la Presse médicale française.*

premier lieu un phénomène vésical, mais il faut aussi une lésion du méat urétéral et un certain degré d'atonie de l'uretère qui sont sous la dépendance de causes traumatiques, tuberculeuses ou inflammatoires banales.

Dans certains cas, dans le reflux dans le rein opposé à un rein tuberculeux par exemple, un reflux accidentel survient d'abord qui favorise l'infection urétéro-pyélique, et par ce moyen l'établissement d'un reflux permanent.

Nous ne croyons pas que dans les conditions de la clinique, puissent apparaître des mouvements antipéristaltiques de l'uretère.

Complications. — 1° *Complications vésicales.* — Dans les uretères forcés acquis, on observe souvent de la fréquence des mictions et jusqu'à de l'incontinence. Dans le reflux congénital, il y a souvent de la rétention. Quand le reflux est unilatéral, on peut comparer la rétention à celle qui est couramment observée dans les diverticule de la vessie.

2° L'*infection* est habituelle, soit par infection d'un uretère congénitalement forcé, soit que l'infection urétéro-pyélique ait été une cause de l'établissement du reflux.

3° La *lithiase* secondaire est fréquente.

4° Les *solutions huileuses* injectées dans la vessie, peuvent, en remontant dans le bassinet y provoquer et entretenir de l'infection.

5° Les *lavages de la vessie* peuvent, quand l'intolérance vésicale est très grande, provoquer des *accidents* mortels, soit par infection, soit par irritation brutale des cavités pyélo-rénales.

6° Le *reflux de l'urine par la plaie*, à la suite de la néphrectomie, est une complication non exceptionnelle, et relève de la même pathogénie. Il survient surtout après les néphrectomies pour tuberculose; apparaît dans les jours qui suivent l'intervention, mais aussi beaucoup plus tard (un mois; un an et demi; deux ans) et guérit le plus souvent par la simple application d'une sonde vésicale à demeure. Un reflux minime et insidieux est souvent à l'origine des infections de la plaie lombaire.

Le **diagnostic** est en général facile si on veut y penser et mettre en œuvre les moyens d'exploration, en particulier le cathétérisme du bassinet avec constatation du reflux et la radiographie. Si on les recherche, on trouvera fréquemment des cas de reflux.

Ceci est important, car le reflux pourrait exposer à *des erreurs dans l'interprétation des résultats du cathétérisme urétéral.* Il faudra en particulier craindre cette erreur, si au cours de l'examen, on observe des contractions violentes de la vessie, et si l'on a comprimé l'urètre sur le cystoscope pour empêcher l'issue de l'urine vers le dehors. Si on laisse la vessie garnie, on emploiera un liquide facile à reconnaître dans les échantillons recueillis (solution lactosée). Mieux vaut maintenir la vessie vide pendant l'examen par l'introduction d'une sonde vésicale à demeure.

Le **pronostic** est évidemment sérieux, car nous ne pouvons pas guérir un reflux bien établi. Cependant la survie peut être très longue. Il faut surtout craindre les reflux accompagnés d'intolérance marquée de la vessie.

Traitement. — 1° Un reflux acquis peut rétrocéder après guérison de l'affection causale, en particulier après la guérison d'une cystite tuberculeuse par l'ablation du rein malade.

2° Il n'y a pas d'intervention plastique à opposer au reflux.

3° L'urétéro-néphrectomie a guéri des rétentions dues au reflux unilatéral. (Analogie avec les diverticules.)

4° Les lavages prudents et réguliers de la vessie donnent des résultats appréciables. La néphrostomie est souvent indiquée.

5° Quand la vessie est très intolérante, il faut de toute nécessité mettre le rein à l'abri de ses contractions. La néphrostomie a donné dans ce sens d'excellents résultats.

DISCUSSION

M. le professeur André (de Nancy). Le reflux vésico-rénal est plus fréquent qu'on ne le croyait autrefois, mais il passe facilement inaperçu. Il faut le rechercher, et si on le cherche on en trouve d'assez nombreux cas.

La cystoscopie permet de le soupçonner, lorsqu'on voit un orifice urétéral dilaté, et même de l'affirmer lorsqu'on voit des particules flottantes dans le milieu vésical être aspirées dans l'uretère.

Le cathétérisme urétéral le confirme en donnant issue, par la sonde poussée jusque dans le bassinet, au liquide de remplissage de la vessie, ou parfois à de l'huile goménolée introduite dans la vessie plusieurs jours auparavant.

La cystographie montrant l'uretère et le bassinet de l'un ou des deux côtés remplis du liquide opaque révèle aussi le reflux dans certains cas.

Il en est de même de la douleur rénale caractéristique lorsqu'on remplit la vessie au maximum ou lorsque le malade éprouve un fort besoin d'uriner.

Les causes du reflux sont multiples.

Il peut être dû à une dilatation congénitale des uretères et de leur orifice.

Il se voit aussi dans la tuberculose réno-vésicale, soit du côté du rein tuberculeux, l'orifice urétéral étant ulcéré et béant, soit du côté du rein non tuberculeux dont l'orifice urétéral peut être alors forcé par de violentes contractions vésicales.

Chez les prostatiques dont les uretères sont si souvent dilatés, le reflux peut expliquer les infections pyélo-rénales ascendantes, si fréquentes, soit spontanément, soit après le cathétérisme, ou les interventions telles que la prostatectomie.

Le chirurgien peut créer lui-même le reflux lorsque, dans les interventions pour tumeur vésicale, il emporte l'extrémité inférieure de l'uretère et réimplante le conduit dans la brèche vésicale.

Dans la tuberculose rénale unilatérale, le reflux du côté sain peut être cause d'un doute sur l'intégrité de ce rein et même être l'origine d'une tuberculisation ascendante urétérale et pyélique de ce côté.

Le traitement est très variable selon les cas.

Dans certains cas, le reflux est temporaire. Il en est ainsi du reflux dans le rein sain au cours de la tuberculose rénale. Il cesse après l'ablation du rein tuberculeux et la guérison de la cystite.

Dans les reflux d'origine congénitale observés généralement à l'âge adulte en raison d'une infection chronique du rein, on constate le plus souvent une diminution considérable de la valeur fonctionnelle de l'organe.

S'il ne cause pas d'accidents, on peut le conserver et faire un traitement palliatif (lavages de vessie, lavages du bassinet).

Mais, dans certains cas, l'infection s'accompagne de poussées aiguës qui nécessitent une intervention. Celle-ci sera parfois la néphrostomie, si l'autre rein est lui-même malade ou doit être enlevé (tuberculose). Si l'autre rein est sain, ou en tout cas suffisant, ce sera la néphrectomie.

Le reflux par la plaie lombaire après néphrectomie pour tuberculose guérit le plus souvent par l'application prolongée d'une sonde vésicale à demeure.

M. Legueu (de Paris) a vu 4 cas de dilatations acquises après la néphrectomie pour tuberculose. Dans 3 cas la guérison s'est faite spontanément; dans un seul cas, après dix-huit mois, il a dû faire une urétérectomie totale.

Dans le reflux vésico-urétéral congénital, le fonctionnement rénal se maintient parfois pendant assez longtemps favorable, et M. Legueu a vu une malade donner le jour à dix enfants bien portants, malgré une double dilatation des uretères et des reins.

L'auteur veut surtout signaler dans ces uretères et bassinets dilatés l'existence de contractions très puissantes qui changent complètement l'aspect de ces uretères vus à la simple pyélographie. C'est avec la pyéloscopie que nous étudions ces cas et nous y voyons des contractions de défense pendant l'injection et d'évacuation après. Il ne peut donc être question d'atonie de l'uretère. C'est une malformation en largeur avec conservation des éléments contractiles.

M. Gayet (de Lyon). Le reflux urétéral, phénomène jugé très rare autrefois, a été reconnu, par nos moyens modernes d'exploration, comme étant au contraire assez fréquent. Il l'est peut-être plus encore qu'on ne se le figure. A côté des formes congénitales et des formes secondaires à toutes les maladies chroniques de l'uretère, l'auteur a insisté sur le reflux dans

les cystites suraiguës et fait jouer un rôle important à la contraction désordonnée de la vessie et du sphincter vésical. Ces causes, jointes aux altérations de l'uretère, jouent encore dans les suites de la néphrectomie pour tuberculose, provoquant le reflux par la plaie lombaire. M. Gayet en a de nombreuses observations, et il y en aurait bien davantage si on notait toutes les petites complications infectieuses dues au passage de quelques gouttes après chute de la ligature urétérale. Dans un cas récent de néphrectomie pour gros rein infecté, l'auteur a dû réintervenir et il a trouvé une collection d'urine purulente du volume d'un œuf autour du bout urétéral sectionné. Un drainage soigneux, la position assise du malade et quelques jours de sonde à demeure ont suffi à amener la guérison, et c'est à ces moyens simples qu'il donne la préférence dans le traitement de cette complication.

M. Gourdet (de Nantes) relate un cas de reflux urétéral double chez un prostatique jeune (de cinquante-cinq ans), cas très complexe, avec béance, vue au cystoscope des deux méats et entre eux l'orifice d'un grand diverticule avec issue d'un énorme prolapsus rectal, lors de violents efforts de miction, dans la position assise.

Ce fait est intéressant en ce, qu'après la prostatectomie, toutes les lésions ont rétrocédé. Les méats se sont refermés et le reflux a cessé, le diverticule s'est rétracté au volume d'une grosse noisette alors qu'il atteignait celui d'une mandarine, son orifice étant resté largement béant il s'est désinfecté et ne cause plus aucune gêne. Enfin, le prolapsus rectal, qui était énorme (les deux poings), n'a plus jamais reparu depuis deux ans, le rectum a repris son aspect normal, et le sphincter sa tonicité.

Cette observation soulève un troublant problème de pathogénie, car peut-être que la dysurie est plus souvent en cause qu'on ne le croit, et qu'il suffirait, dans ces cas, d'enlever l'obstacle urinaire pour guérir le prolapsus. En tout cas, on doit y penser avant d'opérer.

M. Maurice Gérard (de Lille) croit, comme le rapporteur, que les cas de reflux vésico-urétéral sont plus fréquents qu'on ne le pense. Il a pu, pour sa part, en observer cinq cas, dont deux à une date déjà ancienne. Le premier était celui d'un prostatique rétentionniste, très infecté, chez lequel les lavages vésicaux refluaient nettement jusqu'en le rein gauche pyonéphrosé; cette particularité était même employée chez ce sujet comme mode thérapeutique. Le second cas fut étudié chez un sujet atteint de rétrécissement inflammatoire ancien, et qui succomba à des accidents d'urémie, malgré une uréthrotomie interne : à l'autopsie, on put constater que les deux reins étaient atrophiés et scléreux tandis que les uretères dilatés et flexueux communiquaient par des orifices urétéraux béants avec une vessie hypertrophique. Trois autres observations sont récentes : dans l'une, il s'agit d'une malade chez laquelle il fit une néphrectomie pour une fistule urétéro-vaginale consécutive à une hystérectomie. Le soir de l'intervention, la malade perdait autant de liquide par sa fistule qu'avant l'acte opératoire; l'auteur attribue, comme le fait Zinner dans un cas analogue, ce reflux à l'action de la narcose. Cet accident fut tout à fait temporaire, puisqu'il cessait, et définitivement dès le lendemain.

L'auteur présente ensuite les radiographies successives, faites au cours d'une cystographie, montrant un cas de reflux bilatéral chez un prostatique de soixante-dix ans, ayant de gros diverticules juxta-urétéraux de la vessie.

Il relate, enfin, un cas de reflux consécutif à une néphrectomie pour tuberculose rénale pratiquée chez un jeune homme de dix-neuf ans. L'uretère malade avait le volume du pouce; le reflux d'urine vésicale commença au cinquième jour, atteint son maximum au septième jour; il diminua rapidement ensuite et guérit spontanément en trois mois environ. L'auteur pense que ce reflux, plus ou moins discret, doit être une des causes de réinfection et de fistulisation secondaire des plaies de néphrectomies pour néphrobacillose ayant d'abord guéri par première intention.

M. Marion (de Paris) insiste sur l'importance du reflux vésico-urétéral dans les cas de vessie intolérante et restant intolérante après la néphrectomie pour tuberculose rénale. Il a constaté à plusieurs reprises dans ces cas des reflux vésico-urétéraux très nets, qui naturellement exposent le rein restant et considéré comme sain à des inoculations tuberculeuses. Il conseille donc de faire de parti pris une cystographie de ces vessies restées intolérantes afin de juger s'il y a oui ou non passage du liquide vésical dans l'uretère. Au cas où ce passage serait manifeste il conseille formellement l'exclusion vésicale par urétérostomie qui soulage d'une part les malades en empêchant l'arrivée de l'urine dans la vessie et qui d'autre part met le rein à l'abri d'une inoculation tuberculeuse.

M. Hogge (de Liége) a observé, cinq ou six fois, des fistules urinaires récurrentes lombaires, à la suite de néphrectomie pour tuberculose rénale. Ces fistules se sont taries spontanément; c'est-à-dire sans traitement spécial.

En son nom et au nom de son assistant Forest il montre une très belle cysto-radiographie latérale montrant un méga-uretère, une toute petite vessie et une dilatation énorme de l'urètre postérieur. Comme il n'existe pas de rétrécissement du canal en aval de cette dilatation, ni aucune lésion destructive ou végétante des parois de celle-ci, ces faits ont une pathogénie obscure.

C'est en tout cas la première fois que pareille coïncidence d'uretère et d'urètre postérieur forcés est constatée.

M. Ravasini (de Trieste) a observé le reflux une vingtaine de fois. Quand on le cherche et qu'on y pense, on le trouve souvent. Ses cas sont cités dans le rapport de M. Lepoutre. Il mentionne un cas de reflux congénital, dans lequel à la néphrectomie il a trouvé une malformation rare du rein : deux uretères, une moitié de rein fonctionnante, l'autre embryonnaire, trilobée, dégénérée en graisse. Dans un cas le reflux a été cause d'erreur opératoire. L'auteur a observé des phénomènes intéressants dans le cas de reflux dans le second rein : persistance de la dilatation du moignon urétéral, persistance du péristaltisme, absence d'infection dans le rein resté, même après cinq ans après la néphrectomie.

Il faut se mettre d'accord sur la terminologie; dans la littérature il y a une confusion sur cette question. Enfin il veut rappeler le travail récent de Bellucci qui a obtenu chez l'homme le reflux artificiel dans l'anesthésie vésicale locale, dans l'anesthésie générale et dans la rachi-anesthésie.

M. Covisa (de Madrid). On peut partager les cas de reflux vésico-urétéral en deux groupes : reflux acquis; et reflux congénital, tous deux liés à la dilatation des uretères.

Le reflux acquis peut être consécutif à des lésions obstructives qui rendent difficile l'évacuation de l'uretère; ou à des lésions inflammatoires de la vessie sans obstacle pour la sortie de l'urine. La pathogénie du reflux varie dans chacun des cas.

Le reflux acquis peut être permanent ou temporaire selon que la lésion qui en est cause persiste ou non après avoir été guérie.

Le reflux congénital peut co-exister ou non avec la dilatation de l'orifice urétéral.

L'infection accompagne toujours le reflux acquis; si tous les urinaires infectés n'ont pas de reflux, il faut admettre qu'une altération congénitale préalable est nécessaire pour que le reflux ait lieu. En résumé trois facteurs entrent en jeu normalement : facteur mécanique, facteur infectieux, facteur congénital.

Depuis 1917, date de la publication de ses premiers cas, l'auteur a réuni 10 observations nouvelles (2 d'origine congénitale, 4 associée à la tuberculose, 4 au cours de cystite chronique et de pyélonéphrite, 2 avec cystite et calcul vésical).

M. Duvergey (de Bordeaux). Le reflux vésico-urétéral est fréquent; il serait observé encore davantage s'il était recherché systématiquement par la cysto-radiographie. Il est dû à des causes multiples. Congénital, il est le plus souvent acquis et se trouve sous la dépendance des contractions vésicales, des lésions du méat urétéral, de l'atonie urétérale et des obstacles apportés au libre écoulement de l'urine.

Il peut être unilatéral, partiel, presque toujours il est total et bilatéral.

Les malades se présentent à l'examen tantôt avec une symptomatologie très atténuée, tantôt avec le syndrome de la pyélonéphrite ou de la cystite rebelle. La cystoscopie et la cysto-radiographie imposent le diagnostic.

En dehors du traitement hygiénique et médicamenteux, les lavages et les instillations du bassinet au nitrate d'argent

longtemps répétés donnent des résultats thérapeutiques intéressants.

M. PAPIN (de Paris). Il n'y a rien à ajouter à ce qu'a dit M. Lepoutre en ce qui concerne la partie anatomique et physiologique de son remarquable rapport.

La section du méat ne suffit pas à produire le reflux vésico-urétéral. Dans beaucoup de cas où il a fulguré le méat pour calculs, tumeurs ou d'autres lésions, il n'a jamais observé ce reflux bien qu'il l'ait recherché fréquemment.

L'obstacle au reflux vésico-urétéral, c'est le muscle vésical lui-même. Son action peut être annulée de deux façons, ou par redressement du trajet intra-mural qui met face à face l'orifice d'entrée et de sortie; c'est le cas dans les malformations congénitales ou dans les obstacles sous-jacents à la vessie; soit par induration de l'uretère qui ne se laisse pas aplatir, c'est le cas dans la tuberculose rénale et dans certaines tumeurs de la vessie.

Dans les diverticules de la vessie l'action du muscle vésical est également entravée par le développement du diverticule dans la portion intra-murale.

Dans son travail de 1913, M. Papin a indiqué les différents procédés pour mettre en évidence le reflux vésico-urétéral. Depuis cette époque, il a, en outre, pratiqué dans deux cas la radiographie latérale de la vessie et de l'uretère.

La présence d'une sonde urétérale peut dans certains cas d'atonie de l'uretère faciliter le reflux.

Il l'a observé dans plusieurs cas et n'a pas vu que le reflux soit fréquent chez l'enfant ni qu'il soit favorisé par l'anesthésie.

La comparaison de l'uretère forcé avec un diverticule de la vessie est tout à fait juste. Le traitement devrait être le même mais cela n'est possible qu'en cas de lésion unilatérale. Dans le cas contraire, on se contentera de lavages vésicaux qui lavent en même temps les uretères et le bassinet, dans certains cas on pourra être obligé de faire un drainage.

Il faudra donner la préférence à la néphrostomie sur l'urétérostomie qui ne convient pas à ces canaux dilatés et tortueux. En tout cas, la cystostomie est logique.

M. ORAISON (de Bordeaux) rappelle qu'il a présenté, il y a deux ans, l'observation d'une fillette de sept ans, dont tout l'appareil urinaire, vessie comprise, était très dilaté, communiquant largement et était en rétention infectée.

Devant la gravité probable d'une néphrectomie double dans ce cas particulièrement compliqué, il conseilla simplement l'évacuation biquotidienne de la vessie, et par conséquent, des uretères et des reins et leur lavage au nitrate d'argent.

Sous l'influence de ce traitement palliatif, l'enfant se maintint en parfaite santé à la condition de ne pas l'interrompre.

Ceci prouve que cette thérapeutique minima peut rendre des services appréciables dans les cas complexes et graves de reflux vésico-urétéro-rénal, alors qu'il est impossible de rien entreprendre de chirurgical.

M. GRIPEKOVEN (de Bruxelles). Au sujet du reflux de l'urine par la plaie à la suite de la néphrectomie, le rapporteur a totalisé une quarantaine de cas publiés. On peut y ajouter quelques observations qui ont paru dans la Presse médicale belge entre autres ceux de J. De Smeth, deux de Van den Branden et une de Quignon (Mons).

Le reflux après néphrectomie pour calcul est beaucoup plus rare puisque, dans le rapport, ne sont cités que le cas de Desnos et de Modlensky; l'auteur peut en ajouter un troisième observé par Leclerc-Dandoy (Bruxelles) qui a été relaté dans le journal *La Clinique* en 1906.

S'il est vrai, comme le pense le professeur André, que d'une façon générale, le reflux apparaîtra bien souvent dès qu'on se donnera la peine de le rechercher, nos recherches ont montré qu'au moins dans l'hypertrophie prostatique, il ne doit pas exister souvent.

Depuis 1919, dans le Service des Voies urinaires de l'Institut chirurgical de Bruxelles, l'auteur a systématiquement fait des cystographies chez les rétentionnistes prostatiques.

Or, sur 85 radiographies, il n'a jamais vu le liquide opaque remonter vers l'uretère.

L'auteur présente les cystographies d'un malade, cystographies prises d'abord après l'injection de 250 centimètres cubes d'un liquide opaque et prises ensuite après miction.

C'est un cas de reflux avec rétention considérable allant jusqu'à 600 centimètres cubes où l'uretère béant agit à la façon d'un diverticule vésical.

Quand la vessie se contracte, elle chasse l'urine non seulement au dehors, par l'orifice de l'urètre mais aussi vers l'uretère et le bassinet et bien plus facilement vers ces cavités que vers le dehors.

M. PASTEAU (de Paris). Après avoir constaté que d'un commun accord on divise aujourd'hui les reflux vésico-urétéraux en reflux congénitaux bien étudiés en 1913 par Legueu et Papin, et reflux acquis sur lesquels il a attiré l'attention en 1914, l'auteur s'attache surtout à la question du diagnostic.

Les signes fonctionnels accusés par le malade n'ont pas grande valeur, et pour ne pas méconnaître les reflux, qui sont d'ailleurs fréquents, une série d'examens sont nécessaires : recherche de l'écoulement par la plaie lombaire de l'urine vésicale après néphrectomie; cystoscopie qui permet de connaître les différents aspects du méat urétéral; remplissage vésical qui permet de constater que par l'évacuation immédiate de la vessie on retire moins de liquide qu'on ne vient d'en introduire; cathétérisme urétéral qui permet parfois d'évacuer par la sonde introduite jusqu'au bassinet le liquide vésical; cysto-urétéro-pyélographie qui peut montrer l'ascension du liquide dans l'uretère après simple remplissage de la vessie.

Pour établir la cause, il faut rechercher l'existence de lésions urétérales (calcul) ou de cystite, de diverticules vésicaux, voire de troubles anatomiques consécutifs à la prostatectomie.

Le pronostic et le traitement varient suivant les circonstances. S'il s'agit d'un reflux congénital, pronostic réservé ou mauvais, pas de traitement curatif. S'il s'agit de reflux acquis, deux cas : s'il y a cystite, calcul urétéral, la maladie peut être curable par le traitement de la cause; mais si les lésions sont anciennes et définitives, pas de guérison à espérer; il ne reste qu'à traiter de son mieux les complications inflammatoires.

Conclusions. — M. C. LEPOUTRE (de Lille). « Sur la plupart des points, la discussion du rapport a montré un accord parfait. Tous nous considérons le reflux comme un syndrome fréquent; d'origine congénitale ou acquise, et, dans ce dernier cas, dû à l'infection tuberculeuse, mais aussi à l'infection banale; susceptible de provoquer des hésitations et même des erreurs dans l'interprétation des résultats du cathétérisme urétéral. Son pronostic, tout en étant fatal, n'est pas absolument défavorable, et je n'en veux pour preuve que la malade de M. le professeur Legueu à qui un reflux bilatéral n'a pas empêché de mener à terme dix grossesses. Nous admettons aussi l'intérêt des reflux minimes, capables d'infecter la plaie après la néphrectomie. Le traitement par les lavages prudents et répétés donne d'excellents résultats. Quand il n'a pas suffi, la néphrotomie a soulagé les patients pendant de nombreuses années.

Sur la fréquence relative du reflux congénital et du reflux acquis, quelques collègues ont émis des opinions contradictoires. La disparition du reflux après guérison de la maladie causale me paraît, entre autres, une preuve certaine de l'existence du reflux acquis, sans addition d'aucun élément congénital.

La rachi-anesthésie peut-elle provoquer le reflux? Sur ce point, notre collègue Ravasini (de Trieste) a apporté des expériences qui contredisent ce que nous avons observé. Il y a là un point qui mérite encore toute notre attention.

Je voudrais surtout mettre en relief, après cette discussion, quelques faits qui sont nouveaux et particulièrement dignes d'intérêt.

1. Les belles radiographies en série de M. le professeur Legueu, qui résument les nombreuses observations faites par lui à la pyéloscopie, montrent que dans les reflux congénitaux les plus accusés les contractions de l'uretère et du bassinet sont encore puissantes. Ce fait s'accorde bien avec les constatations anatomiques que j'ai pu faire sur des uretères soumis au reflux congénital, et où la couche musculaire, non seulement n'est pas atrophiée, mais paraît même hypertrophiée. Il concorde aussi avec nos observations qui montrent que l'uretère oppose une certaine résistance au reflux, le liquide poussé par la vessie ne montant que par à-coups.

Ceci nous montre que le terme d'atonie, qui tend à se généraliser, n'est pas tout à fait exact. Quant à nous, nous préférons employer avec Bard le terme plus imprécis, mais plus juste, de dilatation essentielle des organes creux.

2. Nous avons à plusieurs reprises comparé le reflux unilatéral au diverticule. La première observation apportée par Gérard vient confirmer cette analogie. Un malade a les urines troubles. On lui lave la vessie à fond; et, lorsque le milieu vésical est limpide, on met le malade en position genu-pectorale; le liquide se trouble à nouveau. C'est là un phénomène absolument caractéristique du diverticule. Il est intéressant d'apprendre qu'il s'observe aussi en cas de reflux unilatéral, et ceci a une importance thérapeutique. Quand nous lavons un diverticule nous recherchons la position du malade la plus favorable : tantôt c'est la position genu-pectorale, tantôt c'est le décubitus latéral droit ou gauche. Désormais, quand nous ferons des lavages vésicaux pour désinfecter un uretère soumis au reflux, nous aurons à rechercher la position du malade la plus favorable.

3. Ce que l'on a appelé le « reflux fermé » mérite aussi de retenir un instant l'attention. Après la néphrectomie, la plaie se ferme, et la section de l'uretère s'oblitère. Mais l'uretère demeuré béant provoque des accidents immédiats ou lointains. J'ai publié la première observation de ce genre dans mon travail des Archives d'Ambard et Papin. Dans le rapport, j'apporte une observation de Lasio et une autre inédite de Ravasini. Enfin, la discussion apporte les faits de M. André et de M. Gayet. Ces faits sont intéressants. Et je me demande si, dans ces cas, un reflux par la plaie n'eût pas été plus favorable, permettant l'évacuation des sécrétions, permettant une action directe sur l'uretère malade, favorisant son oblitération ultérieure. Ils montrent qu'il ne faut pas s'opposer par tous les moyens au reflux par la plaie, qui peut dans quelques cas être salutaire. Ils légitiment en tout cas la communication de Colombino à propos de la diathermie de l'uretère restant et montrent tout l'intérêt de cette intervention.

Enfin, je voudrais dire deux mots des reflux survenus longtemps après la néphrectomie pour tuberculose, dans le rein restant. J'en signale plusieurs dans le rapport. Ces uretères sont toujours infectés; mais c'est une infection banale, et, jusqu'ici, on n'a pas apporté la preuve que le rein devienne tuberculeux. La seule observation de MM. André et Grandineau, qui montre une tuberculose s'arrêtant au tiers inférieur de l'uretère après une longue évolution, montre quelle résistance apporte le rein, même soumis au reflux, à se laisser atteindre par une tuberculose ascendante. » O. PASTEAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1926)

Encéphalite aiguë d'origine vaccinale. — M. NETTER, à propos de la récente communication de M. Comby, signale que les cas d'encéphalite qui apparaissent au douzième jour de la vaccination, sont probablement dus à l'emploi de vaccin plus actif, du type neuro-vaccin. Il pense à ce sujet qu'il y a lieu d'être réservé en matière de vaccination.

M. COMBY rappelle qu'il n'est pas convaincu de l'origine vaccinale de ces encéphalites aiguës et que les infections secondaires jouent peut-être un rôle important dans l'étiologie des encéphalites.

La cuti-réaction à la tuberculine chez les cancéreux. — M. Maurice RENAUD considère que la présence d'un processus néoplasique ne modifie pas la sensibilité à la tuberculine. Ce n'est qu'aux périodes tardives de l'affection, quand la déchéance est devenue profonde que cette sensibilité s'atténue et disparaît, ce qui est conforme à la règle générale; l'allergie disparaissant chez les cancéreux cachectiques comme elle disparaît chez tous les sujets dont l'état général est profondément altéré.

La prélocomotion. — M. VARIOT.

Septicémie puerpérale à perfringens. — MM. E. FEUILLIÉ, MOUZON et DAVID rapportent l'histoire d'une malade atteinte après avortement d'une septicémie puerpérale à perfringens. La mort est survenue le jour même de l'entrée de la malade à l'hôpital. Les auteurs insistent sur la nature de la septicémie par anaérobie et sur sa gravité.

M. NETTER signale le cas d'un enfant qui a succombé à une infection à perfringens et à ce propos considère que de nombreuses septicémies peuvent être dues à des infections à anaérobies.

Un cas d'agranulocytose. — M. FLANDIN rapporte un cas d'agranulocytose apparu chez un malade qui présentait un syndrome hémorragipare et chez lequel le sang a montré un nombre de globules rouges normaux, un nombre de leucocytes très diminué avec disparition de formes granuleuses et 98 p. 100 de mononucléaires. Il rapproche ce cas, de faits observés au cours de l'intoxication par le benzène.

M. CHEVALLIER pense que le cas de M. Flandin pourrait être classé parmi les aleucémies.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1926)

Le vague contient-il des fibres vaso-constrictives à destination de la rate? — MM. A. TOURNADE et H. HERMANN. Le vague ne fournit pas plus de fibres vaso-constrictives à la rate qu'aux reins. Si l'excitation centrifuge du nerf au cou provoque un resserrement de ces organes coïncidant avec la phase d'hypertension post-dépressive, c'est par le mécanisme indirect d'une sécrétion d'adrénaline que déclenche l'arrêt de la circulation et l'anémie des centres encéphaliques.

Sur la possibilité de déplacer l'optimum thermique d'un ferment figuré. — MM. E. BACHRACH et H. CARDOT. La culture d'un bacille lactique (bulgare ou autre) sur un milieu contenant une forte dose de KCl détermine une élévation de l'optimum thermique, qui peut atteindre 5 à 7 degrés au bout de deux ou trois mois. Cette modification de l'optimum subsiste ensuite quand le bacille est remis sur un milieu sans KCl. NaCl à une dose correspondante à celle de KCl ne provoque qu'une très faible élévation de l'optimum.

Sur l'électivité cutanée des teignes animales, quelle que soit leur voie d'introduction dans l'organisme. — MM. BROCQ-ROUSSEU, Achille URBAIN et J. BAROTTE montrent que pour les teignes, l'organe réceptif est uniquement la peau et quel que soit le mode d'inoculation ou de pénétration de la culture du parasite, cette culture au lieu de se fixer et de se développer d'une façon uniforme dans tous les organes, a une tendance à se localiser au revêtement cutané et si celui-ci est lésé, le champignon se développera au niveau de cette lésion.

L'immunisation active de la cavité méningée. — M. S. MUTERMILCH. L'introduction des hématies d'une espèce animale étrangère dans la cavité rachidienne du lapin, détermine la formation des hémolysines spécifiques, aussi bien dans le liquide céphalo-rachidien que dans la circulation générale. Ce phénomène s'explique de la manière suivante : la majorité des hématies injectées se résorbent sous l'influence d'une diapédèse au niveau des gaines périvasculaires (Milian, Froin) et agissent ensuite comme des antigènes injectés par d'autres voies parentérales; en même temps, un petit nombre d'entre elles subit des modifications sur place (phagocytose) et détermine la formation locale des anticorps.

Sur le pouvoir bactéricide du sérum humain normal. — M. Alexandre GEORGEVITCH. A la suite des autres auteurs j'ai cherché à vérifier l'action bactéricide des sérums humains normaux envers différents virus entérotropes : bacilles dysentériques (Shiga, Flexner, Hiss et Strong), bacille typhique, bacilles paratyphiques A et B, vibrion cholérique et bacille coli d'origine intestinale. Sauf le colibacille toutes les espèces microbiennes se sont montrées plus ou moins sensibles au pouvoir bactéricide du sérum. Cette sensibilité a été différente suivant la nature du microbe et suivant le sérum humain

éprouvé. Un même sérum est plus bactéricide pour certaines espèces bacillaires que pour d'autres. La virulence des bactéries ne semble pas influencer le pouvoir bactéricide du sérum. D'autre part les divers sérums, comparés entre eux, n'ont pas un pouvoir antibactérien égal; ils se comportent d'une façon différente à l'égard d'une même souche microbienne. Bacille de Shiga, bacille de Flexner, vibrion cholérique, bacilles typhique et paratyphiques, ajoutés même en grand nombre à un sérum humain normal, sont généralement tués en quinze ou trente minutes, à la température de 37 degrés.

Sur les propriétés des mélanges antigène-teintures de résines en présence des sérums syphilitiques. — MM. R. Dujarric de la Rivière, L. Gallerand et N. Kossovitch. Poursuivant leurs recherches sur les propriétés des mélanges antigène-teintures de résine, les auteurs confirment les résultats de leurs premières expériences avec la gomme-gutte. Les émulsions d'un mélange d'antigène et de cette résine ont la curieuse propriété de rester opalescentes en présence d'un sérum qui correspond à l'antigène et de devenir absolument claires lorsqu'il s'agit d'un sérum normal. En conséquence, les auteurs ont modifié légèrement la réaction qu'ils utilisent pour l'étude des sérums syphilitiques. Le sérum à l'étude est mis en présence d'une part d'un mélange antigène-teinture de gomme-gutte qui donne un résultat instantané (réaction d'opacité) et d'autre part, d'un mélange antigène-teinture de benjoin qui donne au bout de quelques heures (floculation) deux renseignements précieux pour le clinicien : la rapidité et l'intensité de la floculation qui varient avec les différentes origines de sérums syphilitiques.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 13 octobre 1926)

Les vitamines hydrosolubles B de l'extrait de levure dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — MM. Raoul Lecoq et Paul Fournier signalent que l'extrait de levure de bière sensibilisé par le manganèse a amené dès la première semaine, chez quatre tuberculeux en traitement des gains de poids de 2 à 3 kilos.

Etude physiologique de l'action hypotensive du gui. — M. Busquet apporte de très intéressantes expériences de physiologie sur l'action hypotensive du gui, dont voici les conclusions :

1° Le gui n'est pas un dépresseur cardiaque aux doses moyennes employées.

2° Il provoque une vasodilatation chez le chien dans les membres postérieurs.

3° Cette vasodilatation est due à la diminution de tonicité sur le bulbe et la moelle.

Action de l'insuline dans l'amaigrissement et l'engraissement. — M. Henri Labbé vérifiant les expériences de Fliess et Falta a mis en expérience, dans son laboratoire, plusieurs animaux et contrôlé que l'insuline donnée à 10, à 30 unités, n'avait aucune action. Il semble même que l'insuline agirait plutôt comme « amaigrissant ». Il fait remarquer que l'engraissement obtenu par les auteurs Fliess et Falta est peut-être dû à la suralimentation donnée à leurs sujets en expérience, l'insuline mobilisant chez eux les produits azotés.

M. Marcel Laemmer signale cependant l'analogie curieuse des faits apportés par Fliess et Falta avec ses propres expériences cliniques sur l'engraissement obtenu par l'absorption de pancréas.

M. Leten rappelle le rôle important, dans les faux amaigrissements, de l'hydratation des tissus.

Gangrène pulmonaire puerpérale guérie par le pneumothorax de Forlanini. — M. George Rosenthal expose un cas de gangrène pulmonaire par infarctus puerpéral où la guérison fut obtenue rapidement par trois insufflations intrapleurales. Ce résultat favorable semble dû à la précocité de l'intervention pratiquée avant toute organisation de la poche pulmonaire.

Essai de traitement de la paralysie générale par la récurrente du spirochoeta crociduroe. — MM. Auguste Marie et Mathis communiquent une note sur l'utilisation thérapeuthique du spirochoeta crociduroe. Ils l'ont employé dans la paralysie générale dans les mêmes conditions que le spirochète de Dutton : 30 cas de récurrentothérapie, dont 2 avec le spirochoeta crociduroe de la musaraigne, ont donné 50 p 100 de rémissions plus ou moins nettes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE

(*Assemblée du 6 octobre 1926*).

Vœux émis par l'assemblée :

Enseignement de l'anatomie en un an. — Devant les résultats très défectueux de l'enseignement de l'anatomie descriptive tel qu'il est donné actuellement en un an dans les facultés de médecine, l'Association émet le vœu qu'il soit procédé, dans le cours de la troisième et de la quatrième années, à un renforcement de l'enseignement de l'anatomie appliquée (médicale et chirurgicale), et que cet enseignement soit consacré par des interrogations d'anatomie médico-chirurgicales posées, non seulement aux examens de pathologie médicale et chirurgicale, mais encore aux examens de clinique interne et externe.

Enseignement de l'hygiène et de la thérapeutique. — Considérant :

1° L'importance qu'a pour le médecin l'enseignement de l'hygiène et de la thérapeutique.

2° Que, sous l'ancien régime, deux semestres répartis sur la troisième et la quatrième années étaient consacrés à cet enseignement.

L'Association émet le vœu : que soit rétabli l'enseignement de l'hygiène et de la thérapeutique réparti en deux semestres pris sur deux ans.

Examen de l'agrégation. — L'Association :

Considérant que le nouveau mode de recrutement des agrégés :

1° Se montre très inférieur au régime antérieur de recrutement par le concours;

2° Fait naître dans la foule des candidats reçus à l'examen des espérances qui seront pratiquement irréalisables;

3° Risque de boucher complètement la carrière de l'agrégation et d'en tarir par conséquent le recrutement ultérieur;

4° Transporte au sein de chaque faculté de déplorables luttes d'influence ;

5° A donné d'ailleurs lieu à une série de mesures qui rendent la situation encore plus difficile (classement des candidats dans un examen, mesures préjudiciables aux candidats anciens, notation défavorable aux médecins et chirurgiens des hôpitaux).

A. Emet le vœu du retour pur et simple au recrutement des agrégés des facultés de médecine par la voie du concours.

B. Attire l'attention de M. le ministre de l'Instruction publique sur l'urgence de cette mesure afin de ne pas multiplier le nombre des candidats aptes aux fonctions d'agrégés à qui il serait impossible de donner aucune satisfaction ou compensation sans sacrifier, pour une très longue période, les générations ultérieures.

Recrutement des garçons de laboratoire. — L'Association émet le vœu suivant :

1° Que les emplois de garçon de laboratoire ne soient attribués que sur la proposition des professeurs directeurs des laboratoires après constatation, pendant un stage d'une année, des aptitudes professionnelles des postulants;

2° Que les mutilés ne soient inscrits comme candidats à ces emplois que sur leur demande expresse et sous condition des aptitudes précitées.

Péréquation des traitements. — L'Association émet les vœux suivants :

1° Réserve faite des questions de classement pour traitements en cours d'étude, que les agrégés chargés d'enseigne-

ment reçoivent en province, comme ils le reçoivent déjà à Paris, un traitement égal à celui des chefs de travaux de 1re classe (soit 21.000 francs à Paris et 19.000 francs en province) tandis qu'actuellement ils ne reçoivent en province qu'un traitement égal à celui des préparateurs de 1re classe (soit 16.000 francs).

Note. — On conçoit, en effet, qu'il y ait, entre Paris et la province, une différence dans le taux des traitements, mais on ne conçoit pas que des agrégés chargés des mêmes fonctions soient — en ce qui concerne leur traitement — assimilés à des fonctionnaires de niveau différent suivant qu'il s'agit de Paris ou de la province.

2° Réserve faite des questions de classement pour traitements en cours d'étude, que les mêmes bases soient adoptées à Paris et en province pour la fixation du traitement des agrégés sans enseignement; que ceux-ci soient assimilés aux préparateurs de 5e classe à Paris (14.000 francs) et en province (12.000 francs) alors qu'ils reçoivent actuellement à Paris 13.000 francs et en province 9.000 francs seulement.

3° Que les agrégés pérennisés soient assimilés aux maîtres de conférences titulaires des facultés des sciences.

4° Considérant que les professeurs de médecine patentés ne peuvent actuellement toucher : ni à Paris le traitement de 1re classe, ni en province le traitement de 1re et de 2e classe;

Considérant encore qu'ils ne peuvent toucher ni les indemnités pour charges de famille ou de résidence, ni les dernières indemnités forfaitaires et provisoires, 12 p. 100;

Considérant, enfin, que les professeurs et agrégés remplissent tous les fonctions que comportent leurs charges,

Emet le vœu que des différences de traitement ou d'attribution d'indemnités entre professeurs ou agrégés ne puissent être basées sur le fait qu'ils sont ou non patentés.

Traitement des chefs de clinique. — L'Association :

Considérant que la situation modeste faite actuellement aux chefs de clinique peut interdire à certains d'entre eux l'accès de ces fonctions;

Emet le vœu :

Que le traitement desdits chefs de clinique soit doublé et rapproché de celui des préparateurs de 5e classe, car le chef de clinique joue à l'hôpital, dans les services de clinique, un rôle aussi important que celui de préparateur dans les laboratoires.

RÉSOLUTIONS VOTÉES A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français a tenu ses réunions les 7 et 8 octobre 1926.

Deux cents membres environ assistaient à la première séance. Dans son allocution, le Président indique la rapide progression du Syndicat.

Depuis la dernière assemblée, 101 candidats ont été agréés par le Conseil d'administration. Lorsque ces admissions seront ratifiées le nombre des membres du Syndicat sera de 480.

Le Président fait remarquer l'intérêt croissant que les chirurgiens paraissent apporter à la solution des questions professionnelles dont s'est jusqu'ici préoccupé le Syndicat.

A la suite des discussions portant sur chacun des points de l'ordre du jour, les résolutions suivantes ont été votées :

Hospitalisation des malades payants (à leurs frais ou aux frais de certaines collectivités). — a. *Prix de journée.* — L'assemblée générale décide qu'il y a lieu de faire un effort pour faire reviser les prix de journée des malades payants en tenant compte des facteurs jusqu'ici négligés, mis en évidence par le professeur Lambret dans son rapport.

Le Conseil est chargé de rédiger les desiderata et de les porter devant les autorités compétentes.

b. *Le payant à l'hôpital.* — Le Syndicat des chirurgiens estime qu'il est prématuré de modifier l'organisation hospitalière actuelle et considère que l'hôpital doit demeurer réservé aux indigents et aux malades insuffisamment aisés pour être traités dans une maison de santé (docteur Marquis).

c. *La tarification.* — Le projet de tarif chirurgical minimum élaboré par le docteur Renon reçoit l'approbation unanime de l'assemblée. Quelques modifications de détail sont apportées en cours de lecture. La publication officielle de ce tarif sera effectuée dans l'année.

d. *Rémunération des chirurgiens par les malades payants.* — Le Syndicat émet le vœu :

1. Qu'au nom de l'indépendance de la profession il soit reconnu par les administrations hospitalières le principe de la rémunération des chirurgiens pour les soins donnés et les opérations pratiquées à l'hôpital à tout malade hospitalisé à ses frais ou à ceux des collectivités privées.

2. Que les honoraires chirurgicaux soient versés directement par le malade au chirurgien sans aucune immixtion des commissions administratives.

3. En exécution de ce vœu, le Syndicat rappelle à ses membres qu'ils ne doivent, dans leur intérêt, traiter en aucun cas avec les commissions administratives sans en référer au bureau du Syndicat.

Pour assurer l'exécution de ce vœu, le Syndicat des chirurgiens français demande à être représenté au sein du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Le docteur Renon, secrétaire général, est aussitôt désigné pour cette représentation éventuelle.

Hospitalisation des accidentés du travail. — 1. Le Syndicat des chirurgiens renouvelle l'expression du droit au paiement direct par tout malade non indigent hospitalisé et charge son bureau d'entamer immédiatement la lutte pour la suppression du tout compris en matière d'accidents du travail (docteur Renon).

2. Le Syndicat des chirurgiens émet le vœu, dans l'intérêt même du libre choix du chirurgien, que la fixation des honoraires chirurgicaux, dans les soins aux accidentés du travail, reste fixée telle qu'elle est déterminée par l'article 4 de la loi de 1898 (docteur Marquis).

Recrutement des chirurgiens des hôpitaux de province. — Le principe de la nécessité du concours (docteur Sikora) est adopté.

Le Conseil devra, en cours d'année, étudier les modalités possibles et les soumettre à la prochaine assemblée générale.

Questions fiscales. — Le docteur Dehelly est prié de bien vouloir établir un type de déclaration unique des frais professionnels du chirurgien.

Contestations d'honoraires. — L'assemblée adopte le principe de la désignation des deux chirurgiens conseils qui pourraient être utilement consultés par les confrères avant tout commencement de procédure au sujet d'honoraires (proposition Dantin).

Rapports intersyndicaux. — 1. L'assemblée donne son adhésion au groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés groupant, en outre, les électroradiologistes, les oto-rhino-laryngologistes, stomatologistes, oculistes, urologistes, stations balnéaires et sanitaires.

La représentation du Syndicat est confiée à MM. Renon et Deniker.

2. Le Syndicat des chirurgiens groupant à la fois, en nombre à peu près égal, des membres appartenant à l'Union et à la Fédération par leurs syndicats locaux, étant donné que le Syndicat des chirurgiens ne peut adhérer aux deux associations générales et, pour éviter toute stérile discussion à cet égard au sein du Syndicat, l'assemblée générale décide de se retirer provisoirement de l'Union et d'observer une neutralité absolue, étant entendu que :

1. Cette décision ne comporte aucune signification de méfiance vis-à-vis de l'Union des syndicats médicaux.

2. Que le Syndicat des chirurgiens fera, comme par le passé, tous ses efforts pour que cesse la scission si préjudiciable aux intérêts du Corps médical français.

Programme d'action et d'études pour l'année 1925-1926. — Outre les questions dont l'étude doit être poursuivie :

Assurances sociales,
Hospitalisation des malades payants,
Accidents du travail,

Questions fiscales,
l'Assemblée décide de faire étudier en 1926-1927 par les commissions compétentes les deux questions suivantes :
Lutte anticancéreuse,
Rapports des chirurgiens avec les médecins traitants.

INFORMATIONS

(SUITE)

ASILES PUBLICS AUTONOMES D'ALIÉNÉS. — Le *Journal officiel* du 21 octobre publie un décret relatif au relèvement des traitements du personnel administratif des asiles publics autonomes d'aliénés.

ASSOCIATION DE LANGUE FRANÇAISE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES. — Cette Association vient de se fonder à Paris sous la présidence du professeur Balthazard. Le professeur Imbert (de Marseille) en sera le secrétaire général. Le premier Congrès se tiendra à Paris en octobre 1927. Le Comité provisoire fixera la question à mettre à l'ordre du jour et nommera les rapporteurs.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — La XXXIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Blois, du 1er au 6 août 1927.

Président : M. le professeur Raviard (de Lille); vice-président : M. le professeur Henri Claude (de Paris); secrétaire général : M. le docteur Olivier, médecin-directeur de la Maison de santé de Blois (Loir-et-Cher).

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès, pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIe session :

Psychiatrie : « L'automatisme mental ». — Rapporteurs : M. le docteur Lévy-Valensi (de Paris), et M. le docteur Nayrac (de Lille).

Neurologie : « Les tumeurs des ventricules latéraux ». — Rapporteur : M. le docteur Jumentié (de Paris).

Médecine légale : « Le divorce des aliénés. Sa jurisprudence. Son application, ses résultats ». — Rapporteur : M. le docteur Bovben (de Lausanne).

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au docteur Olivier, secrétaire général de la XXXIe session, médecin-directeur de la maison de santé de Blois.

Le prix de la cotisation est de 50 francs pour les membres adhérents et de 30 francs pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le mois de juin 1927 recevront les rapports dès leur publication.

LE IIIe VOYAGE INTERNATIONAL D'ÉTUDES MÉDICALES SUR LA COTE D'AZUR, organisé par la Société Médicale du littoral méditerranéen (5, rue Longchamp, à Nice), aura lieu du 15 au 24 décembre prochain. On visitera les stations climatiques et les établissements scientifiques et médicaux de Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Grasse, Vence, Nice, Beaulieu, Monaco, Monte-Carlo et Menton. Une excursion sera organisée dans les Alpes (sports d'hiver et cure d'altitude). Les parcours seront effectués en trains spéciaux et en autocars. Le séjour sera assuré dans les meilleurs hôtels. Des fêtes et des réceptions seront offertes aux visiteurs à Cannes, Nice et Monte-Carlo.

Ce voyage étant réservé aux médecins et étudiants étrangers, les inscriptions seront reçues aux bureaux de l'office du Tourisme français; à Londres S. W. 1, Haymarket 56; à Amsterdam, Sarphatisstraat, 15; à Barcelone, Cortès, 603; à Genève, 3, rue du Mont-Blanc; à Paris, 17, rue de Surène (8e). Le nombre des places est limité.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société médicale : docteur Maurice Faure, 24, rue Verdi, à Nice (Alpes-Maritimes).

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique a enregistré pendant la 28e décade, du 1er au 10 octobre 1926, 1.009 décès, au lieu de 956 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.026, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès, au lieu de 9 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 40, au lieu de 41 pendant la décade précédente (moyenne 31).

La variole et la varioloïde ont causé 4 décès; 22 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins, au lieu de 7 pendant la décade précédente (moyenne 0).

Vérification faite, 7 cas de variole ou varioloïde ont été confirmés. — 5 cas de varicelle ont été signalés.

APRÈS LES JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES. — La *Revue tunisienne des sciences médicales* vient de consacrer ses trois numéros de mai, juin et juillet à la publication *in extenso* des travaux des inoubliables Journées de Pâques. De très nombreuses illustrations ornent ce précieux recueil qui est dû à nos excellents confrères les docteurs Cassuto, Ronchot et Maurice Uzan.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une douloureuse émotion la mort de M. le professeur Le Dentu, décédé à Paris, le 23 octobre, à l'âge de 85 ans. Ses obsèques seront célébrées le jeudi 28 octobre, à 9 h. 1/2, à l'église Saint-Philippe-du-Roule. Suivant son désir aucun discours ne sera prononcé; — et celle de M. le professeur Babes (de Bucarest), correspondant étranger de l'Académie de médecine.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Du 15 au 21 novembre, le docteur Le Noir et le docteur Brodin feront une série de conférences de thérapeutique digestive, tous les matins, à 10 h. 1/2, salle Aran.

Programme. — Traitement des syndromes gastriques douloureux. — Traitement de l'atonie gastrique et de l'aérophagie. — Traitement médical de l'ulcère gastro-duodénal. — Traitement de cancer de l'estomac; indications opératoires. — Traitement du syndrome douloureux hépatique aigu. — Traitement du syndrome douloureux hépatique chronique.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE (51e année, 1926-1927). — Ouverture des cours et conférences le vendredi 5 novembre 1926, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15, Paris.

Des certificats d'assiduité seront délivrés aux auditeurs inscrits au secrétariat de l'Ecole dès l'ouverture des cours.

Un diplôme pourra être délivré, en fin d'année scolaire, après un examen portant sur une partie des sciences anthropologiques.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 25 AU 30 OCTOBRE 1926)

THÈSES

Mardi 26 octobre. — Jury : MM. Achard, président; Carnot, Jeanselme et Lecène. — M. LAPPAS. Contribution à l'étude de l'hypertension artérielle. — M. LEROY (Y.). Etude sur le traitement de l'encéphalite épidémique. — M. GRENIER-BOLEY. Etude de la réaction d'opacification de Meinicke. — M. RISGALLA. Existe-t-il des cholécystites amibiennes? — M. PÉRIGORD (P.). Etude sur le traitement des ulcères pénétrants de l'estomac.

Mercredi 27 octobre. — Jury : MM. Bernard, président; M. Labbé, Debré et Abrami. — M. DELAHAYE (J.). Tuberculose et mariages consanguins. — M. ARMYNOT DU CHATELET. Etude sur l'épreuve de l'atropine et de l'orthostatisme. — M. JEULIN (Ph.). Contribution à l'étude de la leucémie aiguë chez l'enfant. — M. EY (H.). Glycémie et maladies mentales.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

NOTES POUR L'INTERNAT

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE [1]

Après une *longue période de latence*, pendant laquelle le rétrécissement se fait peu sentir et ne peut être décelé que par l'exploration du canal survient :

1° Phase des troubles mictionnels. — Le malade vient consulter pour des petits signes.

Les mictions deviennent :

Hésitantes, retardées dans leur début.

Pénibles et *difficiles*, malgré les efforts du malade qui doit pousser tout le temps de la miction.

Prolongées dans leur durée et souvent le malade souille ses vêtements de *quelques gouttes retardataires*.

Cette fausse incontinence post-mictionnelle est due à l'évacuation tardive du résidu rétro-strictural.

Le jet est modifié :

Dans sa force et tombe rapidement au sortir du méat.

Dans sa forme : tantôt aplati, vrillé, bifurqué.

Dans sa continuité : la miction se fait par à-coups.

L'éjaculation. — Devient pénible, douloureuse, le sperme parfois strié de sang s'écoule en bavant du méat.

Tous ces troubles mécaniques *exagérés par la congestion* sont presque toujours plus marqués le matin au réveil ou après des libations abondantes et copieuses.

Examen. — Lorsqu'un sujet vient se plaindre de ces petits troubles :

1° Le premier examen à pratiquer est de *faire uriner* devant soi le *malade dans trois verres* pour observer la façon dont va se faire la miction.

L'on pourra ainsi constater le retard, la déformation du jet, les efforts que fait le malade pour uriner.

Cet examen permet surtout de constater l'*état des urines*, qui sont :

Tantôt *claires*, limpides;

Tantôt claires mais *chargées de filaments* dans le premier verre, signature de l'affection;

Tantôt et plus rarement troubles et déjà *infectées*, indice de pronostic plus grave.

2° La seconde partie de l'examen comporte l'**exploration du canal**.

a. La palpation de la paroi inférieure permettra parfois de sentir des indurations, des *nodosités isolées* ou bien une transformation ligneuse du conduit en *tuyau de pipe*.

Mais cette palpation peut être négative.

b. Le *cathétérisme explorateur* avec bougies à boule olivaire est le vrai moyen de faire le diagnostic.

Après désinfection du méat l'on commencera par introduire des bougies de gros calibre n° 20 ou 22 qui normalement chez un sujet sain doivent pénétrer dans la vessie après un léger arrêt douloureux au niveau de la région membraneuse.

Lorsqu'il y a rétrécissement :

Tantôt la bougie passe mais en forçant et l'on perçoit un ressaut surtout net lorsqu'on accroche le rétrécissement avec le talon de l'instrument que l'on retire.

Il s'agit alors d'un *rétrécissement large*.

Tantôt après avoir franchi un ou plusieurs rétrécissements la bougie bute contre un obstacle infranchissable; il faut continuer l'exploration avec des bougies de calibre décroissant jusqu'à ce qu'on puisse pénétrer dans la vessie.

L'on précisera ainsi le *nombre* des rétrécissements, la palpation de la boule olivaire par voie externe dans la région pénienne et périnéale permettra d'en préciser le *siège exact*.

Evolution à cette période :

Traité, par dilatation en séances d'abord fréquentes puis espacées, l'évolution d'un rétrécissement au début peut être entravée.

Mais l'on sait qu'un pareil traitement devra être continué des années.

Non traité, l'évolution se fait presque fatalement vers une sténose de plus en plus serrée et vers des complications graves.

2° Phase : rétention incomplète puis incontinence. — *a.* Les troubles mictionnels augmentent progressivement d'intensité, les mictions deviennent de plus en plus difficiles. Le jet, petit, sans force tombe vertical au sortir du méat, et, selon l'expression classique, « le malade pisse sur ses bottes ».

b. Bientôt, après une phase de lutte toujours longue, la vessie se laisse distendre. Cette « *asystolie vésicale* » entraîne une rétention incomplète progressivement croissante; le malade ne peut plus vider sa vessie totalement, un nouveau symptôme apparaît :

La *pollakiurie*; elle est d'abord *diurne* et va augmentant progressivement.

c. Plus tard, enfin, le sphincter vésical se laisse forcer, l'**incontinence** apparaît.

1° Elle est parfois nocturne, le malade se souillant involontairement la nuit.

2° Plus souvent elle commence par être diurne, l'urètre et la vessie représentant suivant l'expression de Guyon un tube à niveau. En position verticale ou assise, la vessie se trouve drainée au point déclive, d'où incontinence.

3° A la longue, elle devient également diurne et nocturne, continue.

Examen. — A cette période de rétrécissement serré le canal ne peut plus être franchi que par des *bougies filiformes*, droites ou tirebouchonnées. Souvent il est nécessaire d'avoir recours au *cathétérisme en faisceau*.

Les tentatives peuvent être nombreuses avant de pouvoir franchir le rétrécissement.

C'est surtout à cette période de rétrécissement serré que l'on voit survenir les complications.

COMPLICATIONS. — **1° Rétention aiguë.** — Complication fréquente, peut se voir *à toutes les périodes* de l'affection et même dans les *rétrécissements larges*.

Elle est souvent le premier accident qui amène à consulter un malade peu soucieux des petits symptômes qu'il présentait jusque-là.

Et souvent elle a été précédée de *rétentions complètes mais passagères* d'un quart d'heure, une demi-heure, survenues à l'occasion de marche, fatigue d'origine congestive ou spasmodique.

a. Brusquement, souvent au milieu de la nuit, à la suite de repas copieux, d'excès génitaux, le sujet est pris de douleurs vives dans l'hypocondre, puis d'un besoin impérieux d'uriner qu'il ne peut, malgré ses efforts, satisfaire. Il devient agité, inquiet, anxieux.

Appelé auprès d'un tel malade, qui n'a pas uriné depuis plusieurs heures, l'on recherchera :

Le globe vésical. — Tuméfaction médiane, sus-pubienne, mate, douloureuse, à limite supérieure nette, concave en bas et pouvant remonter plus ou moins haut, parfois jusqu'à l'ombilic.

b. S'il s'agit d'un sujet près duquel l'on est appelé pour la première fois, *avant toute exploration, tout sondage*, il faut pratiquer un :

Toucher rectal. — Examiner la prostate, l'inflammation aiguë de cette dernière pouvant entraîner une rétention aiguë, le *cathétérisme serait alors contre-indiqué*.

En l'absence de lésions prostatiques, le diagnostic étiologique guidé par l'anamnèse : blennorragie ancienne, signes de rétrécissements depuis plusieurs mois, l'on pratiquera une exploration du canal avec bougies de calibre décroissant; en cas d'insuccès, avec une bougie filiforme que l'on laissera à demeure.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 84, p. 1358.

N° 87. — SAMEDI 30 OCTOBRE 1926. · 99e ANNÉE. SAMEDI 30 OCTOBRE 1926. — N° 87.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Ethiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif n° 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 21 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic de l'ascite d'origine cirrhotique. — Rupture traumatique de l'urètre. »

Mlle Lévy (Françoise), 22; MM Brosse, 25; Bertrand (Pierre), 22 1/2; Verger (Gabriel) et Corman (Louis), 15; Hayon, 12; Mlle Vidal (Suzanne), 18; MM. Decourt (Philippe), 20; Berton (René), 28.

Séance du 25 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic des fractures du col du fémur. — Signes et diagnostic de la pleurésie interlobaire à méningocoques. »

MM. Guillain, 20; Hamon, 24; Jame, 15; Bolgert, 20; Mlle Abricossoff et MM. Hamon (Louis), 19; Stérin, 17; Elbaz, 21; Lelourdy (Jean), 22; Zagdoun, 21 1/2.

Séance du 26 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic de l'abcès du cerveau d'origine otitique. — Signes, diagnostic et complications des oreillons. »

Mlle Lacan (Simone), 23; MM. Fouquet (Jean), 25; Desoille, 18; Devaux (Jean), 14; Lortat-Jacob, 28; Couvelaire (Roger), 24; Fayot (Robert), 23; Miraillé (Charles), 25; Coste (Pierre), 17.

— PRIX FILLIOUX. — Jury : MM. Launay, Le Noir, Sébileau, Bloch, Bourgeois.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'internat.* — Questions données à l'épreuve écrite ;

Séméiologie : « Diagnostic des comas. »

Physiologie : « Physiologie de l'ovaire. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Laffont, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé, à compter du 1er novembre 1926, professeur de clinique obstétricale et puériculture du premier âge à ladite Faculté (chaire vacante : M. Rouvier, dernier titulaire).

M. Portes, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé, à compter du 1er novembre 1926, professeur de physique médicale à ladite Faculté (chaire vacante : M. Strohl, dernier titulaire).

— BORDEAUX. — M. Carles, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er novembre 1926, professeur de pathologie et thérapeutique générales à ladite Faculté (chaire vacante : M. Cruchet, dernier titulaire).

M. Mauriac, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er novembre 1926, professeur de médecine expérimentale à ladite Faculté (chaire vacante : M. Ferré, dernier titulaire).

— LYON. — M. Pic, professeur de thérapeutique, hydrologie et climatologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie à l'Université de Lyon, est nommé, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1926, professeur de clinique médicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Roque, admis à la retraite.

Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 22 octobre 1926, la chaire de thérapeutique, hydrologie et climatologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

— MONTPELLIER. — M. Delmas (Paul), agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er novembre 1926, professeur de clinique obstétricale à ladite Faculté (chaire vacante : M. Vallois (Léon), dernier titulaire). (*J. O.*, 27 oct. 1926.)

UNIVERSITÉ DE PARIS. — Au cours de la séance de rentrée de l'Université, le samedi 6 novembre prochain, le titre de docteur honoris causa sera décerné à MM. Chagas, professeur

à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro, et Medin, professeur à la Faculté de médecine de Stockholm.

PRIX NOBEL. — Le prix Nobel, de médecine, d'une valeur de 7.500 livres sterling, a été attribué au professeur Johannes Fibiger (de Copenhague) pour ses travaux sur le rôle des parasites dans la pathogénie du cancer.

UNION DES MÉDECINS MUTILÉS DE GUERRE. — Un groupe de médecins vient de jeter les bases d'une Union des médecins mutilés de guerre, dont le but est de venir en aide aux veuves et aux orphelins des médecins français morts au champ d'honneur, ainsi qu'aux camarades mutilés et invalides de guerre.

Ce groupement a chargé le docteur A. Landrin de recueillir les adhésions « de principe » et les camarades sont priés de lui écrire à l'Hôtel de la Société des ingénieurs civils de France, 19, rue Blanche, Paris.

L'Union des médecins mutilés de guerre est placée sous le patronage de l' « Association des anciens médecins des corps combattants ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Victor-Luc Bridou (de Paris) et Henri Rousseau (de Joinville-le-Pont, Seine).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Cours pratique et complet de vénéréologie*, du 3 novembre au 27 novembre 1926, sous la direction de M. le professeur Jeanselme, avec la collaboration de :

MM. Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob et Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Lemaître, professeur agrégé, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Louis; Gougerot, Lian et de Jong, professeurs agrégés à la Faculté, médecins des hôpitaux; Darré et Tixier, médecins des hôpitaux; Sézary, médecin de l'hôpital Broca; Touraine et P. Chevallier, médecins des hôpitaux; Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Marcel Sée, médecin de Saint-Lazare; Barbé, médecin aliéniste des hôpitaux; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis; Schulmann, ancien chef de clinique; Hufnagel, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis; Fouet et Terris, chefs de clinique; Mlle Éliascheff, chef de laboratoire à la Faculté; M. G. Lévy, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours aura lieu du mercredi 3 novembre au samedi 27 novembre 1926, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi, à 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures, à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du Musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire; recherche du tréponème; examens bactériologiques; réaction de Wassermann; ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Un cours semblable a lieu chaque année en mai et en novembre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 250 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE. — M. le professeur Cyrille Jeannin reprendra ses leçons, à la Clinique obstétricale de la Pitié, le mercredi 3 novembre, à 11 heures, et les continuera tous les mercredis (pendant la durée du concours de l'internat), à la même heure.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE (hôpital Cochin). — M. le professeur Pierre Delbet commencera son cours de clinique chirurgicale le samedi 6 novembre 1926, à 10 h. du matin, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le professeur Henri Hartmann commencera son cours de clinique chirurgicale le samedi 6 novembre 1926, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, 10 heures : Examen clinique et présentation de malades à l'amphithéâtre.

Samedi, 10 heures : Leçon à l'amphithéâtre.

Mercredi, 9 heures : Opérations par M. Bergeret.

Jeudi, 9 heures : Opérations par M. Okinczyc.

Lundi et vendredi, 9 heures : Opérations par M. Hartmann.

Lundi, 15 heures : Examen de malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium, par M. Hartmann.

Du lundi 8 novembre au samedi 18 décembre, tous les matins, à 8 h. 1/2 : Cours de séméiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. Okinczyc, agrégé; Bergeret et Boppe, chirurgiens des hôpitaux; Welti, prosecteur; Brouet, aide d'anatomie; Huet, chef de clinique.

COURS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. le professeur G. Roussy commencera son cours le mercredi 10 novembre, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Anatomie pathologique générale. Les processus généraux étudiés dans les divers tissus et organes. (Programme de l'examen de 3e année.)

COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Paul Mathieu, agrégé, commencera son cours le mercredi 10 novembre 1926, à 17 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Affections chirurgicales des membres.

Ce cours s'adresse plus spécialement aux étudiants de 3e année.

CONFÉRENCES DE L'ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HÔPITAUX DE PARIS. — Le dimanche 7 novembre, à 10 h., à l'amphithéâtre des concours de l'Assistance publique, M. Béclère, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine : « L'évolution actuelle de la radiothérapie. »

— Le dimanche 14 novembre, à 10 h., à l'amphithéâtre des concours de l'Assistance publique, M. Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine : « Les complications de l'ulcère gastro-duodénal; l'ulcus jéjunal. »

RENSEIGNEMENTS

FERAIS REMPLAC. interne banlieue ou près Paris jusqu'au 15 janvier; 17 inscr. — Ecrire A. P., bureaux du Journal.

REVUE GÉNÉRALE

ACQUISITIONS RÉCENTES SUR LE TÉTANOS [1]

Par L. PELLISSIER et M. NÉDELEC,

Internes des hôpitaux de Paris.

B. Les médications associées. —D'emblée, nous attirerons l'attention sur un point particulier de cette thérapeutique. Etant donné la lenteur d'action du sérum dans le tétanos confirmé, on a cherché à favoriser, à hâter l'action de l'anti- toxine sur les centres — et certains ont cru voir dans l'anesthésie (chloroforme ou éther), d'autres dans les antispasmodiques (chloral) un adjuvant précieux.

1. *L'anesthésie.* — Dufour et Duhamel, à deux reprises différentes ont relaté à la Société Médicale des Hôpitaux des observations où la chloroformisation serait venue à bout de tétanos rebelles à la sérothérapie (520 centimètres cubes en dix jours). Une amélioration subite et inattendue était immédiatement constatée après l'anesthésie.

Dufour explique ce fait par l'action du chloroforme sur les centres, qu'il rendrait plus accessibles à l'antitoxine tétanique. Ravina après lui a pratiqué des anesthésies répétées, obtenant après chacune d'entre elles une amélioration notable, pour aller en quinze jours à la guérison. Il croit à l'influence incontestable de cette méthode dans les formes graves. Bazy signale avoir obtenu les mêmes résultats en employant l'éther.

2. *Le chloral.* — Médicament classique, il aurait, pour Lemaître et Dabre une action identique. A la dose de 8 grammes par jour, en ingestion ou lavement, il décuplerait le passage dans le liquide céphalo-rachidien de l'antitoxine injectée sous la peau. Dans les cas d'urgence, de petites doses de morphine permettraient d'attendre l'action du chloral.

Les heureux effets de ce médicament ne s'arrêteraient pas là, et, pour Robineau, il aurait, en plus de son action favorable sur les contractures et les crises convulsives, une action anti-anaphylactique précieuse. Enfin, l'inconvénient relevant de ses propriétés hémolysantes serait évité par l'emploi du citrate de soude (Riou).

Il reste à parler des autres méthodes. Pas de faits nouveaux rapportés en faveur du sulfate de magnésie (Griffon et Lian) ou du persulfate de soude intraveineux, si ce n'est deux échecs thérapeutiques de Petridis : aucune action sur les contractures.

L'acide phénique, sauf en Italie, ne semble pas avoir de nouveaux partisans. Grollet rapporte l'expérience de Taskin. Elle montre la toxicité pour le chien, chez qui la mort par intoxication fut obtenue avec une dose représentant le quart de la dose dite mortelle. Modinos relate cependant trois cas personnels guéris par la méthode de Baccelli, remarquables par les petites doses de sérum employées (20 centimètres cubes quotidiens), Barbier l'emploie conjointement avec le sérum sous-cutané. L'opinion de Salvelli, rapportée par Rœderich est que, si le sérum neutralise la toxine encore mal fixée, l'acide phénique agirait sur la toxine qui a déjà imprégné les centres nerveux.

On voit que la préoccupation constante des auteurs est d'agir sur les centres, que ce soit par l'association de quelque médicament ou par une voie qui permette de les atteindre plus rapidement. Corset et Papajoglou rapportent des accidents survenus après emploi de l'acide phénique par voie veineuse et cérébrale.

Signalons que Mandl publie un cas où il met sur le compte d'une injection épidurale de 50 centimètres cubes de novocaïne à 1 p. 1000 une amélioration manifeste et rapide, malgré un traitement sérothérapique correct (1.400 unités en huit jours par voie intraveineuse, intramusculaire et rachidienne). Deux effets heureux sont en tous cas à retenir, ils ont une portée pratique immédiate : l'injection dans les muscles contracturés amène une cessation temporaire de la contracture. L'alimentation devient possible par injection dans les masséters. Pratiquée dans les muscles spinaux, elle vaincrait l'opisthotonos. La ponction lombaire en serait facilitée, ce qui remédierait à une des difficultés pratiques de la sérothérapie intrarachidienne.

Lehuerre signale enfin qu'à Dakar il a obtenu un abaissement de 77 à 20 p. 100 du taux de la mortalité, avec le sulfate d'atropine à la dose de 1/4 de milligramme sous-cutané par jour, associé à la sérothérapie massive sous-cutanée.

La conclusion générale paraît donc être la suivante : sérothérapie à hautes doses. Certains agents thérapeutiques (chloral, chloroforme) semblent favoriser l'imprégnation des centres par l'antitoxine. Il semble bien que cette imprégnation, dans les conditions habituelles où le sérum est employé seul, et *a fortiori* par voie exclusivement sous-cutanée, se fasse tardivement, même dans les formes peu graves. Il y a toujours intérêt à associer la voie intrarachidienne, et en tous cas elle est indiquée d'emblée dans les tétanos immédiatement graves, où il faut frapper fort et vite.

C. Les accidents. — Les accidents dus à l'emploi du sérum, et dont nous allons voir la fréquence et l'importance dans ces dernières années, ont orienté les travaux des biologistes.

D'abord vers la purification du sérum (le débarrasser des substances toxiques).

Ensuite vers l'accroissement de son pouvoir immunisant.

C'est ainsi que furent successivement proposés le sérum purifié, l'anatoxine (Ramon et Descombey), la cryptotoxine (Vincent) et qu'on en vient à la réalisation de la vaccination antitétanique, dont l'intérêt domine de haut l'étude actuelle du tétanos.

Parmi les accidents observés :

1. Les uns survinrent *au cours même du traitement curatif*;
2. Les autres *après l'injection préventive.*

1. On sait que les injections sériques agissent sur le réveil des spasmes tétaniques (Dufour). Schreiber rapporte même à cette origine l'exagération du trismus consécutive aux premières injections, contrastant avec la rétrocession des contractures et des convulsions. Le trismus relèverait alors d'une arthralgie temporo-maxillaire d'origine sérique. En dehors de ces petits faits d'observation, des accidents banaux, de nature non douteuse (urticaire, fièvre, prurit intense) sont fréquemment signalés, mais ils sont facilement curables :

Par l'autohémothérapie : six heures après 1 seule

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 85, p. 1365.

injection de 20 centimètres cubes d'auto-sang (Didier et Mathieu) ;

Par l'hétéro hémothérapie : I à II gouttes de sérum de cheval (Flandin).

Lesné signale, par contre, que chez les enfants, ces pratiques sont nocives, qu'elles amènent presque toujours une recrudescence des accidents.

En tout cas, la réinjection, même sous-cutanée est à répéter chez ceux qui font des accidents anaphylactiques précoces (Boidin). C'est aux environs du quatorzième jour qu'il faut redoubler de prudence, et Lesné souligne le danger de la voie intrarachidienne quatorze jours après le début de la sérothérapie. A ce moment, le chloroforme serait particulièrement actif et empêcherait la production de ces accidents sériques (Louis Martin).

2. Beaucoup plus intéressants sont les cas où les accidents furent consécutifs à l'injection préventive.

Insistons sur les paralysies, à cause de leur fréquence, mais plus encore à cause de leur localisation, remarquable par sa constance, aux membres supérieurs.

Le début en est brutal, six à douze heures après l'injection, par des douleurs vives dans les épaules et les bras.

Une paralysie s'installe rapidement, plus ou moins marquée, avec abolition des réflexes tendineux des membres supérieurs, et même des réflexes rotuliens.

Les troubles sensitifs sont rares, à topographie radiculaire, toujours temporaires.

L'amyotrophie est de règle, et elle sera tenace, constituant un des troubles les plus caractéristiques.

Les troubles électriques sont constants, réaction de dégénérescence totale ou partielle, hypoexcitabilité — et même contractions fibrillaires (un cas de Sainton, Descouts, Le Clerc).

Le traitement est celui de toute névrite aiguë douloureuse : repos, calmants au début, puis toniques nerveux (strychnine à doses progressives, prudemment) à l'exception de l'arsenic. Le massage très doux, les bains de lumière, et même les courants continus sont à mettre en œuvre contre l'amyotrophie.

Le pronostic reste bon, mais à longue échéance. Un an et plus sont nécessaires, même dans les cas heureux pour obtenir une restitution presque complète. Il existe encore des cas de guérison incomplète.

Si les descriptions des auteurs concordent en tous points, l'origine de ces accidents est par contre discutée. Sainton, Souques, arguant de la coïncidence d'accidents anaphylactiques banaux pensent qu'ils sont de même nature. Sicard et Rimbaud les croient dus à une réaction hémoclasique profonde : œdème tronculaire, funiculaire ou même médullaire toujours associé à des manifestations d'ordre général (urticaire bouffissures, érythèmes, arthralgies, fièvre).

La localisation anatomique si particulière par sa constance même s'expliquerait par les conditions électives au niveau du plexus brachial : compression, obliquité des racines et disposition des gaines rachidiennes (Thévenard).

Jean Lépine, de Lyon, nie leur origine anaphylactique et les rapporte à une susceptibilité particulière des sujets à l'égard des substances toxiques contenues dans le sérum.

Mais des faits plus graves furent observés. Dans l'observation de Clunel, l'état pathologique antérieur du sujet (vieil artério-scléreux) peut expliquer l'allure particulièrement intense de la réaction. Cordier, Morenas et Delore incriminent un état de débilité surrénale pour justifier les phénomènes d'insuffisance surrénale grave, mais curable, survenue dix jours après une injection préventive de 10 centimètres cubes chez un sujet de dix-sept ans.

Le cas de Corket est superposable. La mort survint dix jours après deux injections de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique, à vingt-quatre heures d'intervalle, chez un jeune homme, avec douleurs dans la paroi abdominale, érythème pseudo-érysipélateux, escarre au niveau des dernières côtes. Phénomène d'Arthus, ou septicémie due à l'emploi d'un sérum non stérile ?

Reste le cas de Deroide (de Calais), le plus troublant, où la mort subite fut consécutive à la primo-injection sous-cutanée de sérum anti-tétanique. Ici, sérum présentant toutes les garanties voulues. Pas d'injection de sérum ou d'albumine étrangère préparante ni chez l'enfant en question, ni chez ses parents. Pas de manifestations cliniques telles que asthme, urticaire, convulsions, indiquant un terrain prédisposé. A retenir simplement une lourde hérédité névropathique, ainsi qu'il ressort de l'enquête sévère de Deroïde : en somme, pas d'anaphylaxie acquise.

Faut-il conclure avec l'auteur à l'existence possible d'un incompatibilité d'un sérum thérapeutique avec les humeurs du malade à traiter ? Y a-t-il eu floculation du sérum sanguin ? (Lumière), en tous cas, Deroide recommande, à la suite de ce désastre, d'employer la méthode si simple de Besredka : dilution de 1 centimètre cube du sérum à injecter dans 20 centimètres cubes de sérum physiologique, injecter 1/5, puis de dix en dix minutes 1/2, 1 centimètre cube, 2, 5, 10, puis 1 centimètre cube de sérum pur, enfin la totalité de la dose.

Précaution qui lui semble pour le moins utile chez les urticariens, les migraineux, les goutteux, chez « tous les sujets dont l'équilibre colloïdo-humoral semble instable ».

IV. **Faits expérimentaux et biologiques.** — Ce sont ces accidents qui ont conduit à chercher d'autres modes thérapeutiques. Or, la notion toute récente des *anatoxines* ouvre le plus bel avenir à la vaccination antitétanique.

1. **Le sérum purifié.** — Pour éviter les accidents sériques, L. Martin a préconisé le nouveau sérum purifié de l'Institut Pasteur : en éliminant sérine et globuline, on a un sérum fort peu toxique, ne donnant pratiquement jamais d'accidents anaphylactiques.

2. **Les cryptotoxines.** — Vincent a rappelé que depuis fort longtemps il a prouvé l'atténuation de la toxine tétanique par le palmitate de sodium. Alors qu'une dose mortelle tue le cobaye en quatre jours, on peut injecter de 100 à 600 doses semblables de toxine modifiée sans aucun résultat.

3. **L'anatoxine** : mais c'est l'anatoxine tétanique qui offre le plus d'intérêt. On sait que l'anatoxine, découverte par Ramon, est une toxine qui a perdu ses propriétés toxiques tout en conservant ses propriétés immunisantes.

Descombey a préparé, suivant la méthode de Ramon, une anatoxine antitétanique en traitant la toxine par le formol à 5 p. 1000 et par le passage à l'étuve à 39 degrés pendant quelques semaines. Cette anatoxine, inoculée au cheval, permet d'obtenir un sérum très riche en unités antitoxiques. On peut en apprécier la valeur immunisante par la vitesse de

floculation lors du mélange *in vitro* d'anatoxine et de sérum antitétanique.

Ramon et Descombey ont ainsi pu modifier la préparation du sérum antitétanique : au lieu de toxine, ils injectent au cheval de l'anatoxine à doses croissantes, et le sérum obtenu est particulièrement riche en antitoxine, surtout si l'on a provoqué en même temps une réaction locale par injection sous-cutanée de poudre de tapioca.

4. **La vaccination antitétanique** : ces propriétés hautement immunisantes de l'anatoxine ont fait tenter la vaccination antitétanique.

Les résultats furent concluants chez l'animal, et Ramon et Laffaille, après de nombreuses expériences sur le cobaye et le lapin, ont montré que l'on peut vacciner contre le tétanos — soit en injectant l'anatoxine seule — soit en injectant simultanément en deux points différents l'anatoxine et le sérum : cette dernière méthode donne une immunité immédiate vis-à-vis d'un tétanos immédiatement menaçant, quitte à donner plus tard une immunité plus durable par l'injection d'anatoxine seule.

La vaccination chez l'homme paraissait donc possible, et des essais ont été entrepris par Ramon et Zœller.

L'injection d'anatoxine (1/2, puis 1, puis 2 centimètres cubes à quinze puis quarante jours d'intervalle) ne donne aucune réaction locale ou générale, et dès la première injection se trouve développée l'aptitude à préparer de l'antitoxine : les nouvelles injections provoquent la formation d'unités antitoxiques de manière intensive.

Ces auteurs ont enfin prouvé que l'injection simultanée de sérum antitétanique ou de vaccin antityphique T. A. B. n'entrave pas l'immunisation active par l'anatoxine — et même souvent la favorise.

Bref, il semble qu'on peut espérer la réalisation pratique de la vaccination contre le tétanos. Certes il faut longtemps pour conférer cette immunisation active — et chez un sujet non vacciné on devra toujours employer la sérothérapie, qui reste une méthode d'urgence.

Pour aller vite, on pourra injecter en même temps sérum et anatoxine. Chez le sujet préparé par vaccination à l'anatoxine, il suffira enfin, au moindre traumatisme suspect, de faire une *injection de rappel*, qui mettra en circulation à bref délai des doses d'antitoxine tétanique suffisantes pour préserver contre le tétanos.

On voit par là que de ces recherches biologiques et expérimentales semble naître la méthode thérapeutique sans doute la plus pratique, peut-être la plus efficace, capable d'empêcher l'éclosion de ce tétanos qui, déchaîné, reste toujours difficile à soigner, souvent impossible à guérir.

BIBLIOGRAPHIE

1° **Etiologie.** — L. Bérard et A. Lumière. Hématomes sous-unguéaux et tétanos, *Presse méd.*, 1924, n° 59.

Ferry. Hématomes sous-unguéaux et tétanos, *Presse méd.*, 1924, n° 79.

Auvray et Frantz. Le tétanos utérin d'origine puerpérale, *Gaz. des hôpit.*, 21 juillet 1926, n° 58.

Connert. Tétanos consécutif à un coup de bec d'ongle, *Deut. med. Woch.*, 26 déc. 1924, n° 52.

Javchi. Tétanos consécutif à une brûlure par cigare, *Presse méd.*, 1925, p. 638.

Petridis. Tétanos consécutif à une morsure, *Presse méd.*, 11 mars 1925.

Kotsis. Un cas de tétanos consécutif à des injections intra-musculaires de bichlorydrate de quinine, *Bull. méd.*, 16-19 janv. 1924.

Schmuzigen. Un cas de tétanos à porte d'entrée au niveau d'un ulcère de jambe, *Deut. Zeit. f. Chir.*, Leipzig, nov. 1924.

Bell et Holmes A. Court. Un cas de tétanos à point de départ dentaire, *Med. Journ. of Australia*, fév. 1925, n° 8.

2° **Clinique.** — Foote. Tétanos généralisé aigu, *Brit. med. Journ.*, juin 1925, n° 3362.

Morea. Sur un cas de tétanos localisé aux membres inférieurs, *Revista di chir.*, juin 1923, n° 3.

Marinescu et Gottlieb. Tétanos localisé suraigu récidivé sous forme généralisée après opération, *Revista di chir.*, Bucarest, janv. 1923, n° 1.

Lemanski. Tétanos céphalique partiel avec prédominance droite, *Paris méd.*, juillet 1924, n° 28.

Goffin et Buggenhout. Tétanos céphalique suivi de généralisation. Sérothérapie, choc sérique, guérison, *Le Scalpel*, Bruxelles, août 1924, n° 35.

Béco. Tétanos de Rose à marche aiguë, *Bruxelles méd.*, 1926, n° 29.

Bujadoux. Tétanos céphalique après blessure du globe oculaire, *Soc. de méd. et des sciences méd. de Lyon*, 29 avril 1925.

Ursu. Tétanos partiels (formes monoplégiques), *Spitalul*, Bucarest, sept. 1925, n° 9.

Sabrazès, Flye Sainte-Marie et de Grailly. Le liquide céphalo-rachidien des tétaniques, *Réunion biol. de Bordeaux*, 9 déc. 1924.

Gauducheau. Travail des réactions électriques des muscles et des nerfs pendant la convalescence du tétanos, *XXVIIIe Congrès de neurol.*, Bruxelles, août 1924.

Sabrazès, de Grailly et Ducasse. Sur un cas de tétanos à forme cérébrale, *Soc. anat.-clin. de Bordeaux*, mars 1924.

Rocher et Moles. Considérations sur le tétanos de l'enfant, *Journ. de méd. de Bordeaux*, mars 1924, n° 5.

Voudouris. Tétanos du nouveau-né, *Soc. de péd.*, 24 avril 1925.

Alois Bratush-Marrain. Observations sur le tétanos des nouveau-nés, *Arch. f. Kind.*, Stuttgart, mars 1924.

Vodoz. Un cas de tétanos néo-natorum guéri par le sérum antitétanique, *Revue méd. de la Suisse romande*, mai 1925, n° 6.

Satta. Tétanos postopératoire, *Chir. degli org. di mov.*, 1924, fasc. 6.

Bouchut et Bonafé. Tétanos postopératoire, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1er mai 1923.

Renoirdre et Lefèvre de Arric. Un cas de tétanos postopératoire, *Soc. clin. des hôpit. de Bruxelles*, 9 mai 1925.

Henrotay. Un cas de tétanos après grossesse ectopique opérée, *Bruxelles méd.*, 1er mars 1925, n° 18.

Mosti. Sur le tétanos postopératoire, *Il Policlinico* (section pratica), mai 1925, n° 18.

Bivona. Un cas de tétanos chez un opéré de résection du genou, *Ibid.*

Péhu et Mantelin. Récidive spontanée de tétanos céphalique après cinq mois de guérison, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, janv. 1924.

L. Bérard et A. Lumière. Rechutes et récidives du tétanos, *Presse méd.*, juillet 1925, n° 59.

Hürter. Tétanos chronique récidivant, *Med. Klin.*, Berlin, fév. 1925, n° 6.

Lance. Gibbosité et déformations thoraciques considérables consécutives à des crises de tétanos, *Soc. de péd.*, réunion annuelle, mai 1925.

L. Bérard et A. Lumière. A propos du diagnostic différentiel du tétanos, *Paris méd.*, sept. 1924.

Buzello. Sur le diagnostic précoce du tétanos humain, *XLIXe Congrès des Soc. allemandes de chir.*, Berlin, avril 1925.

Balthazard et Caffort. Etude médico-légale du tétanos, *Soc. de méd. légale*, juillet 1926.

3° **Traitement.** — Philibert. Traitement du tétanos, *Progrès méd.*, fév. 1925, n° 6.

Trabaud et Bauer. Deux observations de tétanos déclaré guéri par sérothérapie massive, *Soc. de méd. des hôpit. de Paris*, oct. 1924.

DANHIEZ et DESMIDT. Une observation de tétanos grave guéri par sérothérapie intensive, *Soc. de méd. du Nord*, oct. 1924.
MORENAS et SEDAILLAN. Action curatrice de la sérothérapie massive dans le tétanos, *Lyon méd.*, 30 nov. 1924, n° 48.
PÉTRIDIS. Tétanos tardif guéri par des doses massives de sérum, *Soc. nat. de chir.*, 24 juin 1925.
JAGNOV. Doses massives dans le traitement curatif du tétanos, *Paris méd.*, nov. 1924.
LEENHARDT, REVERDY et GOUDARD. A propos d'un cas de tétanos guéri par la sérothérapie, *Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier*, 2 juillet 1926.
SAADA. Sérum antitétanique dans le tétanos généralisé, *Soc. de méd. et d'hyg. du Maroc.*
ROGER, CHABRUT et Mlle JAYRAUD. Tétanos aigu généralisé guéri par sérothérapie intensive, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône.*
CORKILL. Traitement du tétanos, *Brit. med. Journ.*, 1924, p. 3281.
ROSEBY. Traitement du tétanos, *Med. Journ. of Australia*, oct. 1923, n° 14.
BELLONI. Le sérum antitétanique dans le traitement du tétanos, *Revista di chir.*, oct. 1923, n° 5.
LAMY. Un cas de tétanos traité par le sérum antitétanique, *Medicina moderna*, Porto, déc. 1923.
DUMITRESCU et TORNOVICI. Sur le traitement du tétanos par les doses massives de sérum, *Spitalul*, mai 1924, n° 5.
SEGOVIANO. Un cas de tétanos guéri par le sérum antitétanique, *El Siglo méd.*, Madrid, mai 1925, n° 3728.
BERGAMINI. Prophylaxie et traitement du tétanos, *Clin. chir.*, mars 1926, fasc. 3.
PANSERA. Sur le traitement du tétanos, *Gazz. degli osped. et delle clin.*, avril 1926, n° 14.
ROBINEAU. Sérothérapie intrarachidienne curative dans le tétanos aigu, *Soc. nat. de chir.*, 14 oct. 1925.
DUFOUR et DUHAMEL. Chloroformisation et sérum antitétanique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 mars 1925.
HEUYER et Mlle PETOT. Tétanos et injections massives de sérum antitétanique, *Soc. de péd.*, 20 oct. 1925.
MODINOS. Sur le traitement du tétanos, *Journ. des prat.*, nov. 1923, n° 47.
GIANNATEMPO. Contribution à la pathogénie du tétanos et à son traitement par l'acide phénique, *Il Policlinico* (section pratica), oct. 1924, n° 42.
FAMIGLIETTI. Contribution clinique au traitement du tétanos par la méthode de Baccelli, *Il Policlinico* (science pratica), nov. 1925, n° 48.
GROLLET. A propos du traitement du tétanos par la méthode de Baccelli, *Soc. de pathol. comparée*, 13 avril 1926.
MANDL. Efficacité de l'injection épidurale de cocaïne dans un cas de tétanos, *Centralbl. f. Chir.*, 8 fév. 1924, n° 8.
LÖBER. Traitement du tétanos par les injections épidurales de novocaïne, *Deut. med. Woch.*, Berlin, août 1924, n° 34.
LANDOW. Mon expérience du traitement du tétanos par les hautes doses de sulfate de mg en injections intramusculaires, *Deut. Zeit. f. Chir.*, fév. 1925.
LEHUERRE. Sulfate d'atropine et sérothérapie dans le traitement du tétanos, *Soc. de pathol. exotique*, janv. 1926.

4° **Accidents.** — DIDIER et MATHIEU. Traitement des accidents sériques par l'autohémothérapie, *C. R. de la Soc. méd. de Nancy*, 6 fév. 1925.
Jean LÉPINE. Les paralysies du plexus brachial par sérothérapie antitétanique, *Journ. de méd. de Lyon*, juin 1924, n° 107.
SOUQUES, LAFOURCADE et TERRIS. Paralysie du plexus brachial après sérothérapie, *Soc. méd. des hôpit.*, mai 1924 ; — Nouveau cas de polynévrite consécutive à l'injection de sérum antitétanique, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 déc. 1924.
SAINTON, DESCOUTS et LE CLERC. Parésie dissociée des membres supérieurs consécutive à la sérothérapie antitétanique. Contractions fibrillaires. Importance des réactions électriques pour le diagnostic des formes frustes, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 mai 1926.
SICARD, DE GENNES et COSTE. Paralysie après sérothérapie antitétanique, *Soc. méd. des hôpit.*, oct. 1923.
RIMBAUD. Paralysie postsérothérapique antitétanique, *Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 27 fév. 1925.
THÉVENARD. Paralysie postsérothérapique, *Soc. méd. des hôpit.*, 2 juillet 1926.
CORKET. Accidents mortels consécutifs à l'emploi du sérum antitétanique, *Année méd. de Caen et de la Basse-Normandie*, janv. 1925, t. XLVI, n° 1.
CLEVET. Accidents graves à la suite d'une injection de sérum antitétanique chez un artério-scléreux, *Soc. de méd. du Nord*, juillet 1923.
CORDIER, MORENAS et P. DELORE. Insuffisance surrénale grave et curable, vraisemblablement consécutive à l'injection de sérum antitétanique, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 17 mars 1925.
DEROIDE. Un cas de mort subite consécutive à une primo-injection sous-cutanée de sérum antitétanique, *Progrès méd.*, 4 juillet 1925, n° 27.

5° **Faits expérimentaux et biologiques.** — DESCOMBEY. L'anatoxine tétanique, *Soc. de biol.*, juin 1924.
L. MARTIN. Sur un sérum antitétanique purifié, *Soc. de chir.*, 3 fév. 1926.
RAMON et ZOELLER. De la valeur antigène de l'anatoxine tétanique chez l'homme, *Acad. des sciences*, 11 janv. 1926; — Vaccination antitétanique chez l'homme, *Acad. de méd.*, 2 fév. 1926.
RAMON. Procédé pour accroître la production des antitoxines, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1er janv. 1926.
RAMON et ZOELLER. La vaccination par les vaccins associés, *Paris méd.*, 5 juin 1926.
VINCENT. Sur les propriétés générales des cryptotoxines, en particulier de la cryptotoxine tétanique, *Acad. des sciences*, 31 mai 1926.
NATTAN-LARRIER, RAMON et GRASSET. L'immunité antitétanique chez les nouveau-nés, *Acad. des sciences*, août 1926.

XXXVe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE [1]

(Paris, 4-9 octobre 1926.)

TROISIÈME QUESTION

TRAITEMENT DES ARTHRITES GONOCOCCIQUES EN ÉVOLUTION

Résumé du rapport de M. MONDOR (de Paris).

Il est peu d'affections dont la thérapeutique soit aussi débattue que celle des arthrites gonococciques, chacun se souvenant avoir observé des échecs lamentables aussi bien après un traitement médical qu'après un traitement chirurgical.

Ces catastrophes s'expliquent par la méconnaissance du diagnostic, ou tout au moins par le retard qu'on a mis à le porter.

Pour cette raison l'étude du traitement ne saurait être séparée de celle du diagnostic; la thérapeutique ne vaudra que si celui-ci est exact et précoce.

Diagnostic clinique. — Toutes les formes sont susceptibles de s'associer, de se superposer, de se succéder chez un même malade.

I. LA POLYARTHRITE peut être toute la maladie, ou simplement le prélude d'une monoarthrite terminale. De toutes les articulations touchées, c'est souvent la moins atteinte en apparence qui va brusquement s'ankyloser.

II. LES MONOARTHRITES se présentent sous des aspects très variables : elles peuvent être « sèches » ou « avec épanchements » séreux, séro-fibrineux ou purulents.

Il est classique de dire que les pyarthroses gonococciques

Association de la Presse médicale française.
(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 83, p. 1333, et n° 85 p. 1369.

sont rares si tant est qu'elles existent. Elles sont en réalité très fréquentes.

Il est impossible cliniquement de déterminer à coup sûr la nature de l'épanchement, la ponction exploratrice peut seule trancher la question.

Ces différentes formes évoluent d'une façon aiguë ou subaiguë, parfois sans grande réaction fébrile; toutes sont susceptibles d'aboutir rapidement à « l'arthrite pseudo-phlegmoneuse ».

Il existe des formes prolongées, ce sont les cas les plus fréquents. La spondylite gonococcique, la polyarthrite noueuse déformante en sont les types communs. Beaucoup de « rhumatismes chroniques » relèvent en réalité du gonocoque.

Il existe aussi des formes à rechutes, des formes récidivantes semblant coïncider avec une réinfection.

Les formes septicémiques, surtout doivent être connues des chirurgiens. Transitoires et bénignes d'aspect, ou d'allure inquiétante d'emblée, elles comportent un pronostic grave. En présence d'une polyarthrite même avec lésions cardiaques, avant d'affirmer qu'il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu, il importe de tout mettre en œuvre pour dépister le gonocoque.

Enfin, les arthrites puerpérales, assez fréquemment, n'ont pas d'autre cause. On les voit pendant la grossesse ou après l'accouchement. Les arthrites du nourrisson ont souvent la même origine, elles expliquent peut-être certains cas de luxations congénitales de la hanche.

Lenteur du diagnostic. — Le plus souvent, on perd un temps précieux à tenter l'épreuve du salicylate de soude, ou bien l'on croit à un phlegmon, à une tuberculose articulaire, à un sarcome des os, aux conséquences d'un traumatisme banal.

Il faut avouer qu'il y a des formes frustes, des cas mixtes à diagnostic inextricable et qu'il n'est pas toujours aisé de se faire rapidement au lit du malade, une opinion définitive.

La radiographie peut aider considérablement la clinique. Elle peut surtout éclairer le pronostic en montrant l'étendue des lésions. Celles-ci sont de deux sortes :

a. Lésions destructives : elles sont caractérisées par l'ostéoporose aiguë avec contours flous et aspect gris floconneux des épiphyses, déminéralisation massive — ou par l'ostéoporose subaiguë avec aspect perlé, vacuolaire des épiphyses.

b. Lésions constructives : elles consistent en exostoses, péri-ostoses, hyper-ostoses, luxations pathologiques.

Il ne suffit pas de voir les lésions, il faut encore les interpréter et ne pas tomber dans cette erreur fréquente qui consiste à prendre pour de la tuberculose tout processus décalcifiant, pour de la syphilis et du cancer toute lésion productrice.

La radiographie est encore indispensable à la direction et à la surveillance du traitement.

Schématiquement « une arthrite sans signes radiologiques doit bien guérir. Une décalcification brutale et précoce est un avertissement sérieux. Les contours noyés, l'usure cartilagineuse sont des signes sévères; la récalcification traduit la convalescence. L'exubérance des ostéophyses, les déformations épiphysaires, les longues exostoses le long des ligaments obligent encore à des réserves.

Diagnostics bactériologique et cytologique. — Le diagnostic n'est certain qu'après la découverte du gonocoque. La recherche en est parfois difficile, mais elle est d'une importance telle qu'elle doit être poursuivie avec acharnement. Les examens porteront sur le pus d'une uréthrite souvent latente parfois guérie en apparence; on se souviendra que le gonocoque peut subsister dans les vésicules ou la prostate, d'où l'utilité du massage de la prostate et de la spermoculture.

Chez la femme la recherche sera répétée aussi longtemps qu'il le faudra dans le pus de la vulvite, de l'uréthrite, à l'orifice des glandes de Bartholin, au niveau du col, de préférence pendant ou après les règles.

Deux affirmations, pourtant classiques, sont à rejeter :

1. Le gonocoque est rarement en cause dans les arthrites gonococciques;

2. Le gonocoque a une vitalité éphémère dans les articulations. En réalité, il est présent dans les articulations lésées. On le trouve parfois à l'examen direct du liquide; le plus souvent, une culture est nécessaire.

L'examen cytologique du liquide articulaire est important pour la fixation du pronostic. Si « mononucléose » signifie évolution vers la guérison, elle ne signifie pas « guérison obtenue ». Dans les formes lentes, de grands dégâts sont encore possibles malgré la persistance de la formule mononucléée.

Diagnostic biologique. — Le séro-diagnostic, les réactions générales et locales au cours de la vaccinothérapie ont leur intérêt, mais on doit attacher une importance capitale à la « gono-réaction ».

Etude anatomique. — Les lésions des synoviales et des cartilages sont les mieux connues; les plus importantes sont les lésions ostéo-périostiques.

A. Lésions périostiques. — Il s'agit, soit de périostites, soit de périostoses pouvant aboutir à de véritables exostoses volumineuses ou même à l'ostéopériostite hypertrophiante.

B. Lésions osseuses. — Il faut distinguer : l'ostéomyélite et l'ostéite.

Les lésions osseuses sont-elles secondaires à l'arthrite et déclanchées après effraction des cartilages, ou bien l'ostéite est-elle primitive et l'arthrite secondaire? Les opinions sont partagées. Quoi qu'il en soit, il semble que les formes bénignes sont purement synoviales, les formes de gravité moyenne, synoviales et périsynoviales, les formes les plus graves, ostéo-articulaires.

Histologie. — Dans les arthrites aiguës, les lésions sont surtout marquées au niveau de la synoviale, notamment au voisinage de son bord libre. On y trouve en particulier des amas de leucocytes autour des vaisseaux et des colonies microbiennes nombreuses.

Dans les arthrites prolongées, quelle que soit l'épaisseur de l'infiltration phlegmoneuse, les lésions synoviales sont encore primordiales; elles sont d'autant plus marquées qu'on s'approche davantage de la face articulaire de la séreuse.

L'examen histologique confirme donc que le gonocoque se tient toujours dans la synoviale et qu'il y mène une existence très tenace. Dans les formes prolongées on note des lésions cartilagineuses.

Classification des formes anatomiques. — On peut distinguer :

1. Les synovites légères, sèches, habituellement fugaces (arthralgies).
2. Les synovites à épanchement séreux, séro-fibrineux, purulent.
3. Les synovites phlegmoneuses.
4. Les chondro-synovites (arthrites prolongées).
5. Les ostéo-arthrites : phlegmoneuses le plus souvent (panarthrites graves).

La coxite gonococcique. — Pour souligner les difficultés du diagnostic et par suite du traitement, l'auteur analyse un cas de coxite gonococcique, localisation généralement peu connue et d'une gravité considérable.

Dans le cas donné, le diagnostic ne fut fait qu'au bout de trois semaines. En dépit d'une immobilisation plâtrée et d'un traitement vaccinothérapique bien conduit, l'affection se termina par une luxation pathologique de la hanche.

Solitaire ou parfois associée à d'autres localisations, en particulier à la spondylite, la coxite peut présenter tous les types anatomo-cliniques précités.

Les signes les plus frappants sont la douleur atroce, l'attitude de relâchement articulaire et l'atrophie musculaire précoce.

La localisation de l'affection à la hanche se fait par l'étude méthodique de l'impotence fonctionnelle et des contractures.

Poser le diagnostic de coxite aiguë chez un sujet à maladie soudaine et fébrile, c'est rechercher aussitôt son origine blennorragique, c'est dépister le gonocoque par tous les moyens.

La radiographie répétée renseigne sur l'importance des altérations ostéo-articulaires, lésions graves par ostéoporose et ulcérations compressives.

Comme l'ostéoporose s'étend au col et au delà, toute tentative de réduction doit être des plus prudentes.

Certains cas peuvent aller jusqu'à l'effondrement cotyloï-

dien et acétabulaire et même jusqu'à la luxation intrapelvienne.

Des déformations du col fémoral, des subluxations, des ostéoarthrites déformantes ou ankylosantes, des viciations du bassin sont les séquelles fréquemment observées de cette redoutable affection.

Cet excellent travail se termine par l'exposé des statistiques personnelles de l'auteur.

Résumé du rapport de M. Michel (de Nancy).

Il n'y a pas de traitement spécifique de la blennorragie articulaire. Toutes les méthodes peuvent donner des résultats, mais avec toutes on peut avoir des échecs.

L'indication primordiale est la suppression de la douleur. Elle seule permet la mobilisation précoce qui empêchera l'ankylose.

L'immobilisation est à rejeter.

La massothérapie immédiate seule ou combinée à la mobilisation calme la douleur, lutte contre l'ankylose, mais demande la plus grande prudence.

L'air chaud, l'électrothérapie, la radiumthérapie ont une action salutaire; ce ne sont là cependant que des méthodes adjuvantes; elles ne doivent dans aucun cas retarder l'application d'une thérapeutique plus efficace.

Parmi les procédés nouveaux, on peut retenir les injections intraveineuses de salicylate et d'hyposulfite de soude qui diminuent manifestement la douleur.

En même temps qu'on lutte contre cette douleur, il faut lutter contre l'infection.

a. L'emploi du mercurochrome vanté en Amérique expose à de violentes réactions et à des complications à distance (stomatite, albuminurie). Il a à son actif d'incontestables succès.

b. Plus maniable est l'actinothérapie qui paraît être une méthode d'avenir.

c. La protéinothérapie mérite d'être utilisée, en particulier sous forme d'injections de lait ou de sang hémolysé suivant le procédé de Descarpentries.

d. La sérothérapie, spécifique ou non, donne des résultats par voie hypodermique, intraveineuse ou intraarticulaire.

1. *Sérothérapie non spécifique*. — On a employé le sérum antidiphtérique et le sérum antiméningococcique. Il ne s'agit là en réalité que de protéinothérapie.

Le sérum de Stérian polymicrobien, antigonococcique préparé à l'aide d'un antigène récolté dans le pus blennorragique donne de fortes réactions.

2. *Sérothérapie spécifique*. — Elle paraît capable de lutter plus efficacement contre les douleurs et les lésions articulaires; pourtant, utilisée par voie hypodermique ou intra-musculaire, son action semble nulle. Il est préférable de s'adresser à la méthode des injections intra-articulaires ou intra-veineuses.

La sérothérapie intra-articulaire donne des résultats excellents même dans des cas très graves. Cependant, au cours du traitement peut se produire une arthrite sérique qui constitue une indication formelle d'interventions sanglante.

La sérothérapie intra-veineuse peut donner des succès, mais en raison des chocs qu'elle entraîne parfois, elle ne constitue qu'une méthode d'exception.

e. L'auto sérothérapie suivant le procédé de Dufour consiste à réinjecter sous la peau du liquide articulaire même purulent. Il ne se produit pas d'accidents séro-toxiques.

f. La vaccinothérapie utilise les vaccins suivants :

Vaccins du type Institut Pasteur;
— sensibilisés de Besredka;
— additionnés d'antiseptiques (Ranque et Senez-Dmézon).
— stérilisés par des procédés physiques (Wright-Renaud);
— huileux (lipugon);
— à germes associés (Creuzé, Rhéantine, Bruschettini).

Dans tous les traitements vaccinothérapiques, il importe dès qu'une amélioration se dessine nettement, de suspendre momentanément ou défintivement les injections, les doses trop fortes pouvant déterminer une phase négative prolongée.

Au début du traitement, on utilisera surtout les vaccins aqueux, à la fin on donnera la préférence aux vaccins huileux.

Les formes polyarticulaires et hydarthroniques sont les plus sensibles à la vaccinothérapie.

Les vaccins doivent être administrés par voie sous-cutanée. La voie intra-articulaire ne peut être employée qu'exceptionnellement car elle expose à des réactions marquées,

Les auto-vaccins donnent de bons résultats, mais leur préparation est fort délicate (spermoculture).

g. La ponction peut être « simple » ou suivie de la réinjection du liquide articulaire sous la peau. On peut encore introduire dans l'articulation une substance modificatrice, ou combiner la ponction et la sérothérapie. Dans ces différents cas la mobilisation doit suivre immédiatement la cessation de la douleur.

La ponction « élargie » au bistouri, permet à la fois le nettoyage de l'articulation, la séro et vaccinothérapies intra-articulaires.

h. L'arthrotomie est suivie de résultats remarquables, exceptionnellement aussi, il faut l'avouer, d'échecs retentissants. Les insuccès se voient surtout dans les cas de chondrosynovites et de panarthrites phlegmoneuses, qui, malgré le trastement chirurgical aboutissent souvent à l'ankylose.

Voici la technique à conseiller : arthrotomie plus ou moins élargie suivant l'articulation lésée, lavage et fermeture immédiate sans drainage, mobilisation rapide, active si possible et cependant prudente.

Dans les formes hydropiques, les indications de l'arthrotomie sont discutables; elles sont au contraire absolues dans les formes suppurées.

Le drainage est à éviter. Il peut être l'origine d'infections secondaires graves.

A toute arthrotomie, on aura bénéfice à ajouter la séro ou la vaccinothérapies intra-articulaires.

Enfin, il ne faudra pas négliger le traitement concomitant de l'urétrite et se rappeler que les vésicules séminales sont souvent le repaire des gonocoques. On pourra à la façon de Luys pratiquer le lavage de ces vésicules.

DISCUSSION

M. Willems (de Liége). La thérapeutique des arthrites gonococciques varie avec la forme clinique.

I. *L'épanchement est séreux*. — C'est la forme la moins grave. Elle a une tendance naturelle à la guérison. On peut la traiter par des ponctions répétées suivies de mobilisation active immédiate.

II. *L'épanchement est solide*. — C'est la variété la plus sévère à cause de la rapidité avec laquelle s'installe l'ankylose. Le gonflement est atrocement douloureux, la radiographie montre des lésions du périoste et des os.

L'arthrotomie verticale longue avec ablation des masses fibrineuses intrasynoviales est le traitement logique. La plaie est suturée sans drainage. Mobilisation immédiate. Sérothérapie intra-articulaire et non vaccinothérapie à cause du danger des arthrites sériques.

III. *L'épanchement est purulent*. — Double arthrotomie verticale de chaque côté de la rotule; la plaie est laissée largement ouverte. Mobilisation active sans délai.

La statistique de l'auteur montre que depuis qu'il suit cette technique, il ne fait que très peu de synovectomies, de résections et surtout d'amputations.

Il insiste sur l'importance de la radiographie et de la mobilisation précoce. Cette dernière ne donne de mauvais résultats que chez des malades indociles ou pusillamines ou entre les mains de chirurgiens qui manquent de persévérance.

M. Oltramare (de Genève) obtient des résultats favorables par la vaccinothérapie.

Dans bien des cas où la protéino- et la sérothérapie avaient échoué, l'auteur a employé avec succès le propidon, vaccin qui cependant ne contient pas de gonocoque.

Pour expliquer ces résultats, pas n'est besoin de recourir à la théorie du choc, ni à celle de l'action spécifique microbienne. La simple élévation thermique produite par la vaccination entraîne l'amélioration; on connaît en effet la sensibilité spéciale du gonocoque à la température.

M. REYNALDO DOS SANTOS (de Lisbonne), apporte les résultats qu'il a obtenus par l'emploi du mercurochrome. Ce médicament ne mérite pas les critiques dont il a été l'objet. Avec une bonne technique et quelques précautions les résultats sont excellents.

M. DIKANSKY (de Kharkoff) apporte quelques observations personnelles sur la vaccinothérapie intra-articulaire dans l'arthrite gonococcique aiguë.

L'auteur obtient l'immunisation à l'aide d'un vaccin préparé par l'Institut bactériologique de Kharkoff composé de corps microbien du gonocoque et de produits de leur activité vitale sur le bouillon.

L'injection initiale correspond à 400 millions de corps microbiens, la deuxième à 800 millions.

Les résultats thérapeutiques s'expriment par les conclusions suivantes :

1° La vaccination intra-articulaire abrège la durée du traitement, abaisse la température, diminue les manifestations inflammatoires et assure le rétablissement complet de la fonction articulaire ;

2° On note une réaction inflammatoire locale passagère;

3° La question du dosage du vaccin n'est pas encore au point. Des doses réduites peuvent provoquer une forte réaction suivie d'amélioration rapide. D'autres fois, pour obtenir la même réaction bienfaisante il est nécessaire de recourir à des doses beaucoup plus élevées.

M. DESCARPENTRIES (de Roubaix) cite deux cas probants d'arthrites gonococciques rebelles à toute thérapeutique médicale guéries par des injections d'autosang lysé. Quand l'arthrite résiste à ce traitement aidé de diathermie et d'applications de pommade collargolée, il fait le sétonnage de l'articulation et des injections d'argyrol à 0.50 p. 100 durant huit jours. Il cite un cas d'arthrite de la hanche datant de quatre semaines, guéri par ce traitement en quinze jours.

Au genou, si l'infection est grave ou tend à la chronicité, il préconise l'ablation systématique des ménisques du moins, du ménisque interne.

Au point de vue diagnostic, il estime que l'étude de la fibrinisation du sang dans la cellule à rigole donne des renseignements appréciables tant au point de vue de la probabilité d'une gonoccocie sanguine qu'au point de vue de la valeur du pronostic.

En résumé, il estime que dans l'arthrite gonoccocique, accident localisé d'une septicémie, il faut soigner l'état de septicémie en même temps, et même avant la manifestation locale.

M. REYNÈS (de Marseille) préconise la « synovectomie » dans le traitement de bon nombre d'arthrites à gonocoques. Elle donne dans ce cas d'aussi bons résultats que lorsqu'il s'agit de tumeurs blanches.

L'opération, tentée au début d'une arthrite grave, enlève le mal dans son repaire initial et évite les complications. Elle est délicate mais simple.

Une incision externe, respectant les éléments moteurs de l'articulation, suffit le plus souvent. La synoviale est extirpée en bloc à la pince et aux ciseaux courbes. Parfois une incision interne supplémentaire est nécessaire. Fermeture immédiate, drainage aux crins et mobilisation précoce. La guérison est d'ordinaire rapide.

L'auteur apporte cinq observations dont quelques-unes remontent à 1921.

M. LAYS (de Paris). Le traitement local articulaire du rhumatisme blennorragique n'est que secondaire. Une thérapeutique efficace doit porter son effort du côté de la désinfection de la prostate et des vésicules séminales chez l'homme, des annexes génitales chez la femme. Ce sont là des foyers qui réensemencent constamment les articulations malades.

Les spermatocystites gonococciques existent dans 80 p. 100 des uréthrites chroniques postérieures. On les soignera par des massages, longtemps et méthodiquement effectués.

Si, après ce traitement, la spermatoculture montre encore la présence de pus et de micro-organismes, on lavera les vésicules séminales à l'aide d'une solution de collargol à 5 p. 100 que certains artifices opératoires permettent d'immobiliser dans les vésicules souvent pendant trois semaines.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1926)

Action circulatoire de la pseudo-pelletierine. — MM. R. HAZARD et RAYMOND-HAMET.

Action du bacille typhique sur le lait. — M. Constantino GORINI.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1926)

Centième anniversaire de la mort de Pinel. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une notice sur l'œuvre philanthropique de Pinel.

Conduite à suivre dans l'application de notre méthode de traitement chirurgical de l'angine de poitrine. — M. DANIÉLOPOLU.

Auguste LE DENTU

(1841-1926)

Le professeur Le Dentu est mort le 23 octobre, à l'âge de 85 ans, ayant eu le bonheur apprécié de tous ceux qui l'approchaient et l'aimaient de conserver dans sa verte vieillesse une jeunesse de pensée et une fraîcheur d'esprit qu'auraient pu lui envier bien des jeunes d'aujourd'hui.

C'est une belle et noble figure de chirurgien français qui s'en va et sa disparition sera douloureusement ressentie par ses amis et ses élèves dont beaucoup sont déjà bien avancés dans la vie puisqu'ils ont eu la joie de conserver longtemps leur cher vieux Maître.

Jean-François-Auguste Le Dentu était né le 21 juin 1841 à la Basse-Terre. Il appartenait à une famille qui, originaire de Normandie, s'était depuis longtemps fixée à la Guadeloupe.

Son père était avocat et maire de la Basse-Terre; sa mère était gênoise d'origine.

Il était le quatrième de six enfants et il conserva durant toute sa vie le culte de la famille, s'occupant avec une tendresse paternelle de ses nombreux neveux et arrière-neveux dont il tenait scrupuleusement à jour la liste toujours plus longue.

A neuf ans, le jeune créole quitte la Guadeloupe pour venir à Paris faire ses études classiques. Il entre à Louis-le-Grand et y remporte de brillants succès. L'étude des humanités n'était pas alors délaissée comme elle l'est aujourd'hui, et Le Dentu conserva toujours l'amour des Belles-Lettres. Il était d'ailleurs resté très attaché à son vieux Lycée, faisait partie de l'Association des anciens élèves et y présida même une distribution de prix en 1903.

En 1859, il commence ses études médicales à la Faculté de Paris. Externe en 1861, il est dès l'année suivante nommé interne à son premier concours, dans une promotion où, à côté du sien, on trouve les noms de Bouchard, de Terrier, de Théophile Anger, d'Auvray, de Jules Besnier et de Lannelongue avec lequel il se lia d'une solide amitié qui ne devait finir qu'avec la vie.

Successivement interne de Voillemier, de Richet et de Laugier, il est aide d'anatomie en 1864, prosecteur à la Faculté en 1867, et en 1868 il présente pour le doctorat une thèse intitulée : *Recherches anatomiques et physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe.*

Dès 1869, il est agrégé, à 28 ans (thèse sur les *Anomalies des testicules*), et il eût certainement été nommé presque aussitôt chirurgien des hôpitaux si la guerre n'avait pas éclaté.

Nélaton, qui, sans l'avoir eu comme élève, avait remarqué, dans les concours, ce jeune chirurgien doué de qualités exceptionnellement brillantes, lui confia alors la direction

d'une ambulance de la Société de secours aux blessés militaires. Ardent patriote, Le Dentu saisit avec joie cette occasion de mettre au service de la France son activité chirurgicale. Il part pour Sedan, soigne, dans les lignes allemandes, les blessés tombés à Gravelotte, et, faisant preuve de la plus grande énergie, tenant tête aux autorités prussiennes, il arrive, après de multiples détours, à rallier avec son ambulance l'armée de la Loire avec laquelle il termine la campagne. Sa belle conduite lui valut la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

La guerre finie, il se remet au travail, et, en 1872, il est nommé chirurgien des hôpitaux, en ayant ainsi terminé avec la dure période des concours.

Chef de service à la Salpêtrière en 1876, il passe à l'hôpital Saint-Antoine (1877-1879), puis à l'hôpital Saint-Louis (1879-1890). Après quelques mois passés à Beaujon il est nommé professeur de clinique chirurgicale et prend possession de la chaire de Necker que vient de quitter Le Fort.

Il y resta quatorze ans et sut y créer un centre important d'enseignement chirurgical. Il avait organisé avec amour cette Clinique de Necker, avait groupé autour de lui des collaborateurs fidèles, et, de son laboratoire, dirigé par Fabre-Domergue et Auguste Pettit sont sortis maints consciencieux travaux.

Il avait obtenu l'édification d'un amphithéâtre d'enseignement clinique et opératoire qu'il partageait d'ailleurs avec le professeur Guyon, et où devaient être remplies certaines conditions conformes aux exigences de la chirurgie moderne. Cet amphithéâtre à gradins métalliques et facilement lavables fut presque exclusivement dû à son inspiration et à sa volonté tenace.

Aussi eut-il quelque hésitation à quitter Necker pour l'Hôtel-Dieu lorsque, en 1904, la chaire de clinique y devint vacante par suite de la retraite anticipée du professeur Duplay. L'Hôtel-Dieu toutefois l'emporta sur ses résistances intérieures par tout le poids de ses grandes traditions. C'est là que le professeur Le Dentu termina sa carrière hospitalière et professorale : en 1909 il donna sa démission, devançant de deux ans l'heure de la retraite officielle.

Mettant au-dessus de son intérêt personnel celui de l'enseignement, il estimait en effet que les maîtres doivent craindre de se survivre et qu'il est bon de renouveler les idées en renouvelant les éducateurs. Des raisons de santé pouvaient également lui faire craindre, pour ses fonctions, des irrégularités auxquelles répugnait sa conscience.

C'est que Le Dentu se voyait constamment menacé par les séquelles d'une pleurésie purulente dont il avait été atteint vers la quarantaine et qui, de temps en temps, venait rappeler son existence par le réveil d'un foyer profond.

Et ceux qui le voyaient abandonner son service et ses fonctions, sans en savoir le motif, ne se doutaient pas que ce grand chirurgien avait lui-même besoin de la chirurgie! Comme s'il avait dû racheter par des souffrances morales et physiques la rapide et brillante carrière qu'il avait eue!

Le Dentu fut un chirurgien complet. D'une droiture parfaite, d'une dignité professionnelle rigide, c'était un clinicien remarquable, de l'Ecole de Verneuil dont il était l'ami et pour lequel il avait une vénération et une admiration profondes. Il avait assisté à la grande révolution qu'avait fait subir à la chirurgie l'apparition de l'antisepsie et de l'asepsie, et, après avoir connu la chirurgie décevante qui comptait plus de graves mécomptes que de succès, il pouvait, en 1904, étaler une statistique de 165 laparotomies gynécologiques avec une mortalité de 1,75 p. 100.

C'était un opérateur habile, d'un sang-froid imperturbable, d'une simplicité parfaite dans sa technique.

Toutes ces qualités du grand chirurgien lui avaient valu les honneurs réservés aux meilleurs et aux plus estimés d'entre nous.

Membre de l'Académie de médecine en 1889, il présidait, la même année, la Société de chirurgie dont il était titulaire depuis 1873. Il avait été président du XIIe Congrès français de chirurgie en 1898 et en 1920 il succédait au professeur Guyon comme président de l'Association française de chirurgie.

Depuis quelques années, il était commandeur de la Légion d'honneur.

Nombreuses sont les communications et les publications de Le Dentu. Nous signalerons parmi les plus importantes son *Traité des maladies de la vessie, de l'urètre et de la prostate* en collaboration avec son maître Voillemier (1880), un *Traité des affections chirurgicales des reins* (1889), ses *Leçons de clinique chirurgicale* (1904), une importante Monographie sur le cancer du sein, enfin le *Traité de chirurgie clinique et opératoire* dont il dirigea la publication avec le professeur Pierre Delbet et qui constitue l'un des ouvrages les plus importants de la chirurgie française.

Les qualités de l'homme ne le cédaient en rien à celles du chirurgien.

Sous un aspect général un peu sévère au premier abord, Le Dentu cachait une bonté inépuisable et une très vive sensibilité. Adoré de ses malades qu'il traitait toujours avec douceur et affabilité, il ne l'était pas moins de ceux de ses élèves qu'il prenait en affection. Ceux qui venaient des Antilles occupaient une grande place dans son cœur : car quoiqu'ayant quitté très jeune l'île lointaine où il était né, il avait conservé pour elle un attachement tout particulier et les jeunes créoles qui venaient en France faire leurs études médicales étaient toujours sûrs de trouver auprès de lui l'accueil le plus amical et l'appui le plus sûr.

A plusieurs reprises, il fut douloureusement touché par la mort d'élèves chéris : Lyot, Chevalier, Pichevin, Morestin. Paul Delbet. La disparition prématurée de son premier chef de clinique Lyot, celle de Morestin avaient été pour lui des coups terribles.

Le Dentu avait une vie artistique et intellectuelle très active. Musicien consommé, exécutant et compositeur même, écrivain à la plume alerte, il adorait les voyages dont il jouissait complètement, s'intéressant à tout ce qu'il voyait, choses de la nature et choses des hommes. Il aimait à en parler et a même publié, sous le titre de *Visions d'Egypte*, le très intéressant récit d'un voyage qu'il fit en 1910 dans ce pays passionnant pour ceux qui comme lui ont conservé la curiosité des siècles lointains.

On comprend ce que la disparition d'un tel homme peut laisser de regrets à ceux qui l'aimaient. Qu'il nous soit permis d'adresser à Madame Le Dentu l'expression de nos très respectueuses condoléances et de notre douloureuse sympathie.

GEORGES LABEY.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ÉVOLUTION DE LA GOUTTE ET LE TRAITEMENT DE SES MANIFESTATIONS ATYPIQUES (1)

Par E. MAGNIN.

La goutte est une de ces affections dont on retrouve la trace dans l'histoire la plus lointaine, et toujours elle a paru liée au développement des civilisations.

De nos jours il semble que sa fréquence ait diminué : les maladies auraient-elles donc aussi leur caducité? S'il est vrai que nos orteils lui paient un tribut moins lourd, si ces accès dramatiques et brutaux se sont faits plus rares, la diathèse millénaire n'a point pour cela disparu; seule sa physionomie morbide s'est modifiée, et nous la retrouvons intégralement dans nos humeurs avec son stigmate essentiel : l'hyperuricémie. Sous une symptomatologie protéiforme, l'hyperuricémie tend plutôt à augmenter, étant donné les excès alimentaires des uns, l'existence plus ou moins fiévreuse et mal équilibrée de la plupart de nos contemporains. Au goutteux franc d'autrefois ont succédé, par une sorte de mutation évolutive, des lithiasiques, des rhumatisants chroniques, des névralgiques et une foule de neuro-arthritiques.

Chez tous ces malades la thérapeutique devra être surtout causale et tendre à diminuer l'hyperuricémie et la mobilisation des dépôts uratiques par le régime, l'hygiène et la médication uricolytique. Celle-ci ne saurait se contenter de cures de lavage inopérantes à elles seules; il convient de leur adjoindre un médicament ayant la propriété de mobiliser l'acide urique en excès et de favoriser son passage au travers du filtre rénal. La phénylcinchoninate d'allyle, ou atoquinol, réalise au mieux cette double indication. On le prescrira à la dose de 0g50 à

(1) *Progrès méd.*, 8 mai 1926.

1 gramme par jour, c'est à-dire un ou deux cachets pris aux repas. Les résultats d'une telle médication se manifestent immédiatement par d'abondantes éliminations uratiques auxquelles ne tardent pas à succéder la sédation rapide des phénomènes douloureux et la régression des symptômes lithiasiques, névralgiques ou rhumatismaux.

LIVRES NOUVEAUX

Livre d'or de l'Union médicale franco-ibéro-américaine ou Umfia (1), par le docteur DARTIGUES. Edité par les laboratoires Darrasse.

Ce *Livre d'or*, magnifiquement illustré, vient couronner une œuvre qui date de quatorze ans, et en présente une splendide synthèse. On sait que l'Union médicale franco-ibéro-américaine ou Umfia est la première des sociétés qui aient été créées en France pour établir des relations internationales, tant au point de vue scientifique qu'amical, dans le monde des médecins, particulièrement entre les médecins de France, de la Péninsule ibérique et des républiques sud-américaines. Cette Société, actuellement la plus puissante de toutes, comprend environ trois mille membres. Dans ce *Livre d'or*, qui comprend également un annuaire très complet de la Société, Dartigues, président-fondateur, passe en revue le but et l'œuvre de l'Umfia, puis présente toutes les grandes sommités avec portraits et autographes qui patronnent l'Umfia et secondent ses efforts de toute leur autorité (Clémenceau, Branly, Richet, Roux, Roger, Ramon y Cajal, Cortezo, Recasens, Martinez-Vargaa, Widal, J.-L. Faure, Roule, Achard, Sicard, Forgue, Buziera, Montané, Tuffier, Duval, Legueu, Labbé, Léon Bernard, Chauffard, Noir, Garipuy, etc., et tous ceux qui, comme eux, ont accompli des missions en Espagne et en Amérique latine). On y voit aussi, dans un chapitre important intitulé « Les amis de l'Umfia », les nombreuses notabilités qui s'intéressent à son idéal ainsi qu'à sa réalisation pratique. Qui parcourra ce *Livre d'or* voudra se faire un honneur patriotique d'appartenir à l'Umfia.

L. G.

Traitement des maladies mentales par les chocs (2), par C. PASCAL, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine. et Jean DAVESNE.

Ce petit livre ouvre des horizons nouveaux sur la manière de réagir du psychisme morbide sous l'influence de la fièvre artificielle provoquée par la pénétration brutale d'albumines hétérogènes et de cristalloïdes dans l'organisme.

Pour les auteurs, la thérapeutique par les chocs, entrevue depuis longtemps, employée d'une façon empirique, devient une méthode rationnelle biologique d'une application facile, non dangereuse si les techniques indiquées sont rigoureusement suivies. Le choc repose ainsi sur une loi précise du dynamisme bio-mentale : le double rythme de la sensibilisation et de la désensibilisation. Plus facile à prévoir et à provoquer régulièrement il devient une arme curative sérieuse.

Par ses aperçus philosophiques cet ouvrage dépasse les limites de la pure psychiatrie. L'ingénieuse conception du choc protéinique émotionel met en valeur le rôle dans la mémoire des émotions de la sensibilisation et démontre comment la vague hémoclasique qui l'accompagne crée l'anaphylaxie mentale.

Pour préciser les limites de la thérapeutique par les chocs, les auteurs ont étudié avec soin et mis en valeur le terrain spécial de réaction qu'ils ont appelé *diathèse psychocolloïdoclasique* par analogie avec la diathèse colloïdoclasique de Widal. C'est par les chocs émotionnels que le problème fécond de la colloïdoclasie rejoint celui de la pathologie mentale.

L. G.

(1) Paris, Maloine.

(2) Un volume de 184 pages. (« Collection médecine et chirurgie pratiques ») Prix : 15 fr., plus 20 p. 100 de hausse. — Paris, Masson et Cie.

Le Rhume des foins. Etude clinique expérimentale et thérapeutique (1), par Paul GIROUD.

Voici une excellente mise au point de cette question, si intéressante et à l'ordre du jour, jusqu'ici peu étudiée en France. Avec MM. Pasteur-Vallery-Radot et P. Blamoutier, l'auteur a fait sur ce sujet depuis trois ans des recherches expérimentales et thérapeutiques qu'il expose dans ce travail.

Après avoir passé en revue les différentes théories pathogéniques, il aborde l'étude de cette maladie, en insistant sur ses nombreux équivalents.

Son expérimentation a porté sur la recherche des précipitines, de la sensibilisatrice antipollinique, de l'agglutination, sur l'étude de l'anaphylaxie passive chez l'animal, de l'hypersensibilité passive cutanée chez l'homme et sur l'éosinophilie.

Il insiste sur l'importance de la cuti-réaction, dont il précise la technique et l'intérêt diagnostique.

Après avoir exposé les traitements anciens, il passe en revue les diverses thérapeutiques actuellement employées. Il montre ce que l'on peut attendre de la désensibilisation spécifique par injections sous-cutanées d'extraits polliniques et par cuti-réactions répétées. Il insiste surtout sur les thérapeutiques désensibilisatrices non spécifiques, dont il montre la facilité d'application et les bons résultats qu'on en peut attendre.

Parmi ces méthodes, il donne la préférence aux injections intradermiques de peptone, dont il prouve les heureux effets, en rapportant des observations très démonstratives.

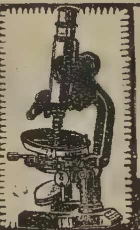
L. G.

(1) In-8 de 108 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





La surdité et son traitement. Manuel de rééducation auditive à l'usage du sourd et de son entourage, par le docteur G. DE PARREL. Un volume de 285 pages avec 46 figures dans le texte. — Prix, broché : 15 fr. — Paris, Albin Michel.

Les maladies des reins, par le docteur G. SIGURET, médecin assistant à l'hôpital d'Urologie, consultant à Saint-Nectaire. Un volume in-16 de 164 pages (« Les Consultations journalières. ») — Prix : 12 fr., plus hausse de 20 p. 100. — Paris, G. Doin et Cie.

Les pancréatites aiguës chirurgicales, par Pierre BROCQ, chirurgien des hôpitaux. Un vol. de 188 pages avec fig. — Prix : France, 25 fr. + 40 p. 100; étranger, 1 dollar. — Paris, Masson et Cie.

N° 88. — MERCREDI 3 NOVEMBRE 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 3 NOVEMBRE 1926. — N° 88.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 28 octobre. — Questions données : « Signes et diagnostic du cancer de l'œsophage. — Accidents cutanéo-muqueux de la syphilis acquise à la période secondaire. »

MM. Trocmé, 18; Uhry, 24; Le Baron, 16; Trubert, 14; van der Elst, 19; Triau, 26; Thoyer, 27; Le Becq, 20; Veslot, 18; Lereboullet, 26.

— Concours de l'externat. — *Répartition du jury.* — Le jury est réparti de la façon suivante :

Anatomie. — MM. Bloch (J.), Boppe et Cathala.

Pathologie médicale. — MM. Benard (H.), Léon Kindberg et Alajouanine.

Pathologie chirurgicale. — MM. Monod (Raoul), Quénu et Chirié.

Epreuves écrites. — *Anatomie.* — Extrémité supérieure du cubitus. — Ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne. — Muscle biceps brachial avec son innervation sans les rapports. — Enumérer les branches collatérales et les branches terminales de l'artère carotide externe. — Sillon de la face inférieure du foie et organes qui s'y trouvent.

Pathologie médicale. — Renseignements fournis par l'examen classique du foie dans l'asystolie. — Renseignements fournis par l'interrogatoire d'un sujet atteint de chancre syphilitique de la verge dans les examens de laboratoire. — Signes physiques d'une ascite libre d'origine cirrhotique. — Signes physiques d'un hydro-pneumothorax total gauche. — Le liquide céphalo-rachidien dans la méningite cérébro-spinale à pneumocoques. — Donner les caractères du signe d'Argyll-Robertson et indiquer sa valeur sémiologique.

Pathologie chirurgicale. — Signes physiques de la fracture classique de l'extrémité inférieure du radius. — Renseignements fournis par l'examen physique d'un sujet porteur d'une ulcération cancéreuse de la langue. — Symptômes de la rupture d'une grossesse tubaire. — Symptômes de l'occlusion intestinale aiguë.

— Prix Fillioux. — Jury : MM. Launay, Le Noir, Sébileau, Bloch, Bourgeois.

IVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. — Le IVe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires se tiendra en 1928, à Varsovie du 30 mai au 4 juin.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour de cette réunion : *a*) l'évacuation dans la guerre de mouvements. Pays rapporteurs : Pologne et Brésil. — *b*) Etiologie et prophylaxie de la grippe. Pays rapporteurs : Pologne et Danemark. — *c*) Séquelles des traumatismes du crâne et leur traitement. Pays rapporteurs : Pologne et Grèce. — *d*) Les arséno-benzols — méthodes d'analyse et d'appréciation chimique. Pays rapporteurs : Pologne et Lettonie.

RÉUNION DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE. — Le Congrès de l'Association des pédiatres de langue française, qui devait se tenir à Lausanne au mois de septembre dernier, n'ayant pu se réunir, une journée pédiatrique sera consacrée le 9 novembre prochain à l'hôpital des Enfants malades à l'étude des états de dénutrition de la première enfance. Les séances auront lieu à 10 heures et à 14 h. 30.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique a enregistré pendant la 29e décade, du 11 au 20 octobre 1926, 1.056 décès, au lieu de 1.009 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.026, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 52, au lieu de 40 pendant la décade précédente (moyenne 31).

La variole et la varioloïde ont causé 3 décès; 11 cas

nouveaux ont été déclarés par les médecins, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 0).

Vérification faite, 11 cas de variole ou varioloïde ont été confirmés. — 8 cas de varicelle ont été signalés.

La rougeole a causé 3 décès, au lieu de 0 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 12, au lieu de 6 pendant la décade précédente (moyenne 23).

La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 0 pendant la décade précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 46; il s'élevait à 27 pendant la décade précédente (moyenne 38).

La coqueluche n'a causé aucun décès, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 3).

La diphtérie a causé 5 décès, au lieu de 3 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 97, au lieu de 57 pendant la décade précédente (moyenne 60).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Magdelaine, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de laboratoire de la Faculté, décédé à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE. (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. Professeur : M. BRINDEAU.) — *Conférences de perfectionnement* destinées aux docteurs et étudiants désirant se spécialiser en obstétrique. Les leçons seront faites le jeudi soir, à 8 h. 3/4, par des conférenciers qui exposeront un sujet qu'ils auront particulièrement étudié.

Le cours sera gratuit.

4 novembre. — M. Brindeau : Des anomalies de l'amnios et ses conséquences pour le fœtus.

18 novembre. — M. Lantuéjoul : Doit-on appliquer le forceps au détroit supérieur?

25 novembre. — M. Metzger : La vie et la mort du cordon ombilical.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — M. le professeur Gilbert, assisté de M. Maurice Villaret, agrégé, a commencé son enseignement clinique à l'Hôtel-Dieu, le lundi 1er novembre 1926, à 9 heures du matin.

Sa première leçon à l'amphithéâtre Trousseau aura lieu le samedi 13 novembre 1926, à 10 h. 45. Ses leçons ultérieures auront lieu dans le même amphithéâtre, à la même heure, les mercredis et les samedis.

Un enseignement de vacances (juillet à novembre 1927), un cours de revision à Pâques 1927 et deux cours de perfectionnement en juillet 1927 (maladies du foie) et en septembre 1927 (maladies du tube digestif), auront lieu à la Clinique médicale, sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux.

Enseignement pratique de séméiologie et de petite chirurgie médicale, dans les salles, tous les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, à 9 heures, avec l'aide de MM. Dumont, Maréchal et Paul Blum, anciens chefs de clinique; Tzanck, chef de clinique; Coury, ancien chef de clinique adjoint; Fatou et Surmont, chefs de clinique adjoints; Pollet, Boutier, Renault et Rudolf, anciens internes et internes du service.

Les leçons seront complétées par des exercices pratiques individuels aux lits des malades.

Enseignement et exercices techniques de laboratoire, au laboratoire Dieulafoy (amphithéâtre Bichat), tous les jeudis, à 9 heures, avec l'aide de M. Henri Bénard, chef du laboratoire de bactériologie, médecin des hôpitaux; Mlle Tissier, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; M. Deval, chef du laboratoire de chimie.

Au début des leçons sera faite, lorsqu'il y aura lieu, une présentation des cultures et préparations se référant aux malades ayant été l'objet de l'enseignement clinique antérieur.

Les élèves seront exercés individuellement aux manipulations de laboratoire dans des locaux spécialement installés pour cet usage. (Salle des exercices techniques.)

COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. le professeur Paul Lecène commencera son cours le jeudi 4 novembre 1926, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Affections chirurgicales de la tête, du rachis et du cou. »

LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, fera les mercredi 10, jeudi 11 et vendredi 12 novembre 1926, à 10 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de MM. Boulanger-Pilet et Gournay, anciens internes des hôpitaux, une série de leçons sur les « questions actuelles de diphtérie (clinique, traitement, prophylaxie, vaccination) ».

Le cours est gratuit.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES. — M. le professeur Georges Guillain commencera son cours de clinique le vendredi 19 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la Clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 heures (policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital), et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la Clinique Charcot).

CHAIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — M. le professeur A. Lemierre fera le mercredi 17 novembre la *leçon inaugurale* de son cours au grand amphithéâtre de la Faculté, à 18 heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet du cours : « Les microbes pathogènes. »

CONFÉRENCES DE L'ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HÔPITAUX DE PARIS. — Le dimanche 21 novembre, à 10 h., à l'amphithéâtre des concours de l'Assistance publique, M. Michon, chirurgien de l'hôpital Beaujon : « La gravité de la rétention d'urine avec distension. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 3 AU 6 NOVEMBRE 1926)

THÈSES

Mercredi 3 novembre. — Jury : MM. Bernard, président; Hartmann, Debré et Proust. — M. CARLE (P.). La gastrectomie dans l'ulcère gastrique. — Mme LAMBERT DE CURSAY Etude sur la lobite tuberculeuse chez l'adulte.

Samedi 6 novembre. — Jury : MM. Jeanselme, président; J.-L. Faure, Lecène et Terrien. — M. BRÉTILLON (Jean). Dermatoses et hyperglycémie. — M. ANDRÉ (G.). Le drainage de l'abdomen par la méthode de Mikulicz. — M. GOREASKY (B.). Marche des accidents d'évolution de la dent de sagesse. — M. TOUNISSONT (M.). Les côtes cervicales chez les enfants. — M. LE CAM (A.). De la valeur de l'ionisation en thérapeutique oculaire.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président; Rathery, Dechambre, Moussu, Panisset et Robin. — M. BOUHET. De la non-délivrance dans l'espèce bovine. — M. DUBREUIL. Le tempérament lymphatique chez les animaux.

A PROPOS D'UN CAS DE VARIOLE A RÉPÉTITION

Par M. Edouard GIRAUD,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Parmi les cinq cas de variole que nous avons eu en traitement dans le service des contagieux de l'hôpital Salvator il nous a été donné d'observer un cas de variole à répétition.

Cette forme clinique anormale, déjà rare en France à l'époque des grandes épidémies (1), est devenue si exceptionnelle aujourd'hui qu'elle n'est pas même citée dans les traités classiques publiés durant ces vingt dernières années.

Il nous a donc paru intéressant de rapporter les faits que nous avons observés car la variole à répétition soulève de nombreux problèmes de diagnostic et de pathogénie non encore résolus.

Observation. — Le Coug Duong, quarante-six ans, natif d'Haïphong, garçon à bord d'un courrier d'Indochine, vacciné dans sa première enfance, entre dans le service du docteur J. Arnaud, le 8 mai 1924, quinzième jour de l'invasion, douzième de l'éruption d'une variole très cohérente, même confluente au niveau de la face. La maladie aurait débuté le 23 avril par de la céphalalgie, de la rachialgie, de l'épigastralgie, accompagnée de température élevée (39-40°).

Le malade a eu un chancre il y a vingt ans, c'est un éthylique.

A son entrée, température 38 degrés, pouls régulier à 80, rash inguinal scarlatiniforme très marqué, éruption au stade de vésiculation, énanthème de moyenne intensité; le diagnostic clinique de variole est confirmé par l'examen sérologique : la réaction de Bordet-Gengou, pratiquée selon la technique Gastinel (*Th. de Paris*, 1913) en prenant comme antigène du virus vaccinal frais, se montre positive.

Le cœur, les poumons, le système nerveux sont normaux. Le foie, petit, n'a que trois travers de doigt, la rate est percutable sur 3 centimètres; les urines de volume normal ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le dix-septième jour après l'invasion, les vésicules s'ombiliquent et la suppuration commence; elle évolue lentement sans reprise des phénomènes généraux jusqu'au vingt-quatrième jour. A ce moment les pustules des membres inférieurs prennent l'aspect hémorragique.

Le trente et unième jour la température atteint 38°4 et se maintient les trois jours suivants au-dessus de 38 degrés; le trente-deuxième jour apparaissent de nouvelles pustules sur le thorax, l'éruption se complète les jours suivants et le trente-cinquième jour on peut constater une éruption varioliforme discrète sur le thorax, cohérente aux membres inférieurs. Les pustules du thorax sont de taille moyenne, égales entre elles, celles des jambes sont plus volumineuses. Aucun rash ne les accompagne. Elles s'ombiliquent et suppurent vers le trente-septième jour sans reprise des phénomènes généraux. La dessiccation est rapide et l'on ne distingue bientôt plus les croûtes des deux éruptions.

La dessiccation se termine vers le cinquante-deuxième jour. La desquamation n'est achevée que vers le soixante-dix-huitième jour,

Au trente-quatrième jour de la maladie, époque de la seconde éruption, les examens de laboratoire suivants ont été pratiqués :

Sang :

Globules rouges.........	5.000.000
Globules blancs..........	20.000
Hémoglobine............	85
Valeur globulaire........	0,77

Formule leucocytaire :

Polynucléaires....	76 p. 100	Neutrophiles...	70 p. 100
		Eosinophiles...	4 p. 100
		Basophiles.....	2 p. 100
Grands mono.....	7 p. 100		
Lympho..........	15 p. 100		
Formes embryonnaires..........	2 p. 100		

Nous avons noté une quantité anormale de polynucléaires neutrophiles à deux et quatre noyaux. Nous notons cette anomalie sans chercher à l'expliquer.

Deux noyaux................	23 p. 100
Trois noyaux...............	25 p. 100
Quatre noyaux..............	40 p. 100
Cinq noyaux................	12 p. 100

Résistance globulaire normale.

Temps de coagulation : en lame, cinq minutes; en tube, sept minutes. Temps de saignement, une minute et demie.

Azotémie, 0,30.

Urines : aucun élément anormal. Azote de l'urée, 4,19 par litre; azote total, 5,88; coefficient $\frac{\text{N ur.}}{\text{N tot.}} = 0{,}62$.

En résumé : période d'invasion normale, éruption confluente suppurant tardivement, rash long à s'effacer, syndrome hémorragique tardif le vingt-troisième jour, seconde éruption plus discrète sortant vingt-huit jours après la première, accompagnée d'une reprise légère des phénomènes généraux, dessiccation et desquamation lentes.

La seconde éruption observée chez Le Coug Duong doit-elle être attribuée à la variole, ou avons-nous à faire à une de ces éruptions étrangères qui surviennent volontiers au décours de la variole?

Notre malade étant isolé depuis trente et un jours il ne peut ici être question de varicelle ou d'alastrim.

Les éruptions papulo-pustuleuses (acnéique vraies et varioliformes) de la syphilis appartiennent uniquement à la période secondaire ou tout à fait au début de la période tertiaire (elles n'apparaissent jamais plus de trois ans après le chancre). Les syphilides tuberculo-squameuses, qui, elles, peuvent survenir tardivement, ont une évolution très lente (des mois) sont peu nombreuses, groupées en amas et

---

(1) Nous n'avons dans la littérature médicale trouvé signalé que 84 cas de variole à répétition et seulement 57 observations. Parmi celles-ci nous avons dû en éliminer 2 trop brèves, 3 où la seconde éruption paraissait avoir été d'origine banale. Nous n'avons pas pris en considération 9 cas où la première éruption était qualifiée varioloïde : le diagnostic entre cette forme de variole et la varicelle étant trop aléatoire. Nous n'avons donc retenu que 43 observations paraissant indiscutables. En voici un bref résumé :

Nombre de rechutes :

1	27 cas
2	8 cas
4	1 cas
5	1 cas

Temps séparant les deux premières éruptions :

3 à 10 jours......................	13 cas
10 à 20 jours......................	16 cas
20 à 30 jours......................	7 cas

Caractère de la première éruption :

Discrète..........................	6 cas
Moyenne	10 cas
Cohérente.........................	3 cas
Confluente........................	10 cas
Hémorragique......................	2 cas

Caractère de la seconde éruption :

Quelques pustules	12 cas
Très discrète.....................	6 cas
Discrète..........................	12 cas
Moyenne	6 cas

Nos observations ont été puisées dans les publications suivantes : Sepet. *Th. de Paris*, 1896. — Coste. *Revue de méd.*, 1896. p. 915; — Mémoire présenté à l'*Acad. de méd.*, 16 sept. 1898; — *Marseille méd.*, 1900, p. 97. — Mollaret. *Th. de Montpellier*, 1906.

gagnent les tissus de proche en proche comme une tache d'huile.

L'acné varioliforme (1) d'évolution lente siège de préférence au visage et aux organes génitaux. Ses pustules souvent irrégulières contiennent un pus très épais où l'on trouve des globules de graisse, des polynucléaires altérés et de nombreux cocci.

L'echtyma, éruption secondaire souvent signalée dans la convalescence de la variole, et dont on a même décrit (2) de petites épidémies dans les services de varioleux, débute habituellement par un point de la peau pour s'étendre à toute la surface du corps. Ces pustules ont une base dure et enflammée, elles ne s'ombiliquent point, ont une évolution très rapide (quatre à six jours). Enfin elles contiennent des leucocytes dégénérés et du streptoccoque. Or l'examen du pus contenu dans les pustules de la seconde éruption ne montrait l'existence d'aucun germe et l'examen cytologique révélait la présence presque exclusive de lymphocytes (90 p. 100).

Il n'y avait aucune confusion possible entre la seconde éruption de notre Chinois et l'herpès, le pemphigus, l'impétigo, l'érythème papuleux et les érythèmes polymorphes.

La variole qui a évolué chez Le Coug Duong est donc bien une variole à répétition.

Parmi les 43 observations que nous avons lues on trouve deux groupes très différents : dans le premier (5 observations) on voit succéder à une première éruption discrète une seconde intense, accompagnée de phénomènes généraux très marqués qui entraînent la mort du malade dans 3 cas sur 5; le second groupe comprend 36 observations semblables à la nôtre : première éruption typique, d'intensité variable, seconde éruption plus discrète que la première, composée de pustules plus petites, ne s'accompagnant que d'une réaction générale insignifiante, guérison. Chez huit varioleux est survenue une troisième éruption encore plus atténuée que la seconde. On peut observer parfois quatre et cinq poussées successives (deux cas).

Faut-il avec Talamon, voir dans cette seconde éruption une récidive, ou avec Pari et Verneuil une rechute ?

La récidive à si bref délai, l'hypervariolisation, comme disait Hervieux, nous paraît bien improbable : possible, elle eût été fréquente, habituelle même à cette époque où les varioleux étaient parqués dans des salles malpropres.

L'étude expérimentale de la réinoculation du virus vaccinal (3) est peu favorable à cette hypothèse : si la réinoculation est faite à quelques jours de distance de la première inoculation, l'on n'a en général aucune réaction, pratiquée quelques semaines plus tard elle évolue selon un type très différent : la réaction précoce. Il paraît devoir en être de même pour le virus varioleux, et Gastinel a mis en évidence les propriétés virilucides et préventives du sérum de varioleux dès le stade de vésico-pustules.

Mais s'il s'agit d'une rechute, à quelle cause attribuer celle-ci ? Dans les cas rares où la seconde éruption est plus intense que la première on peut penser que l'immunité de l'organisme a brusquement et gravement fléchi ce qui a permis au virus de parcourir à nouveau son cycle; mais ces cas sont l'exception, ils entraînent la mort dans deux tiers des cas.

Les varioles bénignes à répétition ne nous semblent pas pouvoir s'expliquer ainsi. Car s'il s'agissait de causes tenant à l'organisme du malade, à un état de moindre résistance ou à une idiosycrasie particulière, les cas de variole à répétition ne seraient peut-être pas plus fréquents, mais du moins ils seraient également répartis dans le temps : or en plus de dix ans Coste, sur plus de trois mille varioleux n'en observe que trois cas, puis brusquement en l'espace de trois mois il en observe trente-trois cas : « se montrant par séries de trois ou quatre et constituant ainsi une sorte de petite épidémie; souvent d'ailleurs la maladie a été contractée le même jour. »

Ces faits semblent nous permettre d'émettre l'hypothèse que le virus varioleux n'est pas unique, et qu'à côté du virus ordinaire, il en existe au moins une variété un peu différente qui donne volontiers une forme à rechute. Variétés soit fixes soit peut-être, dans certaines conditions, réversibles l'une dans l'autre. Nous connaissons en effet certaines formes de variole faisant, en quelque sorte, transition entre la variole ordinaire et la variole à répétition : ces formes décrites par Morton, Sydenham, Borsiéri, Montefusco, Sepet, ont été appelées par ces auteurs variole maligne (1). Ces formes sont caractérisées par la longue durée de l'éruption qui se prolonge quatre à cinq jours, se fait par poussées successives, si bien qu'une variole très discrète le premier jour peut devenir cohérente à la fin de l'éruption, alors que dans la variole ordinaire l'éruption se fait en une seule poussée terminée au bout de trente-six heures au maximum.

Les divers faits cliniques et épidémiologiques que nous avons rapportés semblent nous autoriser à individualiser une forme très spéciale de variole : la variole à répétition ou variole récurente qui ne parait pas due au virus de la variole banale mais à un virus très voisin (2).

Cette hypothèse nous paraît d'autant plus intéressante que, si l'on ne connaissait autrefois que deux virus très proches du virus varioleux : la vaccine et le virus de la varicelle, un troisième est apparu au cours de ces dernières années : le virus de l'alastrim. Tout le monde s'accorde actuellement à considérer comme deux espèces distinctes le virus de la varicelle et celui de la variole, il n'en est pas de même pour le virus varioleux et la vaccine : l'accord est loin d'être fait entre unicistes et dualistes. Pour ce qui est de l'alastrim, si la majorité des auteurs le considère comme une maladie autonome, certains pensent que c'est là une variole modifiée.

L'expérimentation bactériologique déjà appliquée avec fruit à certains virus filtrants nous donnera sans doute un jour la clef de ces problèmes. Il n'est pas interdit de penser qu'elle démembrera la variole,

(1) UEFOLTZ. *Th. de Paris*, 1880.

(2) DU CASTEL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1881, p. 255. — RENDU. *Id.*, 1881, p. 315.

(3) VON PIRQUET. *Klinische studen uber Vackzination und vakzinale allergie*, 1907 ; — *Wiener klin. Woch.* 1906, n° 47, p. 1407 ; — *Berl. klin. Woch.*, 1904, Bd XLI, p. 1105-1131. — NICOLLE. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 28 fév. 1908, p. 160.

(1) MORTON. *Opera omnia*, 1690. — SYDENHAM. *Opera omnia*, 1685. — BORSIERI. *Inst. med. prat.*, 1785-1789. — MONTEFUSCO. *Riv. clin.*, Napoli 1886. — SEPET. *Loc. cit.*, p. 49, obs. XXVI.

(2) Les réactions sérologiques ne permettent pas de distinguer le virus de la variole à répétition de celui de la variole banale ou de celui de la vaccine. Employant la technique de Gastinel nous avons pu nous servir comme antigène des croûtes de variole récurrente, de variole banale ou de vaccine fraîche sans observer de différence dans nos réactions.

Les inoculations de virus récurrent que nous avons pratiquées chez le lapin par voies cutanée, conjonctivale, intracérébrale, intratesticulaire sont toujours restées négatives.

comme elle a fait pour la fièvre typhoïde ou la fièvre de malte en montrant à côté du germe typhique des para-typhiques et des para-mélitococques.

BIBLIOGRAPHIE

BUCQUOY. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1870.
LABOULLÈNE et OULMONT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1871.
FERRÉOL et BROUARDEL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1877.
DU CASTEL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1881, p. 255.
RENDU. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*. 1881, p. 315 ; — 27 déc. 1895 ; — 5 juin 1896.
TALAMON. *Médecine moderne*, 20 janv. et 9 fév. 1894.
COSTE. *Revue de méd.*, 1896, t. XVI ; — *Marseille méd.*, janv. 1887 et 1900, p. 97 ; — *De la Variole*, 1886.
LEVADITI. *Ectodermoses neurotropes*, 1922.
MÉNÉTRIER. *Th. de Paris*, 1861.
CLOVIS. *Th. de Paris*, 1886-1887.
SEPET. *Th. de Paris*, 1896.
GASTINEL. *Th. de Paris*, 1913.
MOLLARET. *Th. de Montpellier*, 1906.

ACTUALITÉS

LA SCIENCE DES RÊVES

La librairie F. ALCAN vient de publier une traduction française de la *Traumdeutung* de S. FREUD (1), dont le succès a été considérable dans les pays de langue allemande et anglaise et qui méritait, à plus d'un titre, d'être mis à la portée des lecteurs français, car, en dehors même de l'intérêt qu'il présente pour la théorie de la psychanalyse, il constitue, depuis les livres de A. SCHERNER (1861), de MAURY (1878) et de J. MOURLY VOLD (1896), l'ouvrage de beaucoup le plus important et le plus fouillé qui ait été consacré aux rêves et à leur interprétation.

Si, de tout temps, les hommes ont accordé une grande importance aux rêves, dans lesquels ils « voyaient » des communications de l'au-delà, des avertissements toujours précieux, les savants, médecins, physiologistes et psychologues, n'y prêtèrent, jusqu'au siècle dernier, qu'une attention insuffisante. Certains, sans doute, comme LEURET et LASÈGUE, apercevaient les rapports d'affabulation hallucinatoire entre le rêve et les délires, mais la plupart ne rencontraient, dans les manifestations oniriques, qu'une anarchie psychique indébrouillable. Et cependant comment croire que le rêve, phénomène constant chez l'homme, chez l'enfant, même chez les vertébrés supérieurs, n'ait pas une signification et, dès lors, n'obéisse pas à des lois?

De 1880 à 1900, les découvertes de l'histologie et de la physiologie nerveuse fournirent une intéressante hypothèse, qui possède encore de nombreux partisans ; elle est liée à la théorie neuronique du sommeil. La périodicité du repos est sous la dépendance de l'accumulation diurne des déchets de fonctionnement et de quelques autres facteurs, la nuit, l'habitude, les toxi-infections et empoisonnements, portant sur les centres nerveux. De ces divers facteurs, l'effet commun est de couper les connexions entre les neurones d'information et les neurones d'association et de réponse, de telle sorte que les modifications du monde extérieur ne parviennent plus au cerveau et que la pensée, pendant le sommeil, vit uniquement des excitations internes qu'elle reçoit et ne s'occupe donc que du *moi*. Cette pensée du sommeil est le rêve, qui tire ses caractères de la survivance de certaines impressions de la veille, lesquelles réveillées par les excitations internes, déclenchent toute une série d'associations, de souvenirs et d'images, dont, en raison du défaut de direction logique qu'impose la réalité extérieure, la succession paraît à la conscience obscure, absurde et grossière.

*
* *

Cette théorie du rêve, que je dois me contenter de résumer très brièvement, n'est pas admise par FREUD. Sans repousser absolument l'action éventuelle des impressions somatiques, du moins n'y voit-il qu'une cause très secondaire et sans efficacité notable. A ses yeux, le rêve est une opération essentiellement psychique bien plus compliquée, étendue et profonde, qui met en jeu, sous ses apparences vaines, le tréfonds de la mentalité humaine. Mais, pour comprendre toute l'importance que le professeur viennois accorde au rêve, il faut se rappeler que tout le système freudien a été bâti sur les associations d'idées des hystériques et des anxieux, et la « désactualisation » des impressions (ou des images) racontées : d'où la nécessité de faire remonter ces impressions à une date très éloignée, à la petite enfance et même au delà, et, comme elles n'ont pas laissé de traces, et pour cause, de faire jouer à l'inconscient, ce facteur incompréhensible, un rôle immense.

Dans tout rêve, il convient de distinguer le contenu manifeste, c'est-à-dire ce qui a été réellement rêvé, des pensées latentes du rêve, qui visent toujours à la satisfaction d'un désir et qui donnent au contenu manifeste son aspect bizarre, parce que le désir à satisfaire, étant généralement choquant, obscène ou même criminel, ne peut s'exprimer clairement à la conscience ; la *censure* (tout le monde connaît le sens attribué par FREUD à ce mot) l'en empêche, car, s'il parvenait en clair à la conscience, il provoquerait un malaise, de l'angoisse, et par suite le réveil, alors que le but du rêve est de permettre au sommeil de continuer. Il faut donc que s'accomplisse un travail psychique qui réalise un compromis tel que la pensée latente puisse se traduire en un contenu manifeste acceptable par le *moi* et ce travail constitue l'*élaboration du rêve*.

Elle utilise les « restes » des émotions et des pensées du jour, mais de préférence ceux qui sont indifférents, précisément parce que ces derniers n'attirent pas l'attention et le veto de la censure. En effet, les tendances et les désirs, refoulés dans l'inconscient à mesure que l'enfant grandit par l'éducation morale, sont tous évidemment de nature mauvaise ; nonobstant, par le fait du refoulement, qui nous empêche d'en avoir connaissance, ils n'ont pas perdu leur valeur psychique, laquelle s'efforce de les réaliser malgré la censure ; celle-ci étant affaiblie dans le sommeil, ils en profitent pour passer dans le préconscient en s'accrochant, en quelque sorte, aux restes indifférents de la veille, auxquels ils *transfèrent* leur énergie psychique et qui leur servent ainsi de couverture. Le transfert toutefois suppose des opérations multiples, notamment la *condensation* ou compression du matériel psychique, la *transformation* des aspirations inconscientes en images sensorielles et, parfois, le *changement* de l'ensemble

(1) *La Science des rêves*, par S. FREUD, professeur à l'Université de Vienne, traduct. MEYERSON, 1 vol. in-8 de la « Bibliothèque de philosophie contemporaine ; » IV-641 pages, 1926.

en une construction d'aspect intelligible, qui rend le rêve inoffensif, alors que son contenu réel est tout autre. En somme, l'élaboration du rêve consiste à disposer de certaines pensées de la veille d'une façon étrange et anormale, grâce à ce que ces pensées sont devenues le support d'un désir d'origine infantile et refoulé. L'*élaboration secondaire*, qui intervient pour procurer au rêve une allure raisonnable, ne sert qu'à masquer davantage, en détournant l'attention, la véritable signification de nos songes.

Quelle preuve a-t-on de la réalité de ce mécanisme compliqué? C'est, d'après FREUD, l'analyse des rêves qui la fournit, car cette théorie du rêve, son auteur l'affirme, a été bâtie tout entière sur les constatations apportées par la Psychanalyse. La technique est la suivante : le rêveur note et écrit son rêve dès le réveil, sans fioritures ni adjonctions, puis il le reprend en dissociant ses différentes parties et laisse s'évoquer, sans contrainte ni critiques, les souvenirs associés aux images et toutes les pensées subsidiaires qui se présentent à son esprit; et c'est par ces associations d'idées, librement développées, qu'il peut arriver à connaître les désirs refoulés que traduit le rêve. S'il s'agit d'un malade, celui-ci, procédant comme ci-dessus, raconte son rêve au médecin psychanalyste, qui note les émotions, insiste sur les idées qui les ont provoquées, force le patient à les creuser et finalement interprète le tout en s'aidant du symbolisme traditionnel, puisque les images oniriques sont des symboles. Par le moyen de cette analyse, on parvient la plupart du temps à mettre en évidence des tendances refoulées de l'enfance ou de secrètes aspirations érotiques, qui, par les compromis du contenu manifeste, cherchent à se satisfaire, et l'on démontre ainsi la source et l'existence de la pensée latente du rêve et la longue élaboration qu'elle doit subir pour aboutir aux images des songes.

J'ai indiqué en détail dans mon livre sur « Le Freudisme » (1) les ojections qui se dressent contre la théorie de FREUD. Ce n'est pas le lieu d'y revenir. Il suffit de rappeler : 1° que rien ne prouve positivement que l'association « regrédiente » des idées soit exactement la même (mais en sens inverse) que l'association « progrediente » qui a conduit au compromis onirique. L'expérience, en tout cas, témoigne souvent du contraire, car l'exploration du même rêve à des moments différents n'aboutit pas aux mêmes complexes refoulés. L'explication de ce fait par une prétendue « surdétermination » ne semble être ici qu'une échappatoire; 2° que, de l'aveu de FREUD, l'introspection n'est jamais suffisante pour aboutir à des complexes inconscients refoulés et qu'il y faut nécessairement l'intervention du psychanalyste. Or, cette intervention est active; dans la psychanalyse, les associations ne sont pas spontanées, mais dirigées par le médecin, qui, même involontairement, peut donc grandement les influencer. Par suite, on n'est jamais certain que la pensée latente du rêve, mise en évidence, soit bien celle-là même qui a agi et toute la théorie apparaît alors comme hypothétique, attendu que si l'anamnèse vérifie parfois les conclusions de l'analyse, elle prouve du même coup que l'inconscient n'est pas en jeu mais seulement l'*oublié* ce qui, au point de vue de la conception freudienne, est tout différent.

(1) J. LAUMONIER : *Le Freudisme, exposé et critique*, 1 vol. de la « Bibliothèque de Philosophie contemporaine » Alcan, Paris.

***

Au reste et quelque peu sûre que soit cette conception, elle n'en fournit pas moins, par les faits qu'elle invoque, la plus importante des contributions qui aient été jusqu'ici apportées à l'étude des rêves. On trouve, dans le livre de FREUD, une prodigieuse accumulation de documents dont tous ceux qui s'occupent des phénomènes oniriques doivent faire leur profit. Il convient de rendre un hommage mérité au labeur énorme, à l'érudition de l'auteur et à l'habileté avec laquelle il a su construire son système. Seule est criticable et fautive l'idée première qui sert à l'interprétation des faits rapportés et qui entraîne la nécessité d'échafauder une suite d'hypothèses invérifiables, comme les aspirations érotiques et l'amnésie de l'enfant, la structure de l'appareil psychique, le rôle de l'inconscient et tout ce qui s'ensuit. Qu'on le remarque bien : en raison de sa subjectivité, aucun de ces points fondamentaux n'est contrôlable. C'est la méconnaissance de la désactualisation des affabulations névropathiques qui a fait croire à la sexualité infantile, laquelle, parfaitement ignorée des sujets, a rendu nécessaires l'invention de l'amnésie et le rôle de l'inconscient. Est-il besoin de montrer, comme l'a fait récemment le professeur ANTHONY (1), que l'inconscient est, psychologiquement, une absurdité, pour ce motif péremptoire qu'une impression qui n'a jamais été perçue ne peut évidemment pas revenir à la conscience sous forme de souvenir. Ce qu'il y a de vrai, c'est que le rêve est souvent une réalisation hallucinatoire de désir, mais pas nécessairement voilée sous des symboles d'ailleurs variables avec les races, les milieux et les individus. Sans doute, refoulement, censure, résistance sont des réalités, mais pourquoi donner des noms nouveaux et une allure anthropomorphique aux simples effets d'une éducation morale plus ou moins étendue et solide? Tout ce qu'il y a d'exact dans la théorie de FREUD peut parfaitement rentrer dans le cadre de l'explication neuronique du sommeil et du rêve, et cette dernière, à son tour, ne saurait que gagner à tirer tous les avantages possibles des investigations laborieuses du maître viennois.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1926)

Syndrome occipital avec hallucinose et amnésie verbale visuelle. — MM. BARUK et DEREUX présentent un malade de trente-cinq ans qui, quelques mois après un ictus et un coma passagers et sans séquelles immédiates, fut atteint de crises d'hallucinose visuelle tantôt isolées, tantôt constituant l'aura d'une crise comitiale. Il s'agit d'hallucinations élémentaires (visions de lueurs de feu) toujours unilatérales, et survenant dans le champ d'une hémianopsie homonique droite. La nature pathologique de ces manifestations est parfaitement reconnue du sujet. Les crises surviennent à intervalles variables et ne sont calmées que par le gardenal.

En dehors de ces phénomènes visuels, le malade présente un trouble particulier de la lecture; il est arrêté sur la lecture de certains mots qu'il ne peut énoncer et qu'il ne peut recon-

(1) ANTONY. *Réflexions d'un biologiste sur l'objet, les méthodes et les limites de la Psychologie*, Paris, 1925.

naître que lorsqu'on les a prononcés devant lui. Aucun trouble aphasique; le malade comprend et exécute les ordres oraux et écrits les plus délicats. Pas de troubles de vocabulaire, ni de l'écriture. Les fonctions intellectuelles sont intactes.

Les auteurs pensent qu'il s'agit d'un syndrome d'excitation du cortex occipital et insistent sur l'intérêt de syndrome d'hallucinose unilatérale, et des troubles d'agnosie visuelle au cours des lésions de cette région.

Thrombo-phlébite de la veine cave inférieure postpuerpérale. Rôle éventuel de l'infection colibacillaire. — MM. J. Cathala et Chabrun rapportent une observation qui a évolué en trois périodes :

1° A la suite d'un accouchement : état infectieux avec fièvre continue, anémie du type pernicieux, pyélonéphrite colibacillaire antérieure à l'accouchement; 2° amélioration coïncidant avec le développement d'une thrombose de la veine cave inférieure; 3° embolie pulmonaire avec abcès nécrotique du poumon, compliqué de pleurésie purulente colibacillaire.

Toutes les hémocultures ont été négatives. Le seul germe décelé dans les urines, dans la paroi veineuse, dans le liquide pleural a été le colibacille. Néanmoins, le tableau typique qui au début reproduisait celui des formes anémiques de l'endocardite maligne donne à penser qu'il ne s'agit pas d'une infection puerpérale colibacillaire, mais d'une infection puerpérale streptococcique avec superinfection colibacillaire.

Tuberculose du péricarde chez l'adulte. — MM. M. Renaud et Chatagnon rapportent l'observation d'une tuberculose caséeuse du péricarde, à lésions considérables.

La malade qui en était atteinte était immobilisée au lit depuis trois ans par des arthrites chroniques. Dans les derniers mois de la vie seulement, la dyspnée, les douleurs thoraciques, la cyanose avaient attiré l'attention du côté du cœur. Un bruit systolique, à timbre de frottement s'entendait dans la région précordiale. La fièvre était très modérée. La mort survint par asthénie cardiaque après un syndrome hémorragipare.

L'autopsie montra le cœur entouré dans une couche de tissu tuberculeux bourré de pellicules et caséifié en de nombreux endroits d'une épaisseur de plus d'un centimètre. La tuberculose était limitée aux feuillets péricardiques et il n'y avait pas de tubercule dans le myocarde lui-même.

Une telle observation est de caractère absolument exceptionnel. Il s'agissait d'une symphyse analogue à celle de l'enfant, mais dont la traduction clinique et l'évolution revêtirent des caractères tout particuliers

M. Paisseau signale avoir observé un cas semblable.

Remarques sur les pyélonéphrites gravidiques. — MM. Ribadeau-Dumas et Chabrun, tout en insistant sur les rapports des pyélonéphrites avec la coli-bacillose (80 p. 100 des cas environ), signalent avoir observé des cas en rapport avec des phlébites variqueuses, des angines, des rhino-pharyngites et même du coryza, Dans un cas, on a pu isoler le streptocoque. Les auteurs insistent sur l'inactivité de la thérapeutique au moins sur le colibacillurie.

Splénomégalie tuberculeuse à évolution scléreuse. — M. J. Tapie.

Les ictères intermittents dans les obstructions calculeuses ou cancéreuses du canal cholédoque. — M. Brulé a pu observer deux malades qui, l'un depuis deux ans, et l'autre depuis un an, présentaient une à deux fois par mois des accès d'ictère intense, accompagnés de fièvre et durant de trois à quatre jours. Dans l'intervalle, il n'existait que du subictère. Malgré ce tableau clinique anormal, il conclut à un calcul du cholédoque et l'intervention chirurgicale amena la guérison. Il ne s'agit là que de l'exagération d'un phénomène fréquent dans la lithiase cholédocienne : le calcul, quoique volumineux n'oblitère qu'incomplètement le cholédoque dilaté et ce sont de petites poussées de cholédocite qui viennent, par instants, compléter l'obstruction biliaire.

Plus anormal encore est l'ictère intermittent au cours des cancers du pancréas, dont l'auteur rapporte deux observations. Peut-être dens ces cas encore, l'infection cholédocienne vient-elle compléter la rétention, la tumeur n'oblitérant qu'incomplètement le cholédoque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 13 octobre 1926)

A propos de la coxa vara rachitique. — M. Sorrel fait un rapport sur deux observations de M. Delahaye.

Dans le premier cas, chez un enfant de quatorze ans, on tenta la réinfraction, et malgré l'appareillage, la consolidation fut obtenue très difficilement, et le résultat obtenu fut peu satisfaisant; chez le deuxième malade, âgé de dix-sept ans, on fit une ostéotomie sous-trochantérienne très oblique et le résultat fut excellent. Ces résultats confirment les conclusions précédentes du rapporteur qui estime que la réinfraction n'est pas une bonne opération. Il faut suivre ces malades longtemps, et il ne faut la tenter que sur des cols très mous.

Traitement des suppurations pleuro-pulmonaires chroniques (rapport de M. Roux-Berger). — M. Moiroud (de Marseille), chez une femme de vingt ans présentant des signes cavitaires et un très mauvais état général, après pneumothorax et examen des crachats montrant l'absence de bacilles de Koch, a fait une résection de la cinquième côte et fait un décollement pleuro-pariétal étendu; la compression par des mèches de gaze laissées en place six semaines a laissé persister un écoulement assez longtemps, après quoi la malade a parfaitement guéri.

Trois observations de plaies viscérales multiples (rapport de M. Roux-Berger). — M. Moiroud a opéré trois malades pour des plaies par balle de revolver de la région abdominale, avec perforations viscérales multiples, et a obtenu deux guérisons.

L'incision de L. Bazy pour la néphrectomie. — M. Zawadzki (de Varsovie) n'emploie plus d'autre incision pour les opérations pour affections rénales ou périrénales; il apporte une série de vingt-six cas opérés par cette méthode qui lui donne toute satisfaction.

Phlegmon de la jambe d'origine diphtérique. — M. Abadie (d'Oran) rapporte l'observation d'une femme de cinquante ans ayant présenté au cours d'une amygdalite un phlegmon profond de la jambe et chez qui, au bout d'une dizaine de jours après l'incision du phlegmon, apparurent sur la plaie de petites taches grises dont l'ensemencement montra du Lœffler. Guérison rapide après traitement.

M. Lecène fait des réserves sur l'origine de cette diphtérie et croit plutôt à une diphtérisation secondaire de cette plaie d'origine exogène.

Sur les anomalies génitales. — M. Mathieu, reprenant la discussion sur cette question, insiste sur les difficultés de diagnostic et discute la meilleure conduite à tenir en présence de ces anomalies.

Election. — M. Récamier est élu membre honoraire de la Société.

(séance du 20 octobre 1926)

Tumeur pseudo-kystique à myéloplaxes chez un enfant de trente-six mois. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation de M. Lasserre (de Bordeaux). Un enfant de trois ans ayant fait une chute on pensa d'abord à une fracture du fémur; puis, après radiographies, l'auteur opéra, curetta la cavité osseuse qu'il remplit de greffons ostéo-périostiques empruntés à la mère de l'enfant; appareil plâtré, guérison.

M. Mouchet, après examen histologique fait par M. Lecène des coupes de M. Lasserre, pense qu'on est en présence de la dystrophie osseuse appelée ostéite fibro-kystique.

Traumatismes du carpe. — M. Mouchet apporte un cas, observé par MM. Solcard et Couraud, de traumatisme du carpe, luxation du semi-lunaire et fracture du pyramidal; après réduction sous anesthésie générale, le résultat fonctionnel a été excellent.

Fracture de l'avant-bras. — M. Grimault (d'Algrange) a opéré un malade ayant présenté une fracture du col du radius

associée à une fracture de la diaphyse du cubitus, par ostéosynthèse; suture de la fracture du radius au crin de Florence et vissage d'une plaque sur le cubitus; le blessé a repris son travail trois mois après l'accident.

Traitement d'une paralysie faciale complète par résection du ganglion cervical supérieur du sympathique. — M. Robineau rapporte une observation de M. Botrau-Rousselle (de Damas) qui, chez un blessé ayant présenté une section primitive du facial par balle, a obtenu, après ablation du ganglion cervical supérieur, une très grande amélioration de la paralysie. Le rapporteur cherche à savoir si cette amélioration est due à l'opération ou s'il s'agit d'une régénération tardive spontanée du nerf.

M. Lecène fait des réserves sur l'utilité de cette opération; il a personnellement obtenu un très beau résultat dans un cas de paralysie faciale, par anastomose du nerf et de l'hypoglosse.

A propos d'une malade ayant subi un très grand nombre d'interventions (rapport de M. Robineau). — M. R. Monod apporte, à titre de curiosité, l'observation d'une femme ayant subi en quelques années un nombre très important d'opérations graves.

A propos des fractures bi-malléolaires vicieusement consolidées. — M. Gernez fait un rapport sur une observation de M. Autefage qui a traité avec bons résultats deux fractures, vicieusement consolidées, par astragalectomie.

M. Pierre Duval présente, au nom de MM. H. Béclère et Porcher, un film sur l'examen radiologique du duodénum.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1926)

Recherches sur l'élimination de fer médicamenteux par la glande mammaire. — M. H. Dorlencourt et Mme Nandris-Calugareanu. L'ingestion de fer (tartrate ferrico-potassique) détermine une augmentation de l'élimination de fer par la glande mammaire. Cette augmentation est presque de règle (80 p. 100 des cas étudiés) — elle est variable, peut n'être que minime, souvent elle double le taux normal du fer; dans certains cas elle peut le quadrupler — il n'y a pas de rapport direct entre les quantités de fer données à ingérer et celles éliminées par la mamelle; toutefois, des doses fortes augmentent l'élimination.

Sur la mesure du pouvoir bactéricide du sérum humain normal. — M. Alexandre Georgevitch. Poursuivant mes recherches sur le pouvoir bactéricide du sérum humain normal à l'égard des virus entérotropes, j'ai cherché à mesurer ce pouvoir en utilisant les sérums dilués à des taux différents. Si le nombre des microbes mis en contact avec le sérum est élevé, ils sont tous tués avec des dilutions faibles du sérum variant de 1 : 4 à 1 : 16, suivant le sérum expérimenté. Ce même résultat bactéricide est obtenu avec des dilutions plus fortes du sérum humain (1 : 10 à 1 : 30), mais dans ce cas il est nécessaire de mettre ce sérum en contact avec une quantité plus faible de microbes.

Les cultures sur plaque des mélanges sérum + microbes, qui ont séjourné au préalable à l'étuve à 37 degrés pendant trois heures, comparées avec des cultures témoins (eau physiol. + microbes) ont montré une diminution du nombre des germes variant de 55 p. 100 (bacille de Shiga) à 100 p. 100 (bacilles paratyphiques A et B, vibrion cholérique et bacille de Flexner).

Le sérum humain *in vitro* est donc très bactéricide pour les virus entérotropes. Un même sérum manifeste une puissance bactéricide variable suivant l'espèce microbienne avec laquelle il est mis en contact.

Recherche des sels biliaires dans les urines albumineuses. — MM. Brulé, Nicaise et Gilbert-Dreyfus. Poursuivant la recherche des sels biliaires dans l'urine, d'une part avec la réaction de Pettenkofer, qui devient très sensible quand on épure l'urine par la technique de Meillère, et d'autre part avec la réaction de Hay et la mesure de la tension superficielle, nous avons pu voir combien est délicate l'interprétation des résultats fournis par les diverses méthodes de mesure de la tension superficielle; nous avons pu, par contre, vérifier à nouveau la valeur de la réaction de Hay qui se montre toujours parallèle à la réaction de Meillère.

Cependant chez un malade nous avons noté une discordance entre les deux réactions : celle de Meillère était positive, celle de Hay négative. Mais l'urine contenait de l'albumine. Des expériences multiples nous ont montré aussitôt que l'albumine, augmentant la tension superficielle des urines, peut ainsi contrebalancer, plus ou moins, l'action des sels biliaires qui diminue cette tension. Il faut une forte albuminurie pour masquer l'action dénivelante des sels biliaires, ce qui restreint beaucoup en pratique l'importance de cette cause d'erreur. Cependant pour rechercher les sels biliaires dans une urine albumineuse il vaudra mieux avoir recours à la caractérisation chimique par le procédé de Meillère. La mesure de la tension superficielle et la réaction de Hay ne pourront être employées qu'après avoir au préalable désalbuminé l'urine.

L'immunisation passive de la cavité méningée. — M. S. Mutermilch. Le liquide céphalo-rachidien des lapins immunisés activement ou passivement envers les hématies de moutons (injections intrapéritonéales) ne contient jamais d'hémolysines malgré la présence d'un taux très élevé de ces substances dans le sérum. L'injection intraveineuse d'un gramme d'urotropine rend la barrière vasculo-méningée perméable aux anticorps qui apparaissent alors en quantités appréciables dans le liquide céphalo-rachidien.

Spécificité des infections ostéo-articulaires tardives dans les dysenteries bacillaires. — MM. G. Worms, Ph. Lesbre et Gabriel Bourdille ont étudié, au point de vue biologique, les complications ostéo-articulaires tardives des dysenteries bacillaires. Ils ont prouvé leur spécificité en décelant dans les épanchements articulaires des cocco-bacilles gram négatif non cultivables et des agglutinines pour le bacille de His; ce dernier germe peut donc être, au même titre que le bacille de Shiga, responsable de ces accidents.

La fixation du complément chez les sujets vaccinés par l'anatoxine tétanique. — MM. Chr. Zoeller et N. Decamps ont étudié la réaction de déviation du complément obtenue en présence d'anatoxine tétanique dans le sérum de sujets vaccinés. Le sérum des sujets non vaccinés ne contient en général pas de sensibilisatrices; celles-ci se développent au cours de la vaccination. Elles s'accroissent également à l'occasion d'une injection de rappel. Cependant l'évolution des sensibilisatrices et celle des antitoxines ne restent pas parallèles; l'existence et le taux des unes ne renseignent pas sur la présence ou l'abondance des autres. Ces propriétés sont moins rigoureusement spécifiques que les propriétés antitoxiques qui constituent, elles, la condition même de l'immunité.

Sécrétine et sécrétion interne vagotonisante du pancréas. — MM. L. Garrelon, D. Santenoise et A. Le Grand montrent que la sécrétine n'agit pas seulement sur la sécrétion externe du pancréas, mais qu'elle active la mise en liberté par cette glande d'une hormone vagotonisante.

1° Après injection de sécrétine chez le chien, l'excitabilité des centres pneumogastriques augmente;

2° Si le chien a été préalablement dépancréaté, la sécrétine est sans action sur l'excitabilité du vague;

3° L'injection de sérum prélevé dans la veine pancréatique d'un chien ayant reçu une injection de sécrétine produit chez un récepteur dépancréaté une réapparition passagère du réflexe oculo-cardiaque proportionnelle en intensité au réflexe oculo-cardiaque du donneur et à la quantité de sérum injectée.

L'azoturie et l'azotémie basales chez les enfants de quatre à quatorze ans ont été étudiées par MM. Edmond Lesné et Ch. Richet fils qui ont utilisé la technique antérieurement fixée pour étudier celle de l'adulte. Ils ont vu que l'azoturie basale, faible jusqu'à neuf ans, devenait très forte de dix à quatorze ans, période où l'enfant augmentait le plus de poids. A ce moment elle dépasse en moyenne de 60 p. 100 celle de l'adulte. L'azoturie basale (c'est-à-dire la mesure du besoin d'albumine) est de 17 p. 100 supérieure chez les garçons que chez les filles.

Cette méthode a permis également aux auteurs d'apprécier plus exactement qu'on ne l'a fait jusqu'ici le besoin d'albu-

mines par kilo chez l'enfant. Il augmente avec l'âge et à quatorze ans il atteint le double de celui de l'adulte. Ce fait a une conséquence importante dans l'alimentation de l'enfant.

CHRONIQUE

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DE GRASSET

M. le professeur Henri Roger (de Marseille), qui fut l'un des disciples fervents du maître montpelliérain, a consacré récemment (1) une notice à la mémoire de Grasset.

En remplissant ce devoir filial, notre ami Roger a montré la fidélité de ses sentiments envers un maître très cher, mais il a aussi honoré la presque millénaire Université de Montpellier dont Grasset fut une des plus grandes et des plus pures illustrations. Aussi sa notice constitue-t-elle une excellente préface aux Journées médicales de Montpellier qui ont lieu cette semaine même.

Nous sommes heureux d'en reproduire quelques passages.
(*N. D. L. R.*)

* * *

« Son enseignement médical, il en a résumé lui-même les grandes lignes, dont il ne s'est jamais écarté, dans son discours de réception à la chaire de thérapeutique à l'âge de trente-trois ans : tradition et progrès.

« J'aime passionnément le progrès; je l'admire et je le recherche partout où il se trouve. En cela, j'ose le dire, je suis entièrement et absolument de mon siècle.

« Mais si j'aime le progrès, je respecte infiniment et ne veux en rien sacrifier la tradition : j'entends cette belle et grande tradition, synthèse de tous les efforts et de toutes les conquêtes du siècle passé.

« La science, pas plus que la France, n'est née d'hier. La tradition, loin d'être l'ennemi du progrès, en est le fondement et la condition.

« Avec la tradition, tous les efforts sont utilisés, tout le mouvement se fait en avant. C'est le véritable progrès.

« Dans mon admiration pour mon siècle, je n'oublie pas ce géant des siècles passés, sur les épaules duquel le nôtre se hisse pour voir plus haut et plus loin que ses devanciers. »

Grasset est en cela fidèle à la vieille doctrine montpelliéraine. Combien de fois il cite les idées et se retranche derrière l'autorité du grand Barthez, dont il serait très honoré d'être appelé le « modeste continuateur ».

Il a touché, on peut le dire, dans ses publications, à toutes les branches de la médecine. Il rédige, à l'usage des praticiens, des consultations médicales où il publie les formules qui lui ont le mieux réussi.

Dans une ébauche de déontologie médicale, il codifie les principales règles qui doivent guider le médecin dans ses rapports avec ses confrères ou avec ses clients.

Il traite dans ses leçons cliniques de tous les sujets à l'ordre du jour, aussi bien de la grande grippe de 1888-1889 que du spiritisme. Mais Grasset est, avant tout et surtout, un neurologue. Durant les quelques mois de son séjour à Paris au moment de son concours d'agrégation, il suit le brillant enseignement de Charcot. Ce Maître éminent dominait de sa haute autorité toute la Médecine française et devait orienter bien des vocations vers l'étude de ce système nerveux jusqu'alors si négligé.

Déjà avant de subir l'empreinte du Maître de la Salpétrière, il est curieux de souligner le titre du premier travail qu'en 1873 Grasset envoie au *Montpellier médical*. Cette publication concerne une « observation d'aphasie complète suivie de guérison ». On sait la part importante que prennent par la suite les troubles du langage dans son enseignement.

C'est à leur occasion qu'il construit son fameux schéma du « polygone » et sa doctrine des *deux psychismes* : psychisme inférieur conduisant les nombreuses manifestations de notre automatisme inconscient (distractions, sommeil, hypnotisme, troubles du langage) et psychisme supérieur présidant à nos actes volontaires et réfléchis, à nos pensées mûrement élaborées et conscientes. Le polygone n'est qu'une figure commode, reliant par une ligne imaginaire les divers centres cérébraux, où s'élaborent nos perceptions visuelles et auditives et d'où partent les ordres destinés aux muscles du langage et de l'écriture. Au-dessus de ce polygone, réuni à ses divers centres par de nombreuses connexions, domine le centre O, siège de l'intellectualité supérieure.

Dès 1900, Grasset a l'occasion de réfuter la théorie de Lombroso qui considérait le génie comme une grande névrose. Il établit que certaines anomalies intellectuelles n'empêchent pas... et parfois peuvent aider l'éclosion d'un génie mais ne lui sont pas intimement liées. De cette époque date son premier contact avec certains *demi-fous*, Après le roman de Michel Corday, il est amené à mieux étudier les diverses faces du problème au point de vue scientifique.

Ces individus peuvent rendre certains services à la société, mais ils ne sont qu'à demi responsables du mal, comme du bien, qu'ils font. Les raisonnables entièrement responsables, s'ils commettent un délit, sont passibles des foudres de la loi. Les fous doivent être soignés dans les asiles, sans qu'on puisse leur tenir rigueur de leurs crimes, dont ils sont irresponsables. Entre ces deux groupes séparés et opposés, il y a place pour un troisième, composé de certains anormaux, demi-fous, demi-responsables.

Sans doute, quelques milieux médicaux, en particulier, au Congrès de Genève, ont cru, à tort, être amenés par un détour à se prononcer entre le déterminisme et le libre arbitre et ont voulu proclamer l'incompétence du médecin en matière de responsabilité des criminels. Le caricaturiste Moloch a représenté Grasset, coiffé de sa toque rouge et armé d'un bâton de folie, en train de peser dans une balance des quarts et des dixièmes de responsabilité.

Sans doute il ne faudrait point pousser la théorie à l'extrême et risquer d'énerver la répression sociale en innocentant plus ou moins les criminels, sous prétexte qu'il faut être né ou être devenu anormal pour commettre un délit grave. Pareils individus peuvent être influencés par l'appareil des lois et la répression est dans ce cas légitime.

Mais, en se plaçant au point de vue strictement médical, l'expert, nommé pour étudier les facultés psychiques d'un voleur ou d'un assassin, n'a pas le droit de se dérober à la question de plus ou moins grande responsabilité entraînée par ces anomalies mentales. Cette question de la responsabiliié atténuée a d'ailleurs fait beaucoup de chemin dans certains pays : en Belgique, par exemple, existent des asiles-prisons, dont le régime diffère sensiblement du régime pénitencier, qui sont sous la direction de médecins et où sont recueillis et soignés ces anormaux psychiques à demi-responsabilité.

Grasset, après avoir pendant près de trente ans, occupé la chaire de clinique médicale, où il avait formé tant de générations de praticiens, veut, en 1909, dans sa soixantième année, échanger son enseignement avec celui de son excellent élève et ami Rauzier. C'est pour lui une excellente occasion de transmettre de sa propre main, avant l'âge de la retraite, le flambeau qu'il tient de ses maîtres au plus digne de ses successeurs. En passant à la chaire de pathologie et thérapeuthique générales, il tient surtout à y faire la synthèse de son œuvre et à léguer à la science son traité de *Physiopathologique clinique*, qui mérite d'être appelé un monument impérissable.

L'idée directrice de cette œuvre est basée sur une conception un peu nouvelle de la médecine, résumée d'ailleurs dans le titre de physiopathologie. C'est le rapprochement constant du fonctionnement des organes à leur état normal (physiologie) et de leurs troubles durant la maladie (pathologie), qui doit éclairer l'étude des états morbides. Grasset place, en exergue de son traité, une phrase significative de Claude Bernard « il n'existe qu'une science en médecine; cette science est la physiologie appliquée à l'état sain comme à l'état morbide ».

Avant le XIXe siècle et au début de ce dernier, régnaient dans la médecine des théories trop scholastiques qui, loin d'être basées sur les faits pour les expliquer, essayaient d'accommoder les faits à la théorie. Pour une juste réaction, le siècle dernier s'était efforcé de se débarrasser de ce fatras médiéval qui avait excité la verve de Molière! Il apporta une base plus scientifique à notre art par les recherches sur le cadavre, par l'étude macroscopique et microscopique détaillée des viscères lésés, surtout par les diverses méthodes précises

(1) Le professeur Grasset, sa vie et son œuvre, par le docteur H. Roger, professeur de clinique neurologique à l'Ecole de médecine de Marseille, *Marseille méd.*, 5 sept. 1926.

d'exploration clinique (auscultation, découverte par Laënnec, thermométrie clinique, analyse des diverses humeurs, recherche des germes morbides due au grand génie de Pasteur).

Pour Grasset, au penser anatomique qui voit surtout la lésion en cause, il faut substituer le penser physiologique, qui s'occupe de la fonction déviée. On ne peut régénérer par un traitement approprié une cellule hépathique ou nerveuse atrophiée, mais on est en mesure d'exciter la fonction d'autres cellules intactes, de suppléer au mauvais fonctionnement d'une glande ou d'un appareil nerveux altérés.

C'est donc la fonction qu'il faut étudier et non l'organe, plusieurs organes participant souvent à la même fonction : fonctions de réception, de circulation, d'élaboration de la matière, de défense contre l'ennemi venant de l'extérieur.

Comme l'avait pressenti Barthez au début du XIXe siècle dans son livre sur « la science de l'homme », la médecine est la science de l'homme vivant, aussi bien normal que pathologique, Conformément à la vieille doctrine montpelliéraine et en opposition avec la théorie organicienne, autrefois défendue par l'Ecole de Paris, la maladie ne se résume pas dans « l'évolution du microbe sur le terrain humain, à la façon d'une graine qui se développe dans un terrain passif. La maladie est la bataille de l'organisme vivant contre le germe pathogène ».

C'est l'homme vivant qui fait sa maladie : c'est lui qu'il faut étudier et non la maladie elle-même.

Cette lutte comporte la mise en jeu de forces, différentes des forces physicochimiques. « Les êtres vivants présentent tant qu'ils vivent et parce qu'ils vivent des caractères spéciaux, qui les rapprochent des êtres vivants et qui les distinguent de leurs cadavres et des matières brutes inorganiques. »

Si le rein chasse par les urines les matériaux nocifs qui se trouvent dans le sang, il ne le fait pas à la manière d'une simple membrane perméable. Sans doute, c'est un filtre, qui obéit à certaines lois mathématiques, mais c'est un filtre vivant, qui choisit parmi les produits à excréter, garde le sucre nécessaire à l'organisme, élimine l'urée, déchet de la nutrition, élabore lui-même par sa vitalité glandulaire propre l'acide hippurique.

« L'individu vivant porte en lui, non seulement une activité propre, mais aussi un but précis à cette activité : le maintien et la défense de sa vie contre le milieu nocif et l'accroissement de cette vie jusqu'à la génération d'un être vivant semblable à celui dont il est lui-même sorti. »

Telle est la conception néovitaliste de la médecine rénovée par Grasset, avec sa finalité particulière.

C'est pendant cinq ans que le Maître enseigne la pathologie et la thérapeutique générales. Les auditeurs, il faut malheureusement le dire, étaient des plus clairsemés : nous étions à peine une poignée d'assistants. Les cours avaient lieu à deux heures, pendant le semestre d'été dans un amphithéâtre surchauffé par le soleil et le Maître était si indulgent aux examens ! Mais des milliers de lecteurs ont lu et liront encore ces cinq volumes, qui sont le couronnement de son œuvre.

Ayant ainsi réalisé la synthèse de l'entière médecine, croyant n'avoir plus rien de nouveau à dire et n'ayant jamais eu l'habitude de se répéter dans son enseignement, Grasset, en pleine maturité de son talent, à soixante-cinq ans, demande sa mise anticipée à la retraite, qui lui est accordée au début de 1914. Il y avait plus de vingt-cinq ans qu'il s'était promis de ne pas attendre la soixante-dixième année officielle. Mais combien peu à sa place auraient tenu en vieillissant cette promesse !

« Je veux descendre et ne pas tomber », dit-il souvent. Et puis il a le souci de faire la place aux jeunes.

Il a d'ailleurs une préoccupation qui lui est chère. Dégagé de toute obligation universitaire, il aura, durant les quelques années qui lui restent à vivre, plus de moments à consacrer à ses chères études philosophiques.

Depuis qu'il a rapporté au concours général le prix de l'Empereur pour la classe de philosophie, il n'a jamais cessé de se passionner pour cette science. Un esprit chagrin, méconnaissant ses qualités de clinicien et son rude labeur journalier de grand praticien, n'a-t-il pas dit que Grasset était un philosophe égaré dans la médecine !

Le résumé succinct de son œuvre médicale, ne vous a-t-il pas montré la hauteur de ses conceptions, sa tendance particulière aux idées générales, et ne vous a-t-il pas fait deviner son orientation philosophique ?

Son œuvre maîtresse sur *Les limites de la biologie* date de l'aurore du XXe siècle. Préfacée dans une de ses éditions par Paul Bourget, elle fit couler beaucoup d'encre et entraîna avec Le Dantec des controverses qui ne finirent qu'à la mort presque simultanée des deux adversaires.

Suivant la doctrine du transformisme et de l'évolutionisme alors à leur apogée, il n'existerait aucune différence fondamentale entre le caillou et le plus élémentaire des organismes vivants. L'on trouve tous les intermédiaires entre l'amibe et l'homme, en passant par le singe. La science de l'être vivant peut presque se ramener à l'étude de l'amibe.

Depuis les progrès récents et parfois fantasmagoriques de la physique et de la chimie, la vie paraît uniquement conditionnée par des lois physico-chimiques. La nouvelle biologie générale, purement physicochimique, englobe toutes les autres sciences. Une seule méthode est applicable à son étude, la méthode expérimentale, purement objective. Tout ce qui, dans la morale, l'esthétique, la psychologie, la sociologie, ne repose pas sur ces bases positives et expérimentales, n'a aucune valeur scientifique. A plus forte raison, la métaphysique et la religion, qui n'ont rien à voir avec les sciences positives, doivent-elles être bannies de la conscience humaine.

A propos de cette doctrine, Grasset ne pense pas que la biologie, avec ses méthodes particulières, dont il connaît la juste valeur, doive ainsi s'étendre démesurément à tout le domaine de l'esprit. Il essaie d'en mieux délimiter le territoire, borné en bas par les sciences physicochimiques, latéralement par la morale, la psychologie, la littérature et les arts, l'histoire, la sociologie et le droit, en haut par les mathématiques, la géométrie, la logique, la métaphysique, la théologie et la religion.

Il réclame pour notre intelligence le droit à une méthode d'investigation autre que l'observation externe ou objective. Il proclame la nécessité de l'observation au dedans de nous-mêmes, observation interne ou introspection, qui s'applique aux autres branches que la biologie.

Toute science a ses procédés particuliers d'études, qui ne sauraient convenir à ses voisines. Toute science a ses principes, ses méthodes, ses dogmes fondamentaux. « La théologie, science des vérités révélées, ne peut être ni classée dans les sciences positives, ni jugée par les sciences positives. » Leurs domaines sont différents.

La biologie ainsi comprise ne s'exhausse pas au rang de maîtresse et n'est pas ravalée à la condition de servante. *Nec ancilla, nec domina*. Le biologiste peut fort bien, tout en restant un éminent savant, Laënnec, Pasteur, Grasset et bien d'autres, l'ont montré, être fidèle à la fois à sa science et à sa religion. »

NOTES POUR L'INTERNAT

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE [1]

2° **L'infection** reste le plus gros danger chez les rétrécis.

L'**urétrite chronique** qui précède généralement le rétrécissement est entretenue et aggravée par lui.

L'infection de proche en proche, surtout à la période de rétention, peut gagner tout l'arbre urinaire.

La **prostatite aiguë ou chronique** est souvent sous la dépendance d'un rétrécissement.

La **cystite** n'est pas rare, les urines deviennent glaireuses, les douleurs violentes au cours et après chaque miction.

La **pyélonéphrite** plus rare est toujours tardive, elle se traduit par une piurie avec douleurs rénales, température, elle peut aboutir à :

L'**infection urinaire**. — « Le rétréci devient un urinaire ».

INTOXIQUÉ. — Pâle, amaigri, *azotémique*.

INFECTÉ. — Avec langue sèche, dysphagie buccale, température.

FRAGILE. — Susceptible de complications broncho-pulmonaires mortelles.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 84, p. 1358, et n° 86, p. 1390.

Dans d'autres cas il s'agit de suppurations locales aboutissant à l'abcès urineux, à la péri-urétrite phlegmoneuse diffuse.

Abcès urineux. — Débute parfois brutalement par un frisson, plus souvent de façon lente, insidieuse, par une douleur périnéale, surtout marquée en position assise, avec élévation de température. Puis l'on assiste à l'évolution d'une *tuméfaction le plus souvent périnéale*, limitée, douloureuse, présentant tous les caractères d'un abcès chaud qui évolue vers la fistulisation à la peau.

Le pronostic vital reste favorable, mais il persiste souvent *une ou plusieurs fistules.*

La **péri-urétrite phlegmoneuse diffuse**, véritable phlegmon gangréneux, s'observe surtout chez les vieux rétrécis.

Elle débute rapidement par une pesanteur périnéale avec frisson, fièvre, malaise général, en même temps qu'apparaît au périnée une tuméfaction diffuse douloureuse.

En vingt-quatre ou quarante-huit heures le phlegmon a envahi :

Le scrotum, énorme, œdématié, rouge vineux.

La verge, dont le fourreau œdématié a triplé de volume.

L'abdomen dans les régions pubienne et sus-pubienne avec œdème rouge diffus des téguments.

Mais il faut aller chercher au périnée le point de départ et c'est là qu'il faudra inciser avant tout.

L'état général est très atteint.

La température est élevée ou au contraire basse avec adynamie.

La langue sèche, la soif vive.

La diarrhée fétide le plus souvent.

L'évolution grave se fait dans nombre de cas, malgré l'intervention, vers la mort.

FORMES CLINIQUES. — Rétrécissement traumatique. — Présente même symptomatologie, bien que cependant quelques caractères particuliers.

Il est *précoce*, débutant deux à trois mois après l'accident.

Il est *rapide* dans son évolution.

Il est *unique*, étroit, serré, en virole et difficilement dilatable.

Il siège généralement dans la portion périnéo-bulbaire, parfois il est pénien, rarement membraneux, mais alors le rétrécissement est moins important que le décalage qui résulte de la rupture.

Rétrécissement chez la femme. — Peut être également :

Congénital,

Inflammatoire, le plus souvent blennorragique ou

Traumatique assez souvent, succédant :

A une cautérisation pour polype,

A un chancre,

A un traumatisme obstétrical.

La douleur et la difficulté de la miction, l'incontinence postmictionnelle, comme chez l'homme, sont les principaux symptômes.

La rétention, les accidents infectieux sont plus rares.

L'exploration du canal permet le diagnostic.

Rétrécissements congénitaux. — Sont rares.

Souvent méconnus et ne déterminant des accidents qu'à l'occasion d'une infection surajoutée.

Parfois ils entraînent des troubles chez l'enfant, l'*incontinence nocturne* en est un des principaux signes.

DIAGNOSTIC. — 1° Positif. — Sera basé avant tout sur :

L'*exploration du canal* au moyen de bougie à boule olivaire; accessoirement :

La *radiographie* après injection de substance opaque,

L'*urétroscopie*, peuvent donner des renseignements.

A l'urétroscope, la muqueuse apparaît blanc jaunâtre, sans souplesse, avec ses altérations d'urétrite chronique et ses altérations glandulaires.

Ne jamais manquer, enfin, d'examiner :

La vessie. — Sa contractilité, son résidu, son infection possible.

Le rein. — Pour en connaître la valeur fonctionnelle par la *constante d'Ambard*, l'étude de l'*azotémie sanguine*.

2° Différentiel. — Ne se pose guère en pratique.

1. Le malade vient pour des troubles mictionnels. — Chez un individu jeune, l'on doit penser au rétrécissement.

Chez un individu âgé, à l'hypertrophie prostatique.

Mais seule l'exploration du canal permet, en définitive, le diagnostic.

a. *L'explorateur franchit plusieurs ressauts.* — Le diagnostic de rétrécissement blennorragique est alors certain.

b. *L'explorateur est arrêté seulement dans la région bulbaire.* — Plusieurs hypothèses peuvent être discutées.

Le *spasme* est souvent surajouté.

En l'absence de toute autre lésion, il est *facilement franchi par un béniqué.*

L'*hypertrophie prostatique* se reconnaît outre le toucher rectal par ce fait que l'explorateur est arrêté *dans l'urètre postérieur*, la boule olivaire ne peut plus être perçue, contrairement au rétrécissement, que par le toucher rectal.

Les autres causes d'erreur :

Néoplasme,

Calcul ou *corps étranger de l'urètre*,

sont d'un diagnostic facile.

2. A la phase de rétention aiguë. — Il faut d'abord éliminer par le toucher rectal l'existence d'une *lésion prostatique aiguë*, abcès.

Penser à la possibilité d'une *blennorragie simple à la phase aiguë*, au cours de laquelle un traitement intempestif peut déclancher une rétention. Il faut rechercher le pus au méat et ne pas sonder un tel malade.

Chez un sujet âgé, éliminer :

L'*hypertrophie prostatique*.

Le *néo de la prostate* par le toucher rectal.

TRAITEMENT. — 1° Du rétrécissement simple non compliqué. — *a.* Si on excepte *la résection*, surtout applicable aux rétrécissements traumatiques et à certains rétrécissements blennorragiques peu étendus ;

b. Le traitement restera avant tout la DILATATION LENTE qu'il faudra faire précéder ou suivre dans certains cas d'opérations adjuvantes. *Urétrotomies, électrolyse.*

1. Le rétrécissement est franchissable, par un explorateur n° 10 et :

a. DILATABLE. — La dilatation lente au moyen de bougies ou de béniqués doit être employée.

b. INDILATABLE. — Soit parce que trop durs, ou parce que : dilatation douloureuse et sanglante, il faut avoir recours à l'*urétrotomie interne* suivie de dilatation.

2 Le rétrécissement est franchissable, mais par un explorateur petit (au-dessous de n° 10 ou par filliformes).

Urétrotomie interne d'emblée, suivie de dilatation.

3. Le rétrécissement est infranchissable. — Le cas est exceptionnel car les tentatives doivent être répétées huit et dix jours de suite, précédées chaque fois de bains chauds, de suppositoires antispasmodiques avant de pouvoir conclure rétrécissement infranchissable.

Il faut avoir recours alors à la *résection* si possible ou à l'*urétrotomie externe* suivie plus tard d'urétroplastie.

2° Rétrécissement compliqué. — *A.* **De rétention aiguë sans fièvre.** — *a.* Essayer d'abord bain chaud, suppositoire antispasmodique. En cas d'échec :

b. Essayer une sonde et la laisser vingt-quatre heures si l'on ne peut passer une *filiforme* que l'on laissera à demeure.

c. Si l'on n'a rien pu passer la *ponction de la vessie* permet de parer aux accidents immédiats.

B. **De rétention aiguë** avec accidents fébriles.

a. Pratiquer d'emblée une *urétrotomie interne*.

b. Et si l'on ne peut franchir le canal avec une bougie filiforme faire *une cystostomie.*

C. **De suppuration péri-urétrale.** — Traiter d'emblée ces accidents sans s'occuper du rétrécissement.

D. **D'infection des voies urinaires supérieures :**

Urétrotomie interne avec sonde à demeure jusqu'à disparition des accidents fébriles;

Ou *cystostomie*.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Prix Fillioux. — Jury : MM. Launay, Le Noir, Bouchet, Bloch, Bourgeois.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — *Concours de l'externat.* — Questions données :

Première série : « Artère poplitée. — Signes et diagnostic des varices du membre inférieur. »

Deuxième série : « Ligaments passifs de l'articulation du genou. — Signes et diagnostic de l'hydarthrose du genou. »

Troisième série : « ~~Extrémité supérieure du fémur.~~ — Signes et diagnostic de la varicelle. »

Quatrième série : « Muscle deltoïde. — Signes et diagnostic des fractures de la diaphyse humérale. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Chirurgie : M. Dufour, chef de clinique; M. Lapervenche, chef de clinique adjoint.

Médecine des enfants : M. Cantorné, chef de clinique; MM. Clarac et Traissac, chefs de clinique adjoints.

Ophtalmologie : M. Viaud, chef de clinique.

Electrothérapie : M. Mathey-Cornat, chef de clinique; M. Lachapèle, chef de clinique adjoint.

Maladies cutanées et syphilitiques : M. Magimel, chef de clinique.

Oto-rhino-laryngologie : M. Despons, chef de clinique.

VAL-DE-GRACE. — Sont nommés professeurs à l'Ecole d'application du Service de santé militaire :

Chaire de chirurgie de guerre (appareillage et orthopédie). — M. le médecin-major de 1re classe de l'armée active Maisonnet, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

Chaire de chirurgie spéciale. — M. le médecin-major de 1re classe de l'armée active Worms, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont nommés membres de la Commission d'examen des pourvois des pensionnés à 100 p. 100 pour tuberculose, MM. le professeur Léon Bernard, les docteurs Jules Renault et Guinard.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Un concours sur titres, en vue du recrutement d'un médecin spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Var, aura lieu fin novembre.

Les candidats doivent être français, âgés d'au moins vingt-huit ans, et être pourvus du diplôme de docteur en médecine français, et ne pas s'engager à faire de clientèle.

Pendant la durée du stage, les traitements du médecin spécialisé de dispensaire sont fixés à un minimum de 1.500 fr. par mois. Il est attribué, en outre, des frais de déplacement qui se règlent suivant les conditions et conventions locales, ou d'après un forfait payable d'avance.

Lors de sa titularisation dans les conditions précitées, les traitements du médecin spécialisé sont portés, au minimum à 19.000 fr. par an, avec augmentation de 2.000 fr. tous les deux ans, jusqu'à concurrence de 25.000 fr. au moins.

Les frais de déplacement sont réglés avec avances provisionnelles, soit par un contrat forfaitaire, soit sur état mensuel détaillé selon un accord préalable.

Les charges de famille doivent être prévues et comporter une indemnité de 600 fr. par enfant.

Ces traitements et indemnités sont toujours revisables et modifiables selon le coût de la vie.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose : 66 *bis*, rue Notre-Dame-des Champs, à Paris (VIe).

FONDATION BERGONIÉ. — Le lundi 8 novembre, à 9 h. 1/2, à la Faculté de médecine, aura lieu la remise de la croix

d'officier de la Légion d'honneur au docteur Lobligeois, radiologiste de l'hôpital Bretonneau, victime de son dévouement à la science.

La médaille de la Fondation Bergonié lui sera remise à cette occasion.

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Le dîner de rentrée des « Médecins parisiens de Paris » a eu lieu le 26 octobre, à l'auberge de la Devinière, sous la présidence du docteur Devraigne, président en exercice. Les nombreux assistants, docteur Baillière, professeur Léon Bernard, docteurs Bloch (André), Blondin (Paul), Boissier, Bongrand, Boulanger-Pilet, Boutet, Chassin, Chenet, Courtin, Coutela, Devraigne, Didsbury, Doin, Fège, Galliot, Gérard (Léon), Giraud, Gréder, Guébel, Laurent-Gérard, Leroux, Le Roy des Barres, Lobligeois, Lortat-Jacob, Mlle Mircouche, Mock, Monthus, Mounier, Papillon, Piot, Prost, Rolet, Sauphar, Sée, Trèves, Viguerie, Vitry, Waldon, montrèrent le plus grand enthousiasme à fêter la promotion du docteur Lobligeois au grade d'officier de la Légion d'honneur, distinction si méritée qui, comme le dit fort bien le docteur Devraigne, « honore encore plus l'ordre de la Légion d'honneur qu'elle n'honore celui à qui elle fut justement conférée ». Puis, M. le professeur Léon Bernard exposa, avec une simplicité aimable qui en fit le charme, les remarques intéressantes qu'il put faire lors de son récent voyage en Amérique. Enfin, seize nouveaux membres furent élus qui viendront encore grossir le nombre des présents au prochain dîner de décembre. S'étaient fait excuser : les docteurs Blondel, Constensoux, Dartigues, Duclaux, Lavenant, Lereboullet, Loubier, Luys, Lotte, Maréchal, Miriel, de Monchy, Monscourt Quiserne, professeur Charles Richet, Rollot, Schaeffer, Schreiber, Tarrius, Tixier, Toupet, Vimont, Watelet.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au secrétaire général, docteur Pierre Prost, boulevard Malesherbes, 119, Paris (VIIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Descomps (d'Aiguillon), père de nos confrères Pierre Descomps, professeur agrégé, chirurgien de la Charité, et Paul Descomps, ancien chef de clinique médicale à la Faculté, auxquels nous adressons l'expression de notre très vive sympathie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. (Hospice de la Salpêtrière.) — M. le professeur A. Gosset commencera son cours de clinique chirurgicale, à la Salpêtrière, le mercredi 10 novembre 1926, à 11 h. 1/2 du matin, et le continuera les jeudis et mercredis suivants, à la même heure.

COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. — M. F. Rathery, professeur de pathologie expérimentale et comparée, commencera son cours le mercredi 10 novembre 1926, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Le rein. — Le métabolisme basal.

Conférences de pathologie comparée. — Pendant les mois de novembre et de décembre, tous les vendredis le cours du professeur sera remplacé par un série de conférences concernant la pathologie comparée qui seront faites par MM. V. Robin et L. Panisset, professeurs à l'Ecole d'Alfort.

Professeur V. Robin : Vaccine. — Fièvre de Malte et avortement épizootique. — Tuberculose des carnivores domestiques.

Professeur L. Panisset : Tuberculoses animales (carnivores exceptés). — Charbon bactéridien. — Rage. — Morve. — Fièvre aphteuse. — Rouget du porc. — Diphtérie des oiseaux. — Dourine et syphilis. — Anémie infectieuse du cheval.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques, obligatoires pour les étudiants de 3e année, seront faits les mercredis et vendredis, à 14 heures, à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique, par M. L. Binet, agrégé, chef des travaux.

Des démonstrations expérimentales et des projections cinématographiques seront effectuées.

COURS DE CLINIQUE ORTHOPÉDIQUE CHEZ L'ADULTE. — M. le docteur Mauclaire, agrégé, chargé de cours, fera la première leçon le vendredi 12 novembre, à 17 heures, amphithéâtre Vulpian, et les suivantes les lundis et vendredis, à la même heure. Présentation de nombreuses radiographies.

Cours de revision en douze leçons en juin.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. (Asile clinique, rue Cabanis, n° 1, XIVe.) — M. le professeur Henri Claude commencera ses leçons cliniques à l'amphithéâtre de la clinique le mercredi 17 novembre, à 10 h., et continuera son enseignement les mercredis suivants, à la même heure.

Le samedi, à 10 h. : leçon polyclinique avec présentation de malades.

COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — M. le professeur Menetrier commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le mercredi 17 novembre 1926, à 6 h., à l'amphithéâtre de thèses n° 2, et le continuera les mercredis suivants, à 6 h., pendant toute la durée de l'année scolaire.

Sujet du cours : « Histoire de la médecine et de la chirurgie au XIXe siècle ».

PATHOLOGIE MÉDICALE. — SEMESTRE D'HIVER. — *Première série.* — M. Sicard : Maladies des reins et de la nutrition ; — M. Aubertin : Maladies du sang.

Deuxième série. — M. Lian : Maladies du poumon ; — M. Brulé : Maladies du foie.

M. Sicard commencera son cours sur les maladies du rein le mardi 9 novembre 1926, à 18 h. (petit amphithéâtre) et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

HÔPITAL NECKER. — LEÇONS SUR LES AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF, du 8 au 20 novembre 1926, sous la direction du docteur Robineau, avec la collaboration de MM. Gally, A.-C. Guillaume et Max Lévy.

Ces leçons seront suivies de démonstrations pratiques en français, anglais et espagnol. Examens de malades, examens radiologiques, recherches de laboratoire, etc.

Droit d'inscription : 250 francs.

S'inscrire dans le service.

HÔPITAL FOCH (60, rue Vergniaud). — Le docteur Léon Giroux reprendra ses conférences de cardiologie pratique le dimanche 21 novembre, à 10 heures, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. Présentation de malades. Examen clinique, radioscopique et électrocardiographique.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — EXCURSIONS EN CORSE. — Pour visiter la Corse, prenez à Bastia et Ajaccio les autocars P.-L.-M. Ils continuent à fonctionner cette année jusqu'au 30 novembre et comportent trois circuits :

Deux au départ d'Ajaccio :

Circuit des Calanche de Piana, les mardi et vendredi. Prix : 85 fr. ; Circuit de Bonifacio, les dimanche et mercredi. Prix : 150 fr.

Un au départ de Bastia :

Circuit du Cap Corse, les dimanche et vendredi. Prix : 65 fr.

L'Office de la Corse, 10, avenue de Friedland, à Paris, renseigne sur les voyages dans l'île, délivre les billets de chemin de fer, de bateau et d'autocar.

REVUE GÉNÉRALE

LA DOULEUR DES VISCÈRES

Conférence aux Journées médicales montpelliéraines (1)

Par le professeur Emile FORGUE.

Messieurs et honorés confrères,

Je vais essayer, avec l'aide de votre bienveillante attention, de mettre au point, dans son actuelle et complexe documentation, une question de physio-pathologie générale qui, depuis le moment — il y a plus de trente ans — où j'ai abordé la chirurgie abdominale, m'est apparue pleine d'inconnues, mais dominante par sa portée scientifique et pratique.

La douleur des viscères! C'est là, assurément, l'un des plus grands problèmes de l'heure présente. Pour le résoudre, deux méthodes de travail sont indispensables. D'abord, la collaboration entre le médecin et le chirurgien : cet esprit d'équipe a été une des leçons de la guerre et doit lui survivre; c'est grâce à lui qu'après avoir solidement établi la neuro-chirurgie des centres et des nerfs de la vie de relation, nous étendons, maintenant, à tout le sympathique, à ce grand régulateur de la vie organo-végétative les entreprises et ressources de la chirurgie du névraxe; cela vous explique qu'ayant à faire une conférence chirurgicale, ce sont surtout des travaux médicaux que j'ai consultés et que les œuvres maîtresses de Mackenzie, de Laignel-Lavastine, de Guillaume, de Déjerine, de Müller, de Thomas, aient été mes documents de base. D'autre part, c'est une vérité de principe que la règle suivante : le chirurgien moderne doit chercher sa directive et son appui dans les données de la physiologie et de l'expérimentation ; *il doit penser et agir physiologiquement*; (or, dans le domaine de la neurologie, selon la judicieuse remarque de Déjerine, physiologie et anatomie se confondent). Nulle part, ce « penser physiologique » ne s'impose autant que dans la chirurgie du sympathique que nous avons vue, au cours de ces dernières années, développer, au delà même de ses applications rationnelles et durables, son champ d'intervention.

N'est-ce point au laboratoire, en vérité, que cette chirurgie du sympathique a fait ses débuts, il y a trois quarts de siècle déjà, en 1851, avec la fameuse expérience de Claude Bernard, par la section du sympathique cervical du lapin? Voilà un fait expérimental, chargé d'avenir, gros de progrès thérapeutiques insoupçonnés, qui, pendant près d'un demi-siècle, est resté chirurgicalement inexploité, jusqu'au jour où, vers 1895, Jaboulay eut l'audace logique d'appliquer au traitement de l'épilepsie la vaso-dilatation encéphalique due à l'excision du sympathique cervical et au goitre exophtalmique la modification qui en résulte dans l'innervation thyroïdienne. Puis (car, c'est, vraiment, une « chirurgie à éclipse », recevant chacune de ses impulsions des progrès successifs de la physiologie), après cette période de cinq ans de faveur, comprise entre 1896 et 1901, c'est une phase de discrédit, tout au moins d'inactivité. Enfin, avec l'étape contemporaine, à la lumière des notions anatomiques et physiologiques nouvelles que nous a apportées surtout l'école anglaise et, avant tous, Langley et Gaskell, dont Langdon Brown a pu dire « lire une description du sympathique avant Gaskell, c'est comme si on lisait le chapitre de la circulation avant Harvey », et comme conséquence chirurgicale du retentissement médical de la conception d'Eppinger et Hess, nous assistons à un renouveau de la chirurgie du système nerveux végétatif dont Leriche est incontestablement le plus agissant animateur. Le sympathique est à la mode; il l'est même trop, selon le mot de Laignel-Lavastine : car, après l'avoir trop négligé, on lui attribue actuellement un pouvoir pathogénique excessif, comme on en attend des services thérapeutiques trop divers. Si l'on veut mesurer le développement intensif qu'a prise actuellement l'étude du système nerveux de la vie végétative, il n'y a qu'à considérer la littérature « immense » pour nous servir de l'expression de Gottard Söderbergh que ces dernières années ont vu éclore; plus de 250 pages du livre de Laignel-Lavastine, synthèse remarquable par la sûreté de l'érudition et la valeur critique de l'exposé, sont occupées par les références; l'index bibliographique de Brunning et Stahl, en 1924, tient plus de 40 pages; la contribution personnelle de Leriche comprend une liste de plus de trente travaux dignes d'un examen attentif; et déjà, à l'étranger, en Belgique avec Lemoine, en Allemagne avec Otto-Hahn, Brunning et Stahl, en Italie avec le rapport que Donati vient de présenter en octobre 1926, au Congrès italien de Padoue, la chirurgie du système nerveux végétatif se développe dans de véritables traités, de documentation volumineuse, mais insuffisamment sélectionnée.

C'est vous dire l'énorme dossier que j'ai dû réunir et compulser pour en extraire cette simple causerie d'une heure. Et, enfermé dans l'horaire étroit de cette conférence, véritable lit de Procuste, je crains que la tâche que j'entreprends ne ressemble, selon la comparaison que rappelait Lasègue en pareille occurrence, à celle que se vantait d'accomplir cet affranchi qui, au dire de Pétrone, prétendait transcrire l'*Iliade* et l'*Odyssée* en caractères assez menus et sur un papyrus assez fin pour faire tenir les deux poèmes dans la coquille d'une noisette.

Il me faut donc, d'abord bien limiter la question. Parmi les objectifs multiples que vise la chirurgie actuelle du sympathique, je ne retiens que celui-ci : *son action anti-algique*, *sa valeur analgésiante* c'est dire ses indications *dans la chirurgie de la douleur :* et je ne veux envisager que le traitement des *algies abdominales*. Cette étude synthétique me paraît devoir comprendre trois parties, logiquement enchaînées : 1° *La sensibilité normale des viscères*, question fondamentale pour le choix de l'anesthésie opératoire en chirurgie viscérale ; 2° *leur sensibilisation pathologique*, c'est-à-dire *la douleur viscérale et sa valeur séméiologique*, ce qui est un chapitre dominant du diagnostic abdominal; 3° le *traitement opératoire des grandes algies viscérales*, *abdomino-pelviennes*, orientation neuve, capable de développer notre action dans un sens résolument conservateur, *chirurgie non mutilante*, *chirurgie directe* bornée à la partie du sympathique (chaîne, nerf, plexus ou ganglion), que la clinique et la physiologie nous désignent, *chirurgie d'avenir*, si l'on en juge par les succès que nous obtenons dans le traitement de ces sympathalgies des membres, qui, ayant résisté, pendant des années, à tous les moyens connus, cèdent,

(1) Nous tenons à remercier bien vivement M. le professeur Forgue d'avoir bien voulu réserver à la *Gazette des hôpitaux* la primeur de la belle conférence qu'il a faite hier à Montpellier et de nous avoir ainsi donné une mise au point si parfaite d'une passionnante question de physiologie. — *N. D. L. R.*

comme par enchantement, à une sympathectomie péri-artérielle, ce qui est un acte de petite chirurgie à la portée de tous.

Je ne me dissimule ni les imperfections, ni les insuffisances de cet exposé rapide. Mais, entendons-nous bien : ces conférences des Journées médicales (dont j'ai quelque expérience étant un des premiers ouvriers de l'œuvre de Bruxelles), ne sont ni des rapports de Congrès, ni des communications personnelles de Sociétés savantes, ni des cours de perfectionnement; ce doivent être des séances de hautes études médicales, où se font des prises de contact et des échanges de vues, ayant pour but — et pour profit — de poser devant des praticiens, et non pas devant les maîtres spécialisés, les grands problèmes d'actualité, d'en classer les données, de faire le point et d'effectuer le triage des progrès réels et des propositions caduques, de provoquer même la collaboration de nos confrères, le concours de leur matériel clinique et le contrôle de leurs observations.

I

Dans cet obscur problème de la douleur splanchnique — où il faut sérier les solutions — le point initial à résoudre est le suivant : *quelle est, normalement, la sensibilité des viscères?* Précisons mieux : *quelle est la sensibilité normale des viscères aux excitations d'ordre mécanique, telles que les comporte l'acte chirurgical?* La question est d'importance; car elle devient la base rationnelle de l'anesthésie de choix dans la chirurgie abdominale.

Or, la réponse à cette question est de notion toute récente : il a fallu l'essor contemporain de la laparotomie et surtout la possibilité, grâce à l'anesthésie locale, d'aborder, chez un opéré non narcotisé, les plus grosses interventions viscérales pour acquérir ici des précisions que l'expérimentation sur les animaux était insuffisante à nous fournir.

Aussi, il est à remarquer que la question n'a été résolue *ni par les physiologistes, ni par les médecins*, mais par *les chirurgiens* et leurs inspections directes. C'est un chirurgien suédois, Lennander qui a poursuivi ici l'effort le plus continu d'observation et fixé avec le plus d'exactitude, ce point de neurologie humaine que les grands physiologistes, Haller, Bichat, Magendie n'avaient fait que pressentir.

Voici ses constatations essentielles : *tous les viscères sont insensibles au contact, à la température et à la douleur : seules, les manœuvres de traction sur les viscères et leurs pédicules sont douloureuses*, parce qu'elles intéressent le péritoine pariétal et le tissu sous-séreux qui sont très sensibles à la douleur, grâce à leur richesse en terminaisons nerveuses *d'origine cérébro-spinale*; les épiploons sont insensibles à la ligature et à la thermo-cautérisation; de même, les mésentères sont insensibles, surtout au voisinage de leur insertion intestinale.

Logiquement, une conclusion majeure, au point de vue de la pratique anesthésique, s'en déduit : *s'il est vrai que*, selon la formule de notre collègue suédois, *tous les organes innervés par le sympathique ou le vague*, au-dessous du récurrent, *sont dépourvus de nerfs de la douleur*, et que *toutes les sensations douloureuses intra-abdominales sont transmises par le péritoine pariétal et le tissu sous-séreux* tous deux innervés par des nerfs cérébro-spinaux, nous, opérateurs, nous n'avons pas à nous occuper de l'insensibilisation du sympathique ou du vague; le problème de l'anesthésie viscérale se simplifie : *il suffira d'anesthésier la paroi abdominale*, plus sûrement les nerfs cérébro-spinaux qui l'innervent; nous pourrons, dès lors, manœuvrer, en toute tranquillité, sur les organes insensibles, sur le foie, l'estomac, l'intestin, la rate, l'utérus et les ovaires.

Mais, la question n'a pas cette solution simpliste. *Expérimentalement*, d'abord, la valeur absolue de la formule de Lennander est contestée par les recherches de Kast et Meltzer. *Pratiquement*, nous, chirurgiens nous vérifions que l'anesthésie locale de la paroi, insensibilisant à fond le segment métamérique pariétal qui correspond au viscère opéré, ne suffit pas, en général, à nous donner cette insensibilité profonde, absolue, nécessaire à la manœuvre indolore des viscères; que la traction sur l'organe et sur les pédicules nerveux, pour son extériorisation opératoire plus ou moins complète (par exemple, extraction du colon transverse et de l'anse jéjunale, effondrement du méso dans la gastro-entérostomie) est douloureuse parce qu'elle retentit sur ses attaches et, par elles, sur la séreuse et la sous-séreuse pariétales; au surplus, que nous n'opérons pas sur des organes sains et libres, mais sur des viscères sensibilisés par des poussées inflammatoires, par des lésions ulcéreuses, par des adhérences; enfin, que, dans le traumatisme chirurgical, il n'y a point seulement à considérer la perception consciente de la souffrance, mais ces réflexes occultes, qui ont leur point de départ au plexus solaire, et, comme dans la classique expérience de Goltz, peuvent, par retour centrifuge vers le pneumogastrique, déterminer l'inhibition du cœur.

De ces données essentielles, *que conclure comme direction à venir de l'analgésie en chirurgie viscérale?* Il est hors de doute que l'anesthésie arrive présentement à un tournant de son histoire : l'évolution actuelle est surtout marquée par *le développement de l'analgésie locale ou régionale qui réduit de plus en plus le champ de la narcose*, par inhalation. Les avantages en sont multiples. Nous y trouvons d'abord des garanties de sécurité qu'aucune des améliorations techniques de l'anesthésie générale n'a égalées. Pourquoi agir sur les centres nerveux, quelque brève et bien dosée que soit cette imprégnation toxique, si nous pouvons réaliser la même suppression de la douleur, par *une interruption fonctionnelle bornée à l'appareil nerveux périphérique?* C'est comme si, pour éteindre la lumière dans un quartier, on plongeait toute la ville dans l'obscurité. *Ce blocage de la zone opératoire* et l'abolition, par la section physiologique des nerfs afférents de cette zone, des excitations centripètes qui en partent, ont, au point de vue de *la préservation du choc nerveux*, une telle supériorité que cela devient une indication à choisir, soit à titre d'analgésie seule et suffisante, soit comme complément de la narcose, (anoci-association de Crile), l'anesthésie locale, surtout pour les grandes opérations viscérales, pour celles où précisément nous redoutons le choc réflexe.

Pratiquement, comment résoudre ce problème de l'anesthésie locale, dans la chirurgie de l'abdomen? Il n'est pas douteux que *les nerfs cérébraux-spinaux sont chargés de transmettre la plus notable partie des sensations douloureuses provoquées par la manipulation opératoire des viscères*. Donc, fait essentiel à retenir, *l'anesthésie de la paroi abdominale*, à la condition d'être étendue à tous les plans pariétaux aux limites de toute l'aide métamérique de l'organe en cause, (et nous allons en voir les raisons et la

preuve à propos de la souffrance spontanée, pathologique, des viscères), peut, en barrant la conduction nerveuse dans le neurone périphérique de relation, permettre une intervention rapide et simple, sur un viscère : par exemple, dans le cas d'une gangrène herniaire, une entérorrhaphie ; dans l'hypothèse d'un estomac libre, non adhérent, une anastomose au bouton sur la face postérieure région peu sensible, une gastrostomie, une cholécystostomie.

En réalité (et cela explique ce paradoxe de viscères insensibles et d'opérations viscérales partiellement douloureuses), *ce ne sont point des organes sains et mobiles que nous opérons* : leurs lésions inflammatoires, ulcéreuses ou néoplasiques, les ont fixés et sensibilisés et il est vraisemblable que, dans ces conditions, *la transmission douloureuse par la voie sympathique prend une acuité que l'état normal ne comporte pas*; les adhérences viscéro-pariétales aggravent l'intensité des tractions, sur les replis séreux et sur les pédicules. De plus, il y a lieu de réviser l'axiome de Lennander, affirmant l'insensibilité normale des viscères, pour la section du bistouri, la piqûre de l'aiguille, la striction d'une pince, la brûlure du thermo. Avec Kast et Meltzer, avec Ritter, je pense que *cette insensibilité n'est point absolue* : maintes fois, j'ai vu la ligature de l'épiploon déterminer des réactions douloureuses (cette sensibilité nous a d'ailleurs paru variable selon les sujets); pour l'estomac, j'ai vérifié que, s'il y a des zones latentes, pauvres en nerfs, supportant sans douleur le pincement et la section, comme la partie moyenne de ses faces et la grande courbure, il y a des régions très innervées, comme les pédicules coronaire, pylorique et la petite courbure qui ne sont pas insensibles aux divers traumatismes qui composent l'opération. De même, j'ai plusieurs fois contrôlé l'insensibilité de la vésicule biliaire; n'empêche que, dès qu'on approche du confluent du cystique et du cholédoque, on met en jeu la réaction douloureuse des nerfs rétro-péritonéaux.

De là, si l'on veut obtenir l'anesthésie régionale complète, *la nécessité de bloquer les deux voies* : la spinale et la sympathique. Or, pour couper cette double communication celle qui rattache les viscères à la vie végétative, et celle qui les relie aux nerfs de la vie animale, quelles sont les méthodes de choix? Il me semble qu'il faut partager en deux zones les viscères abdominaux : *l'étage supérieur, sus-ombilical* (estomac, foie, rein, rate, intestin supérieur); *l'étage inférieur,* sous-ombilical, abdomino-pelvien (vessie, rectum, organes génitaux). *Pour cette seconde zone*, après plus de vingt ans de pratique de la rachi-anesthésie, je crois, en toute conscience, *que la supériorité appartient à la rachi* qui a l'avantage de faire coup double et d'insensibiliser à la fois les nerfs de la paroi et les nerfs viscéraux. Bien qu'ayant été le principal ouvrier de la renaissance actuelle de la rachi-anesthésie, j'estime que sa cause ne peut qu'être desservie par des applications inutiles et trop extensives; je ne l'emploie plus pour les courtes interventions, appendicite simple, hernie, kystes de l'ovaire libres, où suffit une brève éthérisation de quelques minutes au goutte à goutte. Mais m'autorisant d'une longue et scrupuleuse expérience, je déclare une fois de plus, que ce qui fait le prix d'une rachi, bien conduite, à dose minima, dans les opérations majeures de la gynécologie, c'est ce « silence abdominal », ce calme plat du ventre qui, vraiment, a transformé nos hystérectomies élargies pour cancer utérin, nos énucléations pour inclusions graves, nos décortications d'annexites très fixées.

La *première zone*, au-dessus de l'ombilic, reçoit son innervation du plexus solaire par les plexus secondaires qui en émanent et qui suivent les artères. *Ici, je reconnais que la rachi ne garde point tous ses avantages et qu'il y a mieux à faire* : il faut, en effet, une anesthésie médullaire haute pour insensibiliser l'estomac qui est en connexion, par la voie sympathique, avec les segments dorsaux V à IX et le foie dont les centres médullaires de réception sont à peu près de même hauteur. Et, précisément, avec la rachi, c'est de ce niveau supérieur que nous ne sommes pas maîtres; aux doses modérées, nous risquons de rester en deçà et d'avoir un raté ; à quantité plus forte, nous nous exposons à une ascension au delà, non graduable, qui ne nous donne pas de sécurité.

L'anesthésie paravertébrale a l'avantage d'atteindre les racines à leur émergence des trous de conjugaison et en amont des rameaux communicants, donc d'insensibiliser d'un même coup l'origine des nerfs pariétaux et les origines du splanchnique, c'est-à-dire la zone cutanée et la zone viscérale d'un même métamère : sans être le procédé idéal, dont un Allemand, avec plus de lyrisme que d'esprit critique, a dit qu'il était « l'Eldorado de tous les procédés », elle me paraît digne d'être très attentivement étudiée; *car sa valeur dépend de sa précision technique*, et cette précision dépend de l'expérience. *Pour les organes de ce premier étage, c'est peut-être la méthode d'avenir.* La question s'est, en effet, radicalement simplifiée depuis que nous avons réduit la double série d'injections paravertébrales, imposée par Kappis allant du VI° segment dorsal au III° lombaire, c'est-à-dire nécessitant dix-huit piqûres profondes, et comportant le péril (non illusoire, puisque les Allemands ont rapporté des cas mortels) de doses excessives de l'agent analgésique. Comme conséquence pratique de l'étude des *zones de Head* et grâce aux travaux de Laewen, nous avons appris *à exclure la sensibilité transmise de segments médullaires bien déterminés* et nous savons exactement *à quels segments correspond l'innervation sensible de chaque organe.*

Un principe me paraît d'ailleurs devoir inspirer le choix de nos techniques : puisque les diverses phases d'une opération sont inégalement douloureuses, *il est logique de substituer à une anesthésie totale, égalitaire, une analgésie fractionnée, dosée, élective et qui proportionne son lieu et ses modes aux inégalités même de l'innervation sensible des plans anatomiques successifs.*

Il m'est arrivé souvent, surtout en chirurgie gastrique, de me contenter d'une bonne anesthésie pariétale avec quelques bouffées de kélène, au moment des tractions douloureuses sur les pédicules; mais cette *anesthésie discontinue* n'est pas assez régulière pour devenir la formule optima et ne supprime pas, chez les sujets à poumons tarés, le danger des complications pulmonaires. *Combiner à l'analgésie pariétale,* l'anesthésie splanchnique, c'est une autre solution que j'ai maintes fois utilisée; mais à l'anesthésie splanchnique, à la manière de Roussiel, Labat et Billet, par piqûre à l'aveugle, en arrière, au-dessous de la XII° côte, je préfère, avec Lambret, procéder en cours d'opération à l'infiltration locale directe, clairvoyante, qui atteint les nerfs au moment où ils abordent l'estomac : quatre à cinq piqûres, bien placées, aux points nodaux (dont une sur la faux de la coronaire dont Paul Walther a

montré l'importance) assurent une insensibilité de l'organe dont tout observateur impartial est frappé.

II

C'est vraiment un contraste qui mérite de fixer l'attention du clinicien que cette différence radicale de l'*insensibilité des viscères* et de la *sensibilité de la paroi* en réponse à *une même excitation mécanique*; par là, s'accuse l'opposition fonctionnelle entre les *deux systèmes de la vie organique et de la vie animale* dont le génie de Bichat avait si fortement marqué la dualité.

Un autre contraste est digne de frapper le médecin philosophe. Normalement, nos fonctions organiques s'accomplissent sans l'intervention de la conscience, bien que des ondes, incessamment émises, d'excitations trophiques, nécessaires au maintien automatique de l'équilibre vital, soient transmises des viscères aux centres nerveux. Comment ce prodigieux accord fonctionnel et cette régulation automatique que commande le système sympathique, et grâce auxquels le jeu de nos organes s'accomplit dans un rythme silencieux, sont-ils perturbés par les lésions de viscères jusqu'alors insensibles et comment la douleur fait-elle son apparition comme symptôme *prépondérant* ou *avertisseur*? Montaigne a bien noté, dans son auto-observation, cette transition brusque « étant chu tout à coup, nous dit-il, d'une très douce condition de la vie à la plus douloureuse et pénible qui se puisse imaginer ».

A l'état de santé, c'est ce silence des organes qui est la condition de notre euphorie, de notre optimisme, même de la joie de vivre; et le calme de notre vie intérieure dépend, selon la pensée profonde de Valéry, de « l'obscure conscience des vicissitudes de la vie végétative et de la résonnance des incidents de l'existence viscérale ». Or, à l'état morbide, ces mêmes viscères, habitués à vivre silencieusement, secrètement, deviennent le point de départ de douleurs, assez intenses pour dominer la scène (douleurs épigastriques atroces du syndrome solaire, coup de poignard de l'ulcère gastro-duodénal perforé, de l'appendicite gangréneuse), assez localisées pour aiguiller l'exploration du médecin vers le siège de la lésion organique.

Pour analyser le *mécanisme nerveux de la douleur viscérale et le décomposer en ses faits physiologiques élémentaires*, il est évident que l'étude des souffrances organiques, spontanées, pathologiques, dépendant d'une maladie des viscères et procédant d'un *processus vital*, est plus clairement instructive que l'observation de la douleur chirurgicale résultant de la brutale excitation mécanique d'une section, d'un pincement, d'une brûlure.

Quel est le mécanisme de production, de transmission, de perception consciente d'une douleur viscérale? Voilà le triple problème; et il comprend, par conséquent, la solution des questions suivantes: *de quelle nature sont les excitations pathologiques capables de provoquer la douleur dans un organe totalement insensible à un excitant externe? Comment l'excitation est-elle conduite à la moelle? A ce niveau, comment s'établit la connexion avec le système sensible cérébro-spinal? Pourquoi la douleur, prenant naissance dans des organes innervés uniquement par les nerfs sympathiques ou autonomes, n'est-elle pas perçue au siège même de l'excitation, mais projetée au niveau de l'aire de distribution périphérique d'un nerf sensible cérébro-spinal, dans l'enveloppe externe du corps? Et comment, cliniquement, la topographie des zones cutanées hyperalgésiques nous permet-elle de déterminer le siège d'une affection viscérale?*

Considérons, d'abord, l'*excitation pathologique provocatrice de la douleur?* Nous nous plaçons donc au récepteur, c'est-à-dire au point d'entrée de l'excitation dans le circuit réflexe viscéro-sensible. Une condition essentielle de la production d'une douleur par l'excitation d'un viscère, c'est la *qualité même de cet excitant* : *stimulus adéquat*, « adaquater Reiz » selon le mot de Nothnagel que Mackenzie a répété sous le terme de « stimulus adéquat » et qui est d'une grande justesse.

C'est cet excitant habituel, auquel l'organe est adapté, qui va mettre en jeu sa sensibilité spéciale, sa *sensibilité fonctionnelle*, quand il arrive que cet *excitant dépasse ses limites normales d'intensité.* Deux modalités d'excitations douloureuses sont propres aux viscères creux et contractiles, à savoir : 1° *la mise en tension des parois*; 2° l'*irritabilité exagérée et la contraction spasmodique des muscles pariétaux.*

Prenons pour exemple une douleur vésicale : nous savons, en clinique (et Guyon nous l'a dès longtemps appris), que la vessie, *très obscurément sensible au contact est très sensible à la distension*; par une injection progressive, nous voyons, de façon croissante, à mesure que se dilate l'organe, s'accentuer la réaction douloureuse de sa sensibilité fonctionnelle; *à l'état pathologique*, et comme conséquence de la *diminution de la capacité*, par le spasme du muscle vésical, cette sensibilité s'exagère et la moindre quantité de liquide injecté suffit à mettre la paroi en révolte.

Cette sensibilité pathologique de la vessie va jusqu'à un tel point que le muscle pariétal contracturé oppose une résistance absolue à l'anesthésie générale et locale; il n'y a alors qu'un seul moyen analgésique; la suppression fonctionnelle de l'organe, sa mise au repos par la cystostomie. Ce même mécanisme de la *sensibilité à la tension* est applicable à la physiologie de la douleur, *dans tous les organes creux faisant fonctions de réservoirs ou de conduits.*

Voici, maintenant, ce grand groupe de douleurs abdominales englobées sous le terme de *coliques : intestinales, appendiculaires, rénales, hépatiques, salpingées, utérines.* Elles se rattachent toutes à ces deux conditions pathogéniques communes : *une rétention cavitaire*; *des contractions violentes dans un muscle creux*; et c'est là, sans aucun doute, la cause des souffrances provoquées par un spasme intestinal, une appendicite à cavité close, un pyo-salpinx en trompe oblitérée, un blocage du conduit par un calcul rénal ou cholédocien.

Soit, maintenant, le type de l'affection viscérale douloureuse, à crises; c'est l'ulcus gastro-duodénal, surtout l'ulcère de la petite courbure. Selon la conception classique, la douleur relève de l'hyperchlorhydrie : le suc gastrique, hyperacide, exerce une super-excitation au niveau de la muqueuse ulcérée, avive une sensibilité *pathologique*; et, alors, apparaît la sensation douloureuse. Mais, les études actuelles des physiologistes et les constatations des radiologues ont prouvé que les douleurs de l'ulcus sont dues surtout au péristaltisme exagéré, au pylorospasme qui augmente la pression intragastrique, par la rétention; et la preuve c'est que l'*anastomose est souvent l'intervention sédative*, non seulement en empêchant le contact prolongé du suc irritant, mais

en modifiant la rétention et les contractions douloureuses.

Prenons le cas d'un ulcère térébrant ayant atteint les plexus nerveux, au niveau du pancréas surtout; un fait nouveau s'est produit, *qui est la participation de ces nerfs au processus inflammatoire* : gastro-névrites qui entretiennent des spasmes et donnent à la douleur l'intensité des crises solaires. De même un néoplasme du gros intestin peut demeurer latent, grâce au gros calibre qui retarde les phénomènes d'obstruction; quand il devient l'origine de douleurs, c'est, ou bien que *ces troubles de rétention* ont apparu, ou bien qu'il s'est produit des entéro-névrites inflammatoires, ou bien même qu'il s'est fait une cancérisation des nerfs dans le tissu cellulaire du voisinage. Mais, alors le problème perd de sa netteté et le mécanisme se complique : l'excitation s'est diffusée et *est sortie de la sphère du système de la vie végétative*; soit par les propagations inflammatoires et les névrites ascendantes, soit par l'infiltration cancéreuse des nerfs elle a gagné l'*appareil nerveux sensible cérébro-spinal.* Ce n'est plus alors une douleur *viscérale*, c'est une douleur *pariétale* : telles les souffrances finales du cancer utérin propagé au plexus sacré. Le mécanisme de perception consciente ne fonctionne pas alors selon la conception de Mackenzie, mais selon la théorie de Lennander.

Tel est donc le *point de départ viscéral, le primum movens d'une excitation douloureuse*; et nous voyons qu'intervient, ici, non seulement la *quantité* mais surtout la *qualité fonctionnelle, adéquate,* de la stimulation. Nous allons suivre *cette excitation pathologique, dans sa transmission centripète, jusqu'au névraxe.* C'est tout le problème des relations du sympathique et de la sensibilité; et il comporte encore des inconnues dans son itinéraire et dans ses détails de conduction nerveuse; Müller, dans son beau livre sur les nerfs de la vie végétative, l'aborde à peine; André Thomas ne lui consacre que six pages de son rapport, modèle de méthode et de documentation. C'est dans l'œuvre initiatrice des Anglais, de Ross qui a créé la théorie de la douleur transmise, de Mackenzie qui en a fait l'adaptation à la clinique, et dans la contribution, judicieusement critique de Lemaire, que j'ai trouvé les plus grandes clartés, les plus conformes du moins à mes vérifications cliniques.

Une question essentielle se pose : *les fibres sympathiques sont-elles sensibles? Ou bien la sensibilité des voies sympathiques n'est-elle qu'une sensibilité d'emprunt? Ou, plus exactement, les fibres sympathiques ne sont-elles que la voie afférente d'un réflexe viscéro-sensitif?*

Je crois que cette dernière conception, qui est celle de Mackenzie et de son école, contient la plus grande part de vérité. Il n'y a pas de fibres sympathiques propres, chargées spécialement, spécifiquement, de conduire directement à la conscience la sensibilité viscérale; toute excitation pathologique d'un organe est convoyée par les nerfs sympathiques jusqu'à la moelle, où arrivée au point de jonction des systèmes autonome et cérébro-spinal, elle se transmet aux voies de relation par le mécanisme d'un réflexe. Ce circuit réflexe se compose de deux neurones : l'un viscéral, représenté par la fibre végétative; et l'autre central, représenté par un neurone de la vie de relation; l'excitation du premier se répercute sur le second qui la conduit jusqu'au *sensorium commune.* Si bien qu'au total *une sensation viscérale n'est pas ressentie dans l'organe même*, mais *projetée à la périphérie* dans la zone de distribution des nerfs sensibles correspondants.

Ce concept du réflexe *est clinique*, et *non physiologique.* Selon les physiologistes, en effet, suivant Langley surtout et l'école anglaise, à laquelle nous devons sur ces points une contribution de premier rang, les éléments sympathiques proprement dits seraient complètement dépourvus de fonctions sensitives. Or, au cours de ces dernières années, et grâce aux observations des cliniciens touchant la *sensibilité pathologique des viscères* qui, remarque capitale, échappe à la *détermination expérimentale*, un revirement s'est fait et un rôle important a été accordé au sympathique dans la fonction sensitive. Déjà, d'ailleurs, chez nous, de bons expérimentateurs, comme le regretté Jean-Félix Guyon et Courtade, avaient commencé cette réaction.

A partir des viscères, où s'épanouissent leurs terminaisons, les fibres sympathiques passent par les petits ganglions viscéraux. Puis, elles arrivent *aux gros ganglions prévertébraux,* à cette chaîne prévertébrale qui, pour les viscères de la zone sus-ombilicale que nous visons particulièrement, se compose du plexus solaire et des plexus secondaires, cœliaques, mésentériques supérieur et inférieur qui leur sont reliés par des connectifs. Par le grand et le petit splanchnique, nous aboutissons aux ganglions de la chaîne fondamentale. C'est à partir de *ces ganglions de la chaîne latéro-vertébrale* que le trajet des voies de la sensibilité devient moins clair : les schémas de Gaskell, de Müller, de Mackenzie, d'Edinger, de Lemaire, ne concordent pas.

Le nœud de la question se trouve, évidemment, dans le *rameau communicant*; c'est là, malgré sa brièveté, le secteur principal du réseau, c'est l'agent de liaison, c'est la voie de communication entre la substance grise médullaire et le chapelet des ganglions vertébraux. Histologiquement, nous connaissons bien *ce cordon de liaison* et nous savons que, dans ce faisceau complexe, il y a des fibres blanches et des fibres grises, le communicant blanc étant formé de fibres à myéline, le communicant gris étant composé presque exclusivement de fibres amyéliniques ou de Remak. Nous savons que *ce connectif contient des fibres, fonctionnellement différentes, viscéro-motrices, sécrétoires, vasomotrices*, sensibles, qui ne se groupent que pour la canalisation commune, mais qui entrent en jeu isolément, sous l'influence de leurs excitants individuels. Mais, quelle est leur répartition exacte? Pour les fibres conductrices de la sensibilité, surtout, ce trajet est obscur : le schéma de Müller fait passer des fibres sensibles par le rameau communicant gris, ce qui paraît une erreur de dessin; nous nous accordons à admettre que c'est le communicant blanc qui contient les éléments sensitifs, en particulier les grosses fibres à myéline de Kölliker dont le centre trophique est dans le ganglion spinal et que Laignel-Lavastine considère comme des *fibres cérébro-spinales centripètes viscérales,* ce qui simplifie le problème de la conduction sensitive.

Car, dans cette hypothèse du réflexe viscéro-sensible, un point en débat est le suivant : *en quel point (moelle ou ganglion spinal?) a lieu la transmission de l'excitation viscérale à la vie de relation?*

A quel niveau se fait l'articulation du neurone sensitif viscéral avec celui de la sensibilité générale? Le schéma de Mackenzie conduit le neurone sympathique afférent, en suivant la racine postérieure,

jusqu'à la moelle où il se met en rapport avec un neurone central de relation. Selon le schéma de Edinger, de Danielopolu et de Lemaire, c'est au niveau du ganglion spinal et sur la cellule en T du neurone périphérique de relation que se fait l'articulation du neurone sympathique afférent.

Ce qui paraît appuyer cette seconde interprétation ce sont, comme Langley le rappelle, quelques faits histologiques notés par Cajal et Dogiel, établissant que des fibres sympathiques, *ayant leurs cellules d'origine dans les ganglions périphériques*, pénétreraient dans le ganglion spinal pour s'y terminer par des ramifications libres autour du corps des cellules nerveuses. En raison de la division du cylndre-axe de ces cellules en de nombreuses branches, il suffirait, selon Dogiel, de quelques fibres sympathiques afférentes pour exciter un nombre considérable de cellules ganglionnaires spinales. Mais, cette théorie est contestée par Langley, en considération de l'absence de dégénérescence dans les bouts centraux des nerfs splanchniques ou des rameaux bleus, après section expérimentale : Langley en conclut que la majorité des fibres sympathiques afférentes ont leur centre trophique dans les cellules des ganglions spinaux et non pas sympathiques.

Voilà donc, depuis les terminaisons nerveuses viscérales jusqu'au centre, la *voie d'accès que suit une excitation viscérale pour arriver à la conscience*. Mais, sur ce parcours sont des relais, les amas cellulaires des ganglions n'interviennent-ils pas dans la circulation de cet influx nerveux, dans la conduction de la sensibilité? Entre l'excitation et la réaction sensible, la *moelle est-elle le seul intermédiaire* ou ne peut-on pas admettre que les *ganglions fonctionnent parfois comme centres indépendants?* Par exemple, dans les grands états douloureux de la vessie, ne doit-on pas faire jouer un rôle à l'action isolée des plexus ganglionnaires situés dans l'épaisseur même de la paroi vésicale : directement atteinte par les lésions des cystites intenses, ils exagèrent le tonus viscéral; de cette contracture, résulte la diminution de la capacité fonctionnelle de l'organe; de cette réduction résulte une hypersensibilité à la distension; et, ainsi, se crée un de ces enchaînements de causes et d'effets, un de ces cercles vicieux que nous rencontrons souvent dans la pathologie de la douleur. Il semble donc bien que les ganglions viscéraux puissent intervenir comme centres de renforcement, sur ce parcours de la sensation douloureuse. *Au niveau des ganglions vertébraux de la grande chaîne*, on admet, en général, que les *fibres centripètes ne font que les traverser* pour prendre la voie du rameau communicant.

Nous sommes, maintenant, *à l'étape centrale du réflexe viscéro-sensible*. Un fait capital s'y produit : *la jonction du neurone sympathique afférent avec un neurone spinal de la vie de relation*. Quel que soit le point où s'est effectué ce raccord, soit dans le ganglion spinal selon la thèse d'Edinger et de Lemaire, soit dans la moelle, selon le concept de Mackenzie, l'excitation viscérale, à partir de ce point, va emprunter des voies de relation pour parvenir à la conscience : dès lors, *elle sera rapportée par cette dernière à la périphérie et non au viscère en cause*. C'est aussi à partir de ce moment qu'elle sera perçue sous la forme subjective d'une douleur. *Alors que, dans les conditions physiologiques, ces excitations centripètes qui parcourent les voies de la vie organique*, et provoquent les réactions normales, occultes, d'ordre vital, n'éveillent point de sensation consciente parce que les cellules centrales auxquelles elles arrivent n'ont pas de connexion directe avec le sensorium, *la douleur apparaît* suivant le concept clair de Ross et de Mackensie, quand le stimulus approprié est d'une intensité et d'une nature telles qu'il fait vibrer les cellules voisines qui sont les centres d'un nerf sensible du système de la vie de relation. La phrase de Foster, que rappelle Langdon Brown fait image : « La cendre de la sensibilité viscérale qui couve continuellement peut, ainsi, se changer en la flamme de la douleur. »

Au total, dans la majorité des cas, *nos souffrances organiques douloureuses ne sont pas ressenties au niveau du viscère lui-même*, *mais de ses correspondances métamériques* : suivant le mot de Lemaire, l'*excitation splanchnique produit une douleur somatique*. Ces territoires de sensibilité spéciale, de sensibilité transmise, ne suivent pas le trajet des nerfs périphériques, mais celui des groupes de fibres correspondant à des segments médullaires constants. Head a fait l'étude de ces *zones sympathiques* pour la plupart des affections viscérales : nous les appelons, pour cela, *zones de Head*.

Dans nos diagnostics abdominaux, cette topographie de l'*aire sensible* a une grande importance séméiologique que nous ne considérons pas assez.

Contrôlant attentivement la topographie métamérique de l'aire sensible des douleurs des divers organes, j'ai vérifié comme Head l'avait indiqué, que, dans son territoire périphérique de connexion, une douleur viscérale se présente sous la forme *de bandes* et *de points* spécialement sensibles : elle *affecte*, selon l'expression de Bolk, *des dermatomes d'élection*. C'est surtout l'estomac, comme le dit Lemaire, qui est le viscère le plus démonstratif sous ce rapport. L'aire dermatomérique de cet organe a la forme d'une sangle, large de cinq dermatomes (de la Ve à la IXe dorsale), cerclant l'hémithorax, surtout à gauche, en raison des connexions sympathiques dominantes de ce côté. Il est exact, comme l'indique Lemaire, que, s'il s'agit d'une crise gastralgique pure, la douleur reste médio-épigastrique, affectant particulièrement les dermatomes D VII et D VIII, en avant à l'épigastre, et en arrière entre les épaules, la partie latérale de la sangle métamérique ne répondant pas à l'excitation viscérale et « restant muette ». S'agit-il, au contraire, de douleurs d'ulcères, la topographie change et peut servir à la détermination pré-opératoire du siège de l'ulcus; un ulcère haut situé, un juxta-cardiaque affecte spécialement les dermatomes D V et D VI; un bas-situé, un juxta-pylorique, a une répercussion de choix sur les dermatomes D VIII et D IX; mais, malgré cette diffusion à toute la bande métamérique cutanée, maints paroxysmes sont surtout accentués à leurs points médians antéro-postérieurs d'élection (douleurs en broche) et quelques-uns persistent à ne point irradier dans la sangle latérale. Il faut, de même, connaître l'aire dermatomérique des principaux viscères chirurgicaux; à savoir : pour le foie, entre D VII et D IX, à droite de l'épigastre le long du rebord costal; pour l'appendice ou le cæcum, à droite de D X à D XII.

En chirurgie abdominale, un symptôme est de premier ordre : *c'est la contracture musculaire de la paroi* : localisé, il nous sert à topographier l'organe lésé; diffus (ventre de bois) il signale la gravité de la réaction péritonéale. Nous apprécions sa haute valeur; nous disons : c'est une défense musculaire,

c'est un plan rigide de protection; et, en eflet, il n'est pas contestable qu'il ait pour objet (ce qui est conforme à la thèse des causes finales) la protection de l'organe malade, comme la contraction des muscles péri-articulaires immobilise la jointure souffrante. Mais, nous n'approfondissons pas son mécanisme. Or, c'est là, encore, la manifestation somatique d'une sensation splanchnique.

Selon la fonction de l'organe effecteur, la réponse réflexe à l'excitation viscérale varie : contracture, si c'est un muscle; sensation, si c'est le centre de la conscience. De même que l'excitation née dans un organe, en lui-même insensible, peut créer de la douleur en réagissant sur les cellules sensibles du système cérébro-spinal, de même les excitations viscérales peuvent se communiquer aux cellules motrices des cornes antérieures et susciter la contracture du segment musculaire métamérique correspondant, ce qui n'est qu'une exagération du tonus musculaire normal. Dès lors, nous interprétons clairement ce qui se passe quand, par exemple, dans une appendicite nous palpons la fosse iliaque droite. Nous trouvons *la triade de Dieulafoy* : 1° le point de MacBurney, que la pulpe de notre index recouvre, c'est le « point maximum », « Schmerz punkt » qui n'a d'ailleurs pas une valeur localisatrice et qui ne topographie ni la position de l'organe (comme Lanz l'a établi) ni le lieu exact de sa lésion, mais répond simplement au point où la branche perforante antérieure du douzième nerf intercostal traverse le bord externe du grand droit; 2° *la zone* hyperalgésique cutanée, par réflexe viscéro-sensitif, sous la forme et dans les limites de l'aire dermato-mérique du viscère de D X à D XII; 3° la bande de contracture musculaire, correspondant au même segment médullaire de distribution. Nous nous expliquons aussi comment dans une pneumonie, l'algie viscérale peut être transmise et ressentie au niveau de la branche perforante antérieure du douzième nerf intercostal, et comment une douleur thoracique est perçue dans la paroi abdominale; d'où cette difficulté, à laquelle il faut toujours penser chez les enfants, du diagnostic de la *pseudo-appendicite pneumonique*.

Sans doute, le concept de Mackenzie ne doit pas être généralisé à toutes les douleurs viscérales; mais, des trois modes de perception consciente de la sensibilité organique c'est celui qui paraît s'appliquer au plus grand nombre des cas : la majorité des sensations douloureuses viscérales parviennent à la conscience, par le mécanisme d'un réflexe viscéro-sensitif. Il n'est pas contestable, néanmoins, que le concept de Lennander s'applique à des cas particuliers, dans lesquels les lésions viscérales, inflammatoires ou néoplasiques, sensibilisent directement les fibres de relation et où la transmission se fait par la séreuse et la sous-séreuse pariétales. Enfin, un troisième mécanisme de perception de la sensibilité viscérale est possible, mais reste difficilement démontrable : c'est celui d'impressions protopathiques ressenties dans le viscère lui-même, comme ces sensations d'impressions cardiaques, dont Danielopolu a montré l'importance dans l'angine de poitrine.

Pour le clinicien, comme pour le philosophe, la phase intéressante du réflexe douloureux, c'est celle qui se passe au niveau des centres nerveux, c'est-à-dire qui répond à la *modification psychique* d'où résulte la perception, *la sensation consciente*. Il est à remarquer que *la douleur viscérale a pour caractéristique une impression de localisation vague, diffuse*, et que le malade n'en situe pas toujours exactement le siège.

D'autre part, en raison *de la diffusion au niveau* des centres et *des irradiations aux segments médullaires voisins*, l'hypéresthésie et la contracture musculaire peuvent s'étendre aux zones métamériques adjacentes : telle l'extension des bandes hypéralgiques dans l'angine de poitrine; tel le ventre de bois, la rigidité totale de la paroi, dans les graves contusions abdominales.

De plus, *l'hypersensibilité du système nerveux central est un facteur considérable d'aggravation* et de permanence de la douleur. L'exacerbation nocturne de certaines douleurs s'explique bien par l'exaltation de la réflectivité médullaire, et comme conséquence des phénomènes hypérémiques du séjour au lit et de la fixation de l'attention sur la souffrance; quiconque a vu ces paroxysmes nocturnes des cancéreuses utérines inopérables, ne partage pas l'illusion du poète, dans son fameux sonnet : *Recueillement* : « Sois sage, ô ma douleur et tiens-toi plus tranquille... Tu réclamais le soir; il descend, le voici... » Si Baudelaire était entré la nuit, dans une de nos grandes salles d'hôpital, il n'y aurait point trouvé cet apaisement nocturne de la souffrance humaine. — Enfin, en clinique, il faut compter *avec le psychisme du sujet* : chez la femme surtout, ce psychisme est responsable de l'exaltation de la perception douloureuse; une anxieuse chronique, une neuro-artritique, une hyperémotive se suggestionnent, « topoalgisent », réalisent une idée fixe, et finissent par présenter ces grandes algies diffuses, abdomino-pelviennes, qui en font les récidivistes de la salle d'opération, et les conduisent à des chirurgiens différents (car leur instabilité égale leur fragilité nerveuse) pour l'ablation successive de l'appendice, des ovaires, de la vésicule et même du côlon, comme j'en ai vu plusieurs exemples. — Avec quelle pénétrante précision, Marcel Proust, ce grand déséquilibré du système autonome, a analysé sur lui-même cette hypersensibilité grâce à laquelle « les intermédiaires, les nerfs ne remplissent pas leurs fonctions, n'arrêtent pas dans sa route vers la conscience, mais y laissent, au contraire, parvenir distincte, épuisante, innombrable et douloureuse, la plainte des plus humbles éléments du moi! »

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1926)

A l'ouverture de la séance, M. LE PRÉSIDENT lit deux excellentes notices sur le professeur Le Dentu et sur M. Babès (de Bucarest).

Dieppe, station balnéaire et climatique. — M. DESGREZ présente un mémoire de M. André Cussac sur Dieppe. Une récente décision de l'Académie conférant à cette ville le titre de station balnéaire et climatique donne à ce travail un caractère de grande actualité. C'est d'abord l'historique de cette station dont quelques cures célèbres (Mme de Sévigné, la duchesse de Berry, Thiers, Adelina Patti, Le Verrier, etc.) firent et entretinrent la réputation. M. Cussac mentionne ensuite comment l'analyse de l'air prélevé à Dieppe (Armand Gautier) et celle de l'eau de mer recueillie au large (Desgrez et Meunier) concourent à justifier la décision de l'Académie.

M. CAPITAN lit ensuite un compte rendu du récent **Congrès international des Américanistes**; puis M. Marcel LABBÉ fait un exposé des travaux du **Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord** où il a représenté l'Académie. M. Léon BERNARD fait enfin un rapport sur la **mission du docteur Gand au Maroc** auprès des prisonniers d'Abd el Krim, et il demande que le prix Huchard soit attribué à notre dévoué confrère.

Enfin, l'Académie entend la lecture d'une note de M. MAURIN sur les propriétés thérapeutiques de l'osséine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1926)

Pleurésie putride chez un vieillard. Pleurotomie minima. Guérison complète et rapide. — MM. Maurice RENAUD et PEYTAVIN insistent sur la pleurotomie juste suffisante pour pouvoir introduire un drain dans les pleurésies putrides. La sédation de l'état infectieux fut, dans le cas présent, des plus rapides. La suppuration entretenue par la présence d'un gros noyau de pneumopathie vraisemblablement gangréneuse finit par se tarir et la guérison fut complète sept semaines après la pleurotomie. Il ne persiste actuellement ni accident, ni séquelle.

M. DUFOUR cite un cas semblable dans lequel un drainage simple fut suivi de guérison.

Polyadénomatose colo-sigmoïdienne. — MM. GRENET et DELARUE présentent les pièces d'un cas de polyadénomatose colo-sigmoïdienne. Cliniquement, la mort est survenue à la suite de diarrhée, de melæna, d'hémorragies intestinales accompagnés de fièvre et d'une double parotidite. Les végétations s'étendaient sur la totalité du gros intestin.

M. RATHERY a observé dans trois cas de paratyphoïde B une colite poliférante avec hémorragies profuses. Le colon était augmenté de volume.

M. GRENET. — Dans notre cas, l'étiologie reste inconnue et le colon était d'aspect normal.

Abcès du foie dysentérique. — M[me] PANAYATOU (d'Alexandrie) rapporte le cas d'un abcès du foie, survenu cinq mois après une dysenterie aiguë et guéri par l'émétine et le stovarsol.

La dysankie, défauts d'extension du coude, en pathologie congénitale. — M. André LÉRI. La réduction de l'extension du coude est souvent associée à une série de malformations et d'affections congénitales du développement. Ce trouble est principalement dû en apparence à une surélévation de la tête du radius avec ou sans luxation en arrière ou en avant, en réalité à un arrêt du développement de l'extrémité supérieure du cubitus. Il est au membre supérieur l'analogue de la surélévation de la tête du péroné que l'on observe notamment chez les achondroplastiques.

Il s'agit d'une anomalie réversive. Ce défaut d'extension du coude est un syndrome qui peut, soit s'observer isolément, soit se combiner à toutes sortes d'autres malformations ou maladies du développement.

Nanisme exostosique. — MM. RATHERY et Julien MARIE rapportent un cas de maladie ostéogénique avec exostoses multiples. Ils insistent sur la présence rare d'exostoses vertébrales principalement lombaires, sur l'aspect pseudo-kystique de l'humérus, sur la multiplicité des déformations associées du système osseux. Les troubles du développement général aboutissent à une atrophie staturale (1m46). Ils individualisent ce cas sous le nom de « nanisme exostosique. »

L'hémorragie méningée de la paralysie générale au début. — M. R. TARGOWLA rapportent deux cas dans lesquels une hémorragie sous-arachinoïdienne s'est produite au cours d'un processus paralytique non encore reconnu. Le tableau clinique est fruste : céphalée intense avec vomissements, vertiges, constipation et troubles psychiques (irritabilité, insomnies, agitation, cauchemars ou véritable délire onirique); le pronostic propre est bénin. Le principal élément du diagnostic est la ponction lombaire.

L'intérêt d'un tel syndrome réside dans le fait qu'il révèle la paralysie générale sous-jacente dans des conditions particulièrement favorables pour l'institution d'une thérapeutique. La méthode de choix est l'impaludation mais précédée d'une cure antisyphilique destinée à réduire les lésions vasculaires que l'infection expérimentale pourrait aggraver; dans le seul cas ainsi traité, elle a donné un succès.

Récidive mortelle, après dix-sept ans, d'une gangrène pulmonaire subaiguë et localisée. — MM. J. HAGUENAU et GILBERT-DREYFUS rapportent l'observation d'une malade ayant succombé à un épisode pulmonaire putride à évolution subaiguë. Dix-sept ans auparavant, elle avait présenté un épisode semblable, localisé au même lobe du poumon, et qui semblait parfaitement guéri. La question se pose de savoir s'il y a eu chez elle deux infections successives, ou si l'on peut parler de récidive, malgré une rémission aussi longue et l'absence, à l'autopsie, d'un foyer de suppuration chronique.

Hématologie de la suette miliaire. — M. LEBLAYE a constaté dans cinq cas une anémie avec leucocytose et polynucléose (80 p. 100 environ) avec parfois réaction myéloïde.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1926 [suite])

Réclamation de priorité. — M. LAPICQUE, rappelant qu'avec Legendre il en a 1913 démontré une relation très nette entre la vitesse de l'influx nerveux et la grosseur des fibres nerveuses, annonce, comme conséquence de cette découverte, que Erlanger et Gasser, en Amérique, ont réussi à interpréter avec précision leur phénomène remarquable du dédoublement du courant d'action à mesure qu'il se propage le long du nerf ; la statistique des diverses grosseurs de fibres dans chaque nerf permet de reconstruire exactement les ondes diverses ayant chacune leur vitesse propre conditionnée par les grosseurs correspondantes.

A ce propos, M. Lapicque signale qu'en 1917 un jeune professeur d'Upsal, dans une conférence publiée en français, a cru pouvoir s'attribuer la priorité de la relation entre la vitesse et la grosseur, en renvoyant à des travaux publiés par lui en 1907 et 1910. Or, dans ces travaux on trouve, non pas l'énoncé de la relation en cause, mais, au contraire, à propos d'une formule physique d'ailleurs inexacte sur la propagation de l'influx nerveux, l'affirmation que les variations de grosseur des fibres et leur influence possible sur la vitesse sont négligeables à l'approximation des connaissances physiologiques de cette époque.

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1926)

La teneur en glutathion réduit des diverses variétés de muscles chez le lapin. — MM. A. BLANCHETIÈRE et Léon BINET donnent un tableau de la teneur en glutathion réduit des divers muscles du lapin, d'où il ressort que les muscles peuvent se grouper ainsi d'après leur richesse en glutathion : muscles squelettiques (64 millig. p. 100), muscle cardiaque (120), muscles lisses (130). Il est curieux de constater que le muscle cardiaque, qui tient à la fois du muscle strié et du muscle lisse, occupe également, du point de vue chimique, une situation intermédiaire entre ces deux muscles.

Action neutralisante des microbes tués sur le pouvoir bactéricide du sérum humain. — M. Alexandre GEORGEVITCH. Le sérum qui a été préalablement en contact avec des bacilles tués, additionné ensuite des bacilles vivants, n'exerce plus aucun pouvoir bactéricide sur ces bacilles, et semble même favoriser leur pullulation. Aucune spécificité ne paraît exister dans ce phénomène; le sérum qui a été ainsi en contact avec le bacille de Shiga cesse d'être bactéricide pour le bacille typhique et le vibrion cholérique aussi bien que pour le bacille de Shiga.

Recherches sur la réinfection tuberculeuse du cobaye. — M. Jean PARAF. L'inoculation continue quotidienne de petites doses de bacilles de Koch est beaucoup mieux tolérée par les animaux (survie plus prolongée) que l'inoculation discontinue

(deux séries d'inoculations séparées par un intervalle) de mêmes doses totales de bacilles.

M. VINCENT. Quelle est la pathogénie de ces accidents?

M. PARAF. Je crois d'après des expériences que nous avons faites, avec M. Léon BERNARD, qu'ils s'expliquent par des phénomènes d'allergie. En cas d'infection continue, c'est surtout l'immunisation qui joue; en cas d'infection discontinue, c'est surtout la sensibilisation.

M. BORREL. Il y aurait intérêt à étudier, dans ces cas, le rythme leucocytaire.

Etude des réactions cutanées provoquées par le filtrat stérilisé de bacilles de Koch. — MM. Ch. MANTOUX et Jean PARAF. Les réactions cutanées provoquées chez l'homme et chez l'animal sain ou tuberculeux par l'injection intradermique de filtrat de culture de bacilles de Koch stérilisées sont absolument identiques à celles provoquées par la tuberculine seule; les formes filtrantes des corps bacillaires ne manifestant leur présence par aucune réaction immédiate ou tardive.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1926)

Cultures de bacilles tuberculeux. — M. Georges ROSENTHAL présente de belles cultures de bacilles tuberculeux obtenues sur milieu Petrof directement par ensemencement de liquide céphalo-rachidien de méningite bacillaire, de liquide séro-fibrineux de pleurésie.

Faits de pneumothorax thérapique. — M. Georges ROSENTHAL insiste sur l'utilité de l'auscultation biloculaire (Soc. de biol., mars 1925) pour dépister la propagation à l'autre côté des signes d'auscultation. Il croit à la nécessité du contrôle radioscopique sur le malade couché en raison des ascensions souvent considérables du diaphragme. Il ne faut jamais laisser dans la plèvre un instrument piquant, mais utiliser toujours une canule armée d'un trocart.

Etiologie et prophylaxie des oreillons. — M. Y. KERMORGANT rappelle ses recherches sur la nature spirochélienne de l'infection ourlienne. Il indique les résultats obtenus à l'étranger avec une thérapeutique arsénicale des oreillons.

Migraine et traitement thyroïdien. — M. Jacques SÉDILLOT présente une malade qui vient de faire un zona du cou sur la branche cervicale transverse du plexus cervical. M. Sédillot l'ayant traitée en 1920 pour des migraines cataméniales par la cure de désintoxication arthritique, provoqua une métastase : apparition de migraines abdominales cataméniales (crises vésiculaires, crises cæco-appendiculaires, crises rectales). Ces angiocrinoses (Léopold-Lévi) restèrent trois ans rebelles à tout traitement et faillirent entraîner des interventions chirurgicales. En 1923, M. Sédillot les guérit complètement par un traitement d'opothérapie thyroïdienne régulatrice (0gr002). Dix-huit mois plus tard (octobre 1925), quelques migraines banales reparaissent, que le traitement thyroïdien guérit à nouveau radicalement, mais la malade reste avec de nombreux points de cellulite, douloureux seulement à la pression (cervicaux, mastoïdien, occipitaux). En octobre 1926, la malade fait un zona sur une des branches du plexus cervical dont les points d'émergence étaient restés douloureux, et ce zona débute le jour même où la malade attendait ses règles (qui ne sont pas venues).

M. LÉOPOLD-LÉVI insiste sur les points importants de cette observation : 1° migraines cataméniales, d'origine thyroïdienne; 2° migraines extracraniennes comme les migraines du petit bassin; 3° le substratum vaso-moteur des accidents du neuro-arthritisme; 4° les rapports de la cellulite et de la migraine; 5° la vraisemblance dans ce cas d'herpès zoster plutôt que de zona.

Périthoracothérapie et thermothorax. — M. DARTIGUES, au nom de M. Jules Tussau (de Lyon), présente une nouvelle méthode de traitement humide et antiseptique sous chauffage permanent autour du thorax qui permettra désormais de traiter les bronchites bacillaires, les bronchorrhées chroniques, les pneumonies et pleurésies, grâce à un appareil imaginé par le docteur Jules Tussau (de Lyon). Désigné sous le nom de thermothorax, cet appareil muni d'un thermostat électrique spécial permet là où le veut le médecin, autour de la poitrine, des applications de plaques de caoutchouc porteurs de feuillets humectés de solution antiseptique, maintenues à + 30°-39°. Ce traitement inoffensif ne gêne en rien tous traitements connexes ou auxiliaires et donne à lui seul les meilleurs résultats thérapeutiques (abaissement de la température, diminution de l'expectoration, ralentissement rapide du processus infectieux.

Insuffisance fonctionnelle et anatomique du système veineux périphérique. — M. DELATER. Trois étapes anatomiques dans l'arbre veineux superficiel du membre inférieur.

Trois étapes cliniques dans son syndrome d'encombrement.

Dans sa clientèle, comme à l'hôpital Cochin, M. Delater traite avec le plus grand succès les varices et les hémorroïdes par les injections sclérosantes. Mais les varices du membre inférieur ne sont qu'une des localisations de l'insuffisance veineuse progressive; en même temps qu'il s'extériorise sur les veines collectrices hypodermiques — ou isolément — le syndrome d'encombrement du système veineux périphérique peut porter sur les arborisations intradermiques, où il fait apparaître des varicules en pinceaux, et sur les veinules infracapillaires de tout un territoire cutané, où la stagnation du sang provoque le bleuissement et le refroidissement des cyanoses locales.

Ces deux localisations relèvent d'un traitement tendant à réveiller l'activité des fibres lisses veineuses (opothérapie, cures thermales, haute fréquence monopolaire, diathermie, ultraviolets).

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1926)

Démonstration de l'entraînement respiratoire par la méthode spiroscopique avec présentation de l'appareillage. — L'entraînement respiratoire par le spiroscope de PESCHER est une méthode de douceur et de précision, donnant la facilité en toutes circonstances d'exalter la vitalité générale de l'organisme par un entraînement dosé, gradué et objectivé de la respiration.[1]

Les malades sont grandement encouragés en voyant de leurs yeux les progrès réalisés se marquer à mesure sur le flacon gradué de l'appareil.

Cette méthode constitue le traitement par excellence de l'anhématose par insuffisance de respiration en permettant au sujet de récupérer progressivement la capacité vitale normale.

Un cas d'ostéome du maxillaire supérieur. — M. GORNOUEC rapporte l'observation d'une femme de vingt-quatre ans qui présente une tumeur solide bénigne au niveau du maxillaire supérieur droit que la radiographie paraît démontrer de nature osseuse. Après discussion du diagnostic, il préconise l'expectative, l'intervention dans ces cas étant trop mutilante.

Sur un cas de fracture double de la mâchoire inférieure. — M. HERPIN rapporte l'observation d'un cas de fracture complètement consolidée après quelques mois par un traitement prothétique approprié.

A ce sujet il émet le vœu de voir tous ces cas traités par les stomatologistes.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1926)

Ostéomyélite du bassin diagnostiquée grâce à la vaccination. — M. LAMARE.

Trois cas de guérison clinique de tuberculose rénale. — M. VENOT.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 4 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur. — Symptômes et diagnostic des cavernes pulmonaires tuberculeuses. »

MM. Gilbrin, 14; Gilbert, 12; Lapiné, 17; Gerson, 16; Jacquet (Maurice), 17; Bruneton et Guillon, 22; Rudolf, 23; David, 14; Douady, 20.

Séance du 6 novembre. — Questions données : « Hématocèle rétro-utérine. — Signes, diagnostic et complications de la varicelle. »

MM. Allard, 15; Bosquet, 14; Degas, 24; Hussenstein, 20; Boquel, 24; Boquien, 17; Desbuquois, 18; Griveaud, 11; Monnerot-Dumaine, 23; Grenaud, 18.

— PRIX FILLIOUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Launay, Le Noir, Bouchet, Bloch, Bourgeois.

HOMMAGE A M. COURTOIS-SUFFIT. — Le 25 décembre prochain, le docteur Courtois-Suffit, notre cher et éminent collaborateur, terminera sa carrière hospitalière.

A cette occasion, ses amis et ses élèves ont l'intention de lui offrir une médaille à son effigie, gravée par le sculpteur Roger-Bloche, qui lui sera remise dans son service de la Maison municipale de santé, le vendredi 24 décembre, à 11 heures 30.

Les souscriptions doivent être adressées à M. Moussoir, interne des hôpitaux, 71, rue des Saints-Pères, sous forme de chèques ou mandats-poste.

Les souscripteurs d'une somme de 100 francs recevront un exemplaire en bronze de cette médaille, de 150 francs, un exemplaire en bronze argenté.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe retraités Faure, Vedrines, Leothaud, Paloque.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe retraités Crussard, Rolland, Guilhaumon, Cordier, Jeannin, Pouponneau, Renaud, Jaques, Fayolle, Goursolas, Trotabas.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe démissionnaires Sabadel, Villeclere, Baylac, Paramelle, et Brousse, retraité.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. — M. le médecin aide-major de 1re classe démissionnaire Alsac.

CENTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE (1826-1926). — La Société a décidé de célébrer son centenaire en tenant une réunion solennelle, le jeudi 16 décembre 1926.

La réunion comportera deux séances, le matin à 10 h. et l'après-midi, qui auront lieu à l'amphithéâtre de la Faculté de médecine (petit amphithéâtre).

Cette date a été choisie afin de coïncider avec les fêtes du Centenaire de Laënnec (13, 14 et 15 décembre 1926).

La Société a mis à l'ordre du jour des séances la question suivante : « Conceptions anatomiques actuelles de la tuberculose pulmonaire. »

L'exposé a été confié à deux rapporteurs : MM. les professeurs Letulle (de Paris), et de Meyenbourg (de Zurich).

Après lecture des rapports, des communications seront

faites sur la question mise à l'ordre du jour. Les membres de la Société qui désirent prendre la parole sont priés de bien vouloir s'inscrire dès maintenant auprès du secrétaire général.

Un banquet par souscription aura lieu le jeudi 16 décembre à 12 h. 45. Les personnes qui désirent y prendre part sont priées de s'inscrire le plus tôt possible auprès du secrétaire général : docteur Roger Leroux, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PHYSIQUE MÉDICALE. — M. le professeur A. Strohl a commencé son cours le mardi 9 novembre, à 16 heures, à l'amphithéâtre de physique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme. — 1° Optique; 2° Energétique biologique; 3° Actions moléculaires; 4° Electrologie; 5° Radiologie; 6° Radioactivité.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. JEANSELME.) — *Leçons de dermatologie*, par MM. Schulmann et Terris, chefs de clinique; Rimès et P. Lefèvre, chefs de clinique adjoints; M. Georges Lévy et Mlle Eliascheff, chefs de laboratoire.

Tous les samedis, à 10 h. 1/2, à partir du 13 novembre 1926, à l'amphithéâtre de la Clinique, leçon avec projections et présentation de malades.

QUESTIONS DE DERMATOLOGIE COURANTES. — *Samedi 13 novembre.* — Mlle Eliascheff : Histophysiologie de la peau.

Samedi 20 novembre. — M. Georges Lévy : Morphologie des lésions cutanées.

Samedi 27 novembre. — M. P. Lefèvre : Diagnostic des érythèmes.

Samedi 4 décembre. — M. Schulmann : Mélanodermies.

Samedi 11 décembre. — M. Terris : Erythrodermies.

Samedi 18 décembre. — M. Rimès : Lichen et lichénification.

Samedi 8 janvier. — M. Terris : Zona.

Samedi 15 janvier. — Mlle Eliascheff : Tuberculides.

Samedi 22 janvier. — M. Terris : Infections cutanées du pli de l'aine.

Samedi 29 janvier. — M. Rimès : Végétations et dermatoses végétantes.

Samedi 5 février. — M. P. Lefèvre : Ulcères de jambe.

Samedi 12 février. — M. Terris : Pemphigus.

Samedi 19 février. — M. Schulmann : Pelade.

Samedi 26 février. — M. Georges Lévy : Bubons chancrelleux.

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité. Professeur : M. Emile SERGENT.) — *Programme général des conférences.* — 1° Le mercredi, à 11 h. : Conférence clinique faite par M. Sergent qui étudiera alternativement la tuberculose pulmonaire, les maladies de l'appareil respiratoire et les cas intéressant la clinique générale.

2° Le vendredi, à 11 h. : Conférence clinique par les chefs et anciens chefs de clinique, à propos des malades en traitement dans le service. Une conférence sera faite, au début de chaque semestre, par le docteur Mirande, sur la déontologie hospitalière.

3° Le mardi, à 10 h. : Conférence-consultation sur les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins, par M. le docteur René Mignot, ancien chef de clinique.

4° Le lundi, le mardi et le jeudi, à 9 h. : Conférences élémentaires de technique et de séméiologie.

5° Le lundi et le mercredi, à 9 h. 1/2 : Séance de pneumothorax artificiel, par M. René Mignot, ancien chef de clinique.

6° Le jeudi, à 9 h. 1/2 : Consultation sur les maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par M. Viguerie.

Les conférences élémentaires du lundi, du mardi et du jeudi, spécialement réservées aux élèves stagiaires, seront faites par le professeur, les chefs et anciens chefs de clinique : MM. Pignot, Mignot, de Massary, Oury, Grellety-Bosviel et Turpin, et les chefs de laboratoire : MM. Henri Durand et Cottenot. Leur programme détaillé sera affiché dans le service de la Clinique.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. A. LEMIERRE.) — Sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, auront lieu, pendant le semestre d'hiver 1926-1927, deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques.

Elles commenceront le mardi 23 novembre 1926, à 14 h., au laboratoire de bactériologie, et continueront les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cet enseignement sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

Ces démonstrations seront complétées par cinq leçons de parasitologie suivies de travaux pratiques, faites par M. le professeur Brumpt et par M. le docteur Joyeux, agrégé.

Elles porteront sur les objets suivants : 1° Les mycoses; 2° Le paludisme; 3° Les leishmanioses; 4° La dysenterie amibienne; 5° Les trypanosomiases.

Les droits à verser sont de : 150 francs pour la première série; 250 francs pour la deuxième série; 100 francs pour les leçons de parasitologie.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

COURS DE PHYSIOLOGIE. (Professeur : M. H. ROGER.) — M. le professeur H. Roger commencera son cours le samedi 13 novembre 1926, à 17 heures, au petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. Léon Binet, agrégé, commencera le mardi 16 novembre, à 17 heures, au petit amphithéâtre, une conférence complémentaire, et la continuera tous les mardis, à la même heure.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE (Clinique Tarnier). — M. le professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements le samedi 13 novembre 1926, à 10 h. 1/2 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. Lesné, médecin de l'hôpital Trousseau, avec la collaboration de M. Marquézy, assistant, et de MM. Baruk, Blamoutier, Boutellier, Clément, Robert de Gennes, Langle, Lefèvre et Turpin, anciens internes des hôpitaux, commencera le samedi 13 novembre 1926 une série de conférences hebdomadaires d'hygiène, de médecine et de thérapeutique infantiles, avec présentation de malades et projections.

Ces conférences auront lieu tous les samedis, à 10 h. 30, à la salle de cours de la nouvelle crèche.

VACCINO ET PROTÉINOTHÉRAPIE ENDONASALE

CONTRE LES PETITES INFECTIONS BUCCO-NASO-PHARYNGÉES

Par le docteur Louis ALQUIER,
Ancien chef de laboratoire à la Clinique neurologique de la Salpêtrière.

Nombreux sont les sujets de tous âges, qui, sans être positivement malades, présentent un état chronique de petite infection des muqueuses tapissant les diverses cavités faciales. Les sécrétions naso-pharyngées sont, le plus souvent, augmentées, épaisses, visqueuses, blanc-grisâtres par moments, puriformes. Les muqueuses gonflent aisément, à la moindre cause, le nez se bouche, la voix se couvre, des tics d'irritation naso-pharyngée apparaissent. Les gencives sont sujettes à des poussées incessantes de tuméfaction douloureuse, saignent aisément, la pyorrhée alvéolo-dentaire est fréquente. A chaque instant, cet état de petits malaises chroniques est entrecoupé de poussées infectieuses, les muqueuses se tuméfient, avec douleurs crânio-faciales locales et à irradiation névralgiformes ou à type de céphalée occipito-nucale, les sécrétions deviennent purulentes, une réaction fébrile, généralement légère, est parfois à noter, les ganglions cervicaux augmentent de volume. En quelques jours, la poussée inflammatoire s'apaise, mais le patient reste en butte aux petits malaises chroniques, et toujours sous la menace de poussées subaiguës nouvelles. Tous les médecins savent combien il est difficile d'améliorer ces états souvent désespérants.

Que l'infection se propage par la déglutition souvent évidente des mucosités ou par voie sanguine, comme on l'a affirmé récemment, les troubles dyspeptiques finissent par être la règle au bout d'un certain temps. Chez le jeune enfant, ils évoluent par poussées fébriles intermittentes, sous forme de gastro entérite glaireuse, avec diarrhée glaireuse, vomissements glaireux, intolérance alimentaire et, à l'examen physique, distension gazeuse, au moins de l'estomac parfois aussi de l'intestin et crises de congestion hépatique. L'évacuation des glaires et le repos dû à la diète, qu'impose l'intolérance alimentaire, amènent la fin de la crise et l'accalmie dure jusqu'à la prochaine poussée inflammatoire. D'ailleurs, entre deux la santé laisse toujours à désirer.

Chez l'adulte, la plus grande tolérance digestive, et aussi la moindre abondance des glaires donne aux troubles dyspepsiques une allure moins tapageuse et plus continue. Il s'agit de dyspepsie gastro-intestinale, avec fermentation et flatulences, petites crises de congestion hépatique, et troubles biliaires allant de la petite insuffisance intermittente, avec fatigue, décoloration des évacuations intestinales, subictère, jusqu'à l'angiocholite à répétition, avec parfois cholécystite nette. Ces troubles sont particulièrement tenaces et rebelles aux divers traitements, tant que persiste l'infection causale.

Si la situation se prolonge, apparaissent les polysynovites torpides, si fréquentes dans les dyspepsies gastro-intestinales avec fermentations, les troubles gastro-hépatiques et les lésions des synoviales déterminent l'engorgement des voies lymphatiques, et cela avec une facilité d'autant plus grande que l'engorgement cervical, signalé plus haut, bloque le drainage lymphatique, au voisinage des confluents lymphatico-sanguins du cou. Alors, se produisent l'infiltrat interstitiel et la rétraction tissulaire, qui constituent la cellulite. Celle-ci gêne mécaniquement le transit digestif, amoindrit les fonctions respiratoires et la circulation sanguine, enfin, elle engendre d'innombrables troubles de l'innervation végétative. Le malade, fatigué, dormant mal, angoissé et déprimé moralement, résiste moins bien aux infections et intoxications, ce qui n'est pas fait pour améliorer l'infection des muqueuses et les troubles digestifs.

Pour atteindre l'infection causale, à peu près inaccessible aux moyens ordinaires, il m'a semblé logique de combiner la vaccination aux chocs humoraux que permet la protéinothérapie, en les appliquant au point de départ même de l'infection, c'est-à-dire par voie endonasale. Les substances introduites dans les fosses nasales y séjournent plus longtemps que dans la bouche et le pharynx, et l'absorption y est meilleure, à condition d'éviter toute réaction irritative. Il suffit donc de verser directement dans les narines le liquide à expérimenter, on peut également se servir d'un pulvérisateur, ou introduire à l'aide d'un tampon d'ouate, laissé quelques instants en place.

Beaucoup des vaccins commerciaux nous ont donné des déboires, à cause de leurs impuretés, parce qu'ils ne répondaient pas assez au but à atteindre, ou en raison des substances irritantes, éther, acide phénique, etc., ajoutées dans leur préparation aux corps microbiens.

MM. Béal et Levaditi ont bien voulu me confier un nombre illimité d'ampoules d'un vaccin préparé par eux, et qu'ils mettront bientôt, je l'espère, à la disposition de tous. Il est constitué par le mélange de microbes morts, provenant de cultures sélectionnées renfermant les principales espèces (spirochètes et bactéries) pathogènes de la flore des cavités naso-bucco-pharyngienne avec addition d'une solution de stovarsol, dont on connaît l'action spirillicide. L'utilité de cette association a été confirmée par la pratique, le vaccin non stovarsolé garde une odeur de pus fort désagréable et m'a toujours paru moins actif. Le stovarsol n'est nullement irritant. Cependant dans un cas, une dose de vaccin stovarsolé intra-nasal fut suivie le lendemain de fièvre à 39°, qui céda en quarante-huit heures. Il s'agissait du malade présenté à la Société de Neurologie en février 1926 par MM. Guillain et Alajouanine. Il m'a dit ultérieurement être très intolérant au stovarsol qui, en injections hypodermiques, avait produit les mêmes accidents. Le vaccin sans stovarsol, puis la protéinothérapie à l'aide de la caséine furent alors utilisées avec succès et sans le moindre ennui. Plusieurs autres fois, le début du traitement a été gêné par une légère réaction congestive de la muqueuse nasale et des conjonctives, aussi bien avec l'une ou l'autre forme du vaccin. Ces incidents sont rares, et, d'ailleurs, ne dépassent pas ceux que peuvent provoquer les agents thérapeutiques usuels.

Quant à l'emploi du stovarsol seul, sans corps microbien ou d'autres produits, ils ne donnent pas d'action comparable à celle du vaccin.

Mes premiers essais de protéinothérapie ont été effectués avec la caséine du lait, au dixième. La suspension dans l'eau pure est peu maniable, avec addition de bicarbonate ou de salicylate de soude en quantité égale à celle de la caséine, on obtient une semi-solution très suffisante, on peut aussi employer les ampoules de Soluprotine Roche. Comme il s'agit d'une réaction de présence, plutôt que de quantité, l'emploi d'un pulvérisateur semble indiqué comme plus agréable.

Les résultats me semblent pouvoir se schématiser

ainsi : Le vaccin agit sur l'élément infectieux, la caséine, sur les phénomènes humoraux. Voici quelques exemples :

Chez l'enfant, l'infection résume presque tout le processus morbide : instiller, ou pulvériser une ampoule de vaccin par jour, en une ou deux fois, en tâchant de réaliser le pansement vaccinal le plus large possible, c'est-à-dire coucher la tête sur le côté correspondant à la narine instillée, de manière à imbiber, le mieux possible, les méats, l'entrée des sinus, et le cavum. Ce qui tombe dans la gorge doit être avalé. Ne pas se moucher dans les minutes suivantes. Il n'est pas nécessaire, sauf pendant les poussées aiguës, de répéter quotidiennement, l'emploi du vaccin, un jour sur deux suffit, d'ordinaire. Les phénomènes infectieux s'amendent avant la fin de la première semaine, la fièvre tombe, les troubles abdominaux, les signes d'infection naso-pharyngés s'améliorent, les ganglions cervicaux diminuent. En quinze jours, en moyenne, le résultat est acquis. Mais, l'immunisation est brève, les récidives demeurent possibles. On les combattra de la même façon, il ne paraît pas avantageux de prolonger l'emploi du vaccin après sédation de chaque poussée aiguë, dans l'espoir d'en éviter le retour.

Chez l'adulte, le vaccin n'est indiqué qu'en présence de signes locaux de petite infection : écoulement purulent ou tendance ozénateuse, du nez, petites crises de gingivite avec douleur et gonflement locaux, et tendance à l'engorgement lymphatique. Dans ces conditions, avec la même technique que précédemment, on améliore, en quelques jours, l'état local, les ganglions du cou, la dyspepsie. La cellulite est beaucoup plus tenace. Mais, ici encore, je ne crois pas utile de prolonger le traitement, inutilement. Mieux vaut l'abandonner dès le résultat, momentanément obtenu, pour le renouveler à la moindre poussée inflammatoire.

Deux remarques s'imposent :

1° Le vaccin n'agit que sur les points qu'il atteint directement, et ne guérit pas certaines sinusites chroniques bien localisées ;

2° L'action est limitée aux infections des cavités de la face. Par exemple, on peut arrêter certaines infections n'atteignant encore que le nez et la gorge, mais, si les voies respiratoires inférieures sont prises, l'infection continuera à s'y développer.

Par contre, les troubles oculaires qui accompagnent, parfois, les infections naso-sinusiennes, peuvent être favorablement influencés par le vaccin endonasal. Plusieurs de mes malades accusaient une fatigue visuelle, avec diminution de l'acuité non correctible par les verres et nombreuses mouches volantes. Le globe oculaire devient vaguement douloureux, paraît plus saillant, les tissus péri-oculaires sont légèrement infiltrés, la conjonctive facilement irritable, la bouffissure se propage sous la peau, aux régions péri-orbitaires, surtout en descendant, en direction des gaines lymphatiques entourant les veines superficielles de la face et du cou. Il peut y avoir, en outre, de brusques poussées d'hypertension oculaire, pendant lesquelles l'œil devient dur et douloureux au palper, tous ces phénomènes peuvent céder au traitement vaccinal.

Notons, enfin, que l'action du vaccin peut atteindre de vieilles adénopathies cervicales, reliquat d'infections anciennes. Une malade du service de M. le professeur Guillain était hospitalisée pour un torticolis absolument rigide et irréductible, existant depuis treize ans, à la suite d'une grosse infection d'origine dentaire. On trouvait d'énormes ganglions cervicaux profonds, très durs, avec un enraidissement ligneux de tout l'ensemble des parties molles du cou, qui était figé en flexion sternale, et absolument immobilisé dans cette position. Un mouvement de négation incessante agitant la tête. Le traitement physiothérapique n'obtenait que bien peu d'assouplissement et une faible atténuation des douleurs qui accompagnaient l'enraidissement, surtout la nuit, ce qui gênait, considérablement, le sommeil. Quelques ampoules de vaccin endonasal modifièrent, rapidement la situation, en amenant en moins d'un mois, la résorption des adénopathies et la disparition de l'enraidissement. La malade retrouva le sommeil, grâce à l'accalmie complète des douleurs, les mouvements ont repris leur amplitude presque normale, seul le tic de négation persiste, à peine modifié.

Chez une autre malade, une suppuration de la loge sous-maxillaire datant de trente ans environ, avait laissé une cicatrice déprimée, à bords irrégulièrement infiltrés, et dans la région scalénique, des ganglions très durs avec cellulite très rétractile, des tissus voisins, d'où réflexes végétatifs fort gênants. Le traitement physiothérapique n'avait donné qu'une amélioration fort incomplète, parce que l'adénopathie n'était pas suffisamment modifiée, lorsque deux ampoules de vaccin endonasal suffirent pour amorcer la résorption ganglionnaire, que complétèrent ensuite, aisément, quelques massages et des applications glycérinées.

La protéinothérapie procure, dans certains cas, un soulagement immédiat comparable à celui des instillations d'adrénaline-cocaïne, d'évatmine, etc. Le nez se débouche, la respiration devient plus libre, certains troubles d'innervation végétative sont, momentanément, apaisés. C'est un moyen précieux d'atténuer certaines crises de dyspnée asthmatiforme, notamment chez les sujets âgés, avec induration cellulique et rétraction des tissus du cou, les accès d'étouffement surtout matutinaux, que nous avons étudiés, par ailleurs, plus en détail sont calmés, parfois, pendant plusieurs jours, à chaque instillation de caséine. La toux et l'expectoration à caractères de catarrhe trachéo-bronchique, qui incommodent tant ces malades et leur entourage, sont favorablement influencés, mais d'une façon variable d'un sujet à l'autre.

J'ai remarqué que, dans les cas de cellulite difficile à traiter, ou se reproduisant, par exemple, à chaque digestion, alors que l'infection n'est plus nettement apparente, et que les ganglions ne sont pas très nettement engorgés, l'instillation nasale de caséine facilite grandement, la résorption de la cellulite et l'amélioration des troubles végétatifs, le traitement physiothérapique, s'il est nécessaire, est singulièrement plus actif et plus rapide, avec l'aide de la protéinothérapie, alors que les injections sous-cutanées sont, en pareil cas, mal résorbées et peu opérantes, en raison de l'obstacle apporté à leur efficacité, par l'infiltrat et la rétractilité des tissus.

Localement, la muqueuse nasale devient moins irritable, le nez se bouche moins facilement, la respiration nasale est plus libre, les croûtes et la tendance ozénateuse disparaissent. Mais, l'effet semble s'épuiser plus ou moins rapidement, aussi je conseille de n'user de la protéinothérapie nasale qu'avec des intermittences réglées, dans chaque cas, suivant les symptômes, une instillation ou pulvérisation matin et soir, jusqu'à amélioration suffisante, puis interrompre ; si l'amélioration est lente, suspendre le

traitement deux à trois jours par semaine, soit consécutifs, soit alternés avec les jours de traitement. Protéinothérapie et vaccin endonasaux peuvent, souvent être alternés avec grand profit.

Pour conclure : nous estimons que la vaccino- et la protéinothérapie endonasales à l'aide du vaccin Beal-Levaditi et de la caséine peuvent compter, comme toute méthode thérapeutique, des échecs; leur efficacité varie d'un sujet à l'autre, mais, dans l'ensemble nos essais, portant depuis sept mois, sur une centaine de sujets, montrent que le vaccin représente un agent thérapeutique de premier ordre dans toutes les infections, nettement caractérisées, bucco-naso-pharyngées. La caséine est indiquée lorsque, l'infection semblant éteinte ou très torpide, persistent des troubles attribuables à une cellulite tenace, à poussées subintrantes, avec troubles de l'innervation végétative, et, plus spécialement, en cas de crises dyspnéiques asthmatiformes. Bref, le vaccin endonasal s'adresse à l'infection, la protéinothérapie, aux troubles d'ordre humoral.

XXXVe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE [1]

(Paris, 4-9 octobre 1926.)

COMMUNICATIONS

Quelques détails techniques dans la chirurgie du cancer. — M. Jeanneney (de Bordeaux). Le chirurgien doit s'efforcer de pratiquer toujours l'exérèse « élargie » de la tumeur et des lymphatiques. L'auteur a l'habitude de disséquer les régions suspectes au thermocautère.

La technique est facile et sans danger, à condition de procéder à petits coups rapides surtout au voisinage des vaisseaux. Cependant, chez les sujets gras, la graisse brûlée peut venir obturer la lame du thermo. Cette technique employée depuis deux ans a donné toute satisfaction à l'auteur dans les évidements ganglionnaires de l'aisselle et du cou pour cancers du sein et de la langue.

La question du drainage dans l'appendicite aiguë. — M. Chalier (de Lyon). Quand l'opération est précoce, le drainage est inutile car tout se passe comme dans une appendicectomie à froid.

Quand l'opération est retardée, mais que l'appendice a pu être enlevée sans « fuites », on se contente d'assécher le péritoine, de faire la toilette des anses intestinales; et là encore le drainage n'est pas nécessaire.

Par contre, si l'intervention a présenté des difficultés ou des incidents d'asepsie ou d'hémostase, il faut drainer par mèche de gaze.

Dans les cas de péritonite appendiculaire légère diffuse, avec liquide trouble, peu abondant, sans gaz ni odeur, on peut après ablation de l'appendice, fermer sans drainer, ou mieux laisser dans le Douglas un drain de petit calibre pendant deux ou trois jours.

Dans les formes graves de péritonite diffuse avec gangrène, perforation, liquide purulent, l'auteur rejette la fermeture complète suivant la méthode d'Ombrédanne et pratique autour du cæcum et du moignon appendiculaire non enfoui, un drainage « en pieuvre » à l'aide de trois ou quatre compresses en éventail. De plus un drain est laissé dans le Douglas.

S'il s'agit d'abcès péri-appendiculaires, l'ablation systématique de l'appendice s'impose, après aspiration du pus. On termine par un tamponnement plus ou moins serré. En cas d'abcès à localisation pelvienne, un drain est laissé verticalement dans le Douglas.

M. J.-L. Faure (de Paris) croit qu'il est nécessaire de laisser largement ouverte toute plaie opératoire après intervention à chaud. Le sac de Mikulicz réalise parfaitement le drainage et maintient en même temps la béance de la plaie. La fermeture systématique d'Ombrédanne lui paraît dangereuse.

M. Témoin (de Bourges) reste fidèle à la formule de l'intervention précoce dans tous les cas d'appendicite. Il faut toujours enlever l'appendice, souvent drainer et se contenter du minimum de manœuvres intra-abdominales. En général, la guérison est de règle si l'infection est restée localisée au péritoine sous-ombilical; la mort n'est guère évitable si l'infection a gagné l'étage abdominal supérieur.

Quatre nouvelles observations d'extirpation abdomino-périnéale du rectum avec guérisons. — M. Chaton (de Besançon) résume ces quatre observations et précise certains points de technique. Etant donné la longueur et la difficulté du temps abdominal, il importe de réduire autant que possible les temps accessoires. Dans ce but, le bout intestinal qui deviendra l'anus définitif n'est pas fixé, mais seulement extériorisé largement et maintenu par une pince qui empêche son retour dans l'abdomen.

L'exérèse périnéale peut être faite rapidement de la façon suivante : une des branches de l'écraseur de de Martel est laissée sur le bout qui doit tomber. On l'utilisera comme tracteur pour exécuter l'exérèse rétrograde qui ne demande ainsi que quelques instants.

Le sarcome de la mastoïde chez le nourrisson. — M. Oltramare (de Genève). Un enfant de trois mois présente une tumeur mastoïdienne à développement rapide. Extirpation relativement facile. L'examen histologique révèle un sarcome alvéolaire à petites cellules rondes. En dépit d'un pronostic immédiat fort sombre, l'enfant se maintient en bonne santé depuis deux ans.

A noter que le développement de la région s'est considérablement modifié. La mastoïde semble bifide. On peut donc penser que le point de départ est bien la mastoïde, quelque paradoxale que puisse paraître cette hypothèse en contradiction formelle avee les données embryologiques.

Traitement de choix de l'ulcus jéjunal. — M. Victor Pauchet (de Paris). L'ulcus jéjunal est généralement consécutif à une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal. Il peut être évité si le chirurgien fait la gastrectomie systématique dans tous les cas d'ulcus gastrique, et si, en cas d'ulcus duodénal, avec hyperchlorhydrie forte, il fait la résection large de l'estomac concurremment à celle de l'ulcus duodénal.

L'ulcus jéjunal est une complication très grave qui survient dans 3 p. 100 environ des cas de gastro-entérostomie. Pour l'éviter, il faut que la gastro-entérostomie soit faite correctement, que le malade soit traité médicalement après l'opération; il faut surtout s'abstenir de gastro-entérostomie dans les cas d'hyper-acidité forte.

La grande complication de l'ulcus jéjunal, c'est la perforation du côlon et la formation d'une fistule gastro-jéjuno-colique. Dans ce cas, ne pas faire la libération pure et simple de l'estomac, du jéjunum et du côlon, mais traiter par la gastrectomie large, avec colectomie segmentaire, sans ouvrir les viscères; cette opération mutilante est plus sûre que la précédente.

Tout ulcus jéjunal post-opératoire soupçonné sera immédiatement opéré. Ne jamais tenter le traitement médical qui est inefficace ou produit la sténose cicatricielle de la bouche anastomotique.

Le seul traitement de l'ulcus jéjunal post-opératoire est la résection de l'anse jéjunale adhérente et la gastrectomie très large.

La résection jéjunale sera traitée par l'anastomose bout à bout.

Quelques détails techniques sont à recommander :

a. Réséquer l'ulcus duodénal en même temps que l'estomac;

b. Si la résection jéjunale porte au ras des vaisseaux mésentériques, par suite de l'extrême brièveté de l'anse jéjunale, il

Association de la Presse médicale française.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 83, p. 1333; n° 85, p. 1369, et n° 87, p. 1400.

faut éviter le contact du suc jéjunal avec les anses intestinales, ce qui pourrait produire une péritonite irritative, dont la conséquence peut être la production d'adhérences et un circulus viciosus;

c. Eviter de léser les arcades coliques, ce qui pourrait produire l'ischémie du côlon et nécessiter la résection colique.

La gastrectomie pour ulcus jéjunal donne une mortalité qui n'atteint pas 10 p. 100. Il est possible de prévenir cette complication en faisant systématiquement la gastrectomie, quand l'ulcère duodénal s'accompagne d'hyperchlorhydrie forte. Cette résection donne 3 p. 100 de mortalité.

Ulcères perforés : excision et pyloroplastie. Note sur l'évacuation gastrique ultérieure. — M. Grimault (d'Algrange) présente trois observations inédites d'ulcères prépyloriques perforés traités par l'excision et la pyloroplastie. Déjà antérieurement trois autres malades avaient été traités de la même façon.

Les six opérés ont parfaitement guéri. Ils ont été suivis pendant des délais variant de trois ans et demi à six mois.

L'examen radioscopique pratiqué à plusieurs reprises a montré que le pylore avait retrouvé son jeu physiologique valvulaire normal.

Ce procédé simple et rapide est indiqué dans le cas où l'enfouissement de l'ulcère perforé est difficile, surtout dans les cas graves où il faut aller vite, enfin quand il s'agit d'ulcères perforés ouverts avec abcès.

M. Pauchet (de Paris) fait alors remarquer que le traitement de l'ulcus duodénal perforé et celui de l'ulcus gastrique sont différents.

Dans le premier cas, le traitement de choix c'est l'excision et la pyloroplastie.

Dans le second cas, on doit se contenter de la suture pure et simple. En présence de lésions trop étendues on peut être amené à pratiquer une gastrectomie de nécessité.

Après la suture d'un ulcus gastrique, il est inutile de faire la pyloroplastie ou la gastro-entérostomie.

Quelques semaines après l'opération, faire le tubage, la radiographie et l'étude clinique des symptômes. Si ceux-ci ne garantissent pas la guérison, pratiquer une gastrectomie secondaire pour éviter l'hémorragie, la perforation ou le cancer. L'ulcus gastrique non perforé réclame une gastrectomie.

M. Tailhefer (de Béziers) communique un cas très curieux d'une guérison qui se maintient après trois ans et demi, d'un ulcère perforé de la petite courbure.

Il avait traité cet ulcère d'urgence, par une seule suture, sans adjonction de gastro-entérostomie ni de gastro-pylorectomie. La guérison a été contrôlée par l'examen radioscopique.

M. Pauchet (de Paris), au sujet de la communication précédente, affirme qu'il n'est pas douteux qu'un estomac suturé puisse guérir définitivement. Ce cas lui paraît cependant l'exception. Rien ne garantit que dans l'avenir l'ulcus suturé ne fera pas du cancer ou une hémorragie.

Il est indiqué de suturer l'ulcus perforé de la petite courbure, c'est le traitement de choix, mais cela ne suffit pas. Il faut pendant des mois surveiller le malade cliniquement, radiographiquement et chimiquement, pour pratiquer la gastrectomie au moindre nouveau symptôme.

Un procédé de suture bout à bout du côlon après résection. — M. Félix Papin (de Bordeaux) décrit une technique destinée à supprimer la gêne considérable qu'apporte dans une suture colique bout à bout le méso souvent gros et étalé sur une partie de la circonférence du gros intestin. Pour cela, le côlon ayant été sectionné extrêmement obliquement, il ferme sur chaque extrémité colique dans une étendue de quelques points, la lumière intestinale dans la partie avoisinant le méso. Les deux orifices sont ainsi entourés sur tout leur pourtour d'une surface séreuse, et peuvent être suturés l'un à l'autre comme si le méso n'existait pas. Ce nouveau procédé d'anastomose est intermédiaire entre la termino-terminale et la latéro-latérale.

M. Pauchet (de Paris), comme suite à la communication précédente, rappelle qu'il pratique des résections du colon depuis vingt-six ans.

Il a commencé par utiliser la suture bout à bout avec 50 p. 100 de mortalité. Plus tard, il a pris l'habitude de créer en même temps un anus cæcal de sûreté; la mortalité s'est abaissé à 30 p. 100. Plus tard encore, il a fait des colectomies totales avec abouchement bout à bout de la sigmoïde et de l'iléon avec 25 p. 100 de mortalité.

Dans ces dernières années, il s'est contenté de réséquer suivant la méthode de Mickuliez, la mortalité n'est plus que de 10 p. 100.

MM. Guillot et Dehelly (du Havre) ne transfusent que du sang artériel. Ils croient les résultats meilleurs que lorsqu'ils transfusaient du sang veineux. Cette technique est à recommander, surtout en cas d'extrême urgence, quand on ne peut faire l'épreuve du test des sangs. On ne note pas dans la transfusion artério-veineuse le moindre accident de choc. La statistique porte sur trente cas.

M. Pauchet (de Paris) reproche à la transfusion artério-veineuse :

1° De sacrifier une artère, ce qui supprime les donneurs professionnels;

2° De ne pas permettre de mesurer la quantité de sang transfusée.

Il ne croit pas que le sang artériel remonte plus vite les malades que le sang veineux. Pendant la guerre, il a observé, en utilisant la méthode préconisée par Dehelly, des accidents hémoclasiques graves. Il craint que l'anastomose artério-veineuse ne vienne compliquer une opération qui, pour le plus grand avantage des blessés, doit devenir à la portée de tous les praticiens.

Calcification d'un greffon cartilagineux cranien. — M. Krafft (de Lausanne). On considère d'ordinaire qu'un greffon cartilagineux destiné à obturer un orifice cranien post-traumatique ou post-opératoire persiste tel ou se résorbe par imprégnation fibreuse progressive.

L'auteur vient d'observer un fait qui contredit cette hypothèse.

Il s'agit d'une femme atteinte d'épilepsie Jacksonienne, trépanée une première fois dans son jeune âge, trépanée de nouveau pour récidive des crises et à qui on avait placé une greffe cartilagineuse au moment de cette seconde intervention.

A quelques années de là, nouvelle récidive; on réopère et supprime le greffon, qui, sous l'écran, semblait faire saillie fortement vers l'intérieur au point de comprimer sans doute le cerveau et de déclancher les crises nerveuses.

La malade a complètement guéri. Elle porte simplement une lame protectrice en aluminium.

L'examen histologique du greffon montre, à côté de certaines portions demeurées purement fibreuses, d'autres portions fortement fixées à l'os voisin et imprégnées d'une substance intercellulaire homogène calcifiée.

Cette transformation, après huit ans d'un tissu cartilagineux est intéressante à deux points de vue. Elle réhabilite la greffe cartilagineuse, mais elle met en garde les chirurgiens contre la possibilité d'une prolifération excessive, susceptible dans un temps plus ou moins long, de comprimer la masse cérébrale sous-jacente.

Sarcome de l'œsophage. Traitement radiumthérapique. — M. Guisez (de Paris). Le sarcome de l'œsophage est une véritable rareté comparé à l'épithélioma, et ce qui est plus exceptionnel encore est de pouvoir en poser le diagnostic sur le vivant.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de tumeur bourgeonnante du tiers moyen de l'œsophage chez un malade âgé de cinquante-quatre ans, ayant amené la sténose à peu près complète de ce conduit. L'examen biopsique d'un fragment enlevé à la pince par l'œsophagoscope a démontré qu'il s'agissait nettement d'un sarcome fuso-cellulaire.

On ne connaissait jusqu'à présent qu'un cas de von Aeker où l'examen histologique d'un fragment enlevé sous endoscopie avait permis de diagnostiquer un sarcome globo-cellulaire.

Par les applications locales de radium, la tumeur a disparu très rapidement, rendant au malade une déglutition normale, qui s'est maintenue telle pendant dix mois, mais la tumeur a récidivé un peu plus bas et cette nouvelle localisation s'est montrée beaucoup plus radio-résistante que la première : le sarcome était alors mitigé de carcinome.

Les kystes hydatiques de la vessie. — M. NICAIZE (de Paris) a retrouvé 3 observations de kyste hydatique du foie ouvert dans la vessie, 3 observations de kystes de la partie gauche de l'abdomen, sans localisation précise nette, ouvert cependant directement dans la vessie, 11 cas de kystes hydatiques du bassin ouverts dans la vessie, 5 kystes hydatiques du bassin ouverts dans la vessie non spontanément mais à la suite d'interventions ou de traumatismes.

Il a noté 3 fois l'émission d'hydatide par l'urètre et 1 fois par l'urètre et par l'anus.

Hématome intra-musculaire spontané de l'avant-bras. — M. BUSCARLET (de Genève). — Si les hématomes du mollet sont fréquents, à la suite d'un violent effort, il n'en est pas de même au bras, et ayant eu l'occasion d'en observer un, l'auteur croit intéressant de le publier.

Un homme de 50 ans, s'est réveillé le matin avec une tumeur douloureuse de l'avant-bras droit. Il s'agissait d'un hématome survenu sans cause appréciable dans la masse musculaire au-dessous du pli du coude. Le sang fusa dans les gaines tendineuses du bras et de la main et tout le membre devint verdâtre. Guérison par l'immobilisation, légère compression et massages.

Un tour de main pour placer aisément l'appareil de marche de Delbet pour fractures de jambe. — M. ABADIE (d'Oran). Le principe est dans la position du malade, couché, jambe verticale tombant en dehors de la table, au ras du bord de celle-ci; la contre-extension est assurée par un seau d'eau.

La réduction s'effectue d'elle-même, les muscles postérieurs de la cuisse étant relâchés.

On peut tout à loisir mettre les attelles latérales que leur longueur permet d'entrecroiser au-dessus du genou momentanément; puis le collier supérieur qu'il faut bien remonter en arrière; enfin le collier inférieur.

Il ne reste plus, sans effort de traction, qu'à corriger pendant la prise-angulation et rotation, s'il en est besoin.

L'auteur fait projeter sept photographies.

M. CALOT (de Breck) rappelle que bon nombre de cas étiquetés rhumatisme local, arthrite sèche déformante, morbus coxæ senilis, osteochondrite ou coxaplana, voire même coxalgie, ne sont souvent que des subluxations congénitales méconnues.

L'erreur est possible à tous les âges.

Le diagnostic de ces subluxations se fait surtout par la radiographie qui montre un ensemble de signes importants :

1° Du côté du cotyle;

2° Du côté de la tête fémorale;

3° Au niveau du col,

Pour ce qui est du traitement, les préférences de l'auteur vont aux méthodes conservatrices.

M. PERRIN (de Lyon) emploie le plus souvent possible l'anesthésie locale dans la réduction des fractures ouvertes ou fermées, Il se sert d'une solution de novocaïne à 2 p. 100 et d'une seringue solide, bien en main rappelant celles dont usent les dentistes.

30 fois, il a utilisé la méthode avec succès : 4 fractures de Dupuytren, 2 fractures de jambes, 3 fractures de la diaphyse humérale, 5 de l'avant-bras, 1 de l'olécrane, 14 de l'extrémité inférieure du radius, 1 de la clavicule.

Il insiste sur la nécessité d'injecter avec soin le périoste. Les malades souffrent un peu après la réduction, pendant l'élimination de l'anesthésique; cependant, la méthode mérite d'être employée quand pour une raison quelconque on se méfie de l'anesthérie générale.

CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

Les maladies des reins, par le docteur G. SIGURET, médecin assistant à l'hôpital d'Urologie, consultant à Saint-Nectaire. Un volume in-16 de 164 pages (« Les Consultations journalières. ») — Prix : 12 fr., plus hausse de 20 p. 100. — Paris, G. Doin et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1926)

Application à l'enseignement de l'enregistrement optique des sons combinés à la cinématographie. — MM. René LUTEMBACHER et Léon GAUMONT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1926)

Traitement physiothérapique du torticolis. — M. KOUINDJY. Ce traitement se compose de trois éléments : 1° la traction progressive des muscles rétractés au moyen de la table de suspension de l'auteur introduite en 1900 pour remplacer la pendaison de Charcot-Motchukawsky; 2° le massage méthodique et la faradisation des muscles antagonistes en hypotonie, basés sur la loi du déséquilibre tonique des antagonistes établie par l'auteur en 1905, ce qui permet de lutter contre la contracture ou muscles en hypertonie; 3° les exercices rééducatifs sont utilisés ici pour développer les mouvements volontaires des muscles hypertrophiés. S'il y a des troubles psychiques, la physiothérapie doit être complétée par la psychothérapie.

Le duodénum au ralenti. — M. Maurice DELORT attire l'attention sur un procédé spécial d'exploration radiologique consistant en la compression entre deux points d'une anse digestive. Ses recherches ont porté jusqu'à présent sur le duodénum normal. Ce procédé consiste à arrêter ou plus exactement à ralentir le transit duodénal par la compression duodéno-jéjunale obtenue avec un dispositif spécial composé d'une ceinture abdominale munie de pelotes pneumatiques. M. Maurice Delort a pu ainsi obtenir des images nettes, complètes, du duodénum distendu qu'il a eu tout le temps de « considérer » et même de calquer.

Après avoir exposé tous les détails techniques de ce procédé d'exploration, montré les caractères des duodénums normaux et ébauché une étude sur les duodénums anormaux, l'auteur présente une série de schémas scopiques et de radiographies démontrant tout l'intérêt de cette nouvelle méthode destinée à rendre du crédit à la radioscopie du duodénum.

Hystérectomie abdominale pour utérus fibromateux. — M. Maurice PERAIRE montre cet utérus fibromateux. Sa malade, âgée de quarante-trois ans, avait des métrorragies incessantes avec douleurs abdominales et rénales insupportables. L'intérêt de cette présentation est que cet utérus avait subi une opération césarienne conservatrice pour rétrécissement du bassin dix-sept ans auparavant. Suites opératoires normales.

Du danger des chauffe-bains à gaz. — M. Georges LUYS signale combien l'usage des chauffe-bains à gaz comporte de graves dangers, non seulement en raison de la haute teneur actuelle en oxyde de carbone dans le gaz d'éclairage, mais aussi par suite de la possibilité d'une mauvaise évacuation des gaz brûlés, laissant échapper dans la pièce des produirs toxiques, sans qu'aucun indice puisse être relevé. Une observation bien caractéristique à cet égard est citée dans laquelle un accident mortel faillit survenir. Dans ce cas, le chauffe-bains fonctionnait normalement en apparence, il brûlait bien, donnait de l'eau chaude dans les délais normaux et aucune odeur de gaz n'était décelée dans la salle, et cependant le tuyau d'échappement était bouché.

Les moyens indiqués pour se prémunir contre ce danger sont encore rudimentaires, et il convient que le public soit prévenu de la possibilité d'accidents semblables pour que les appareils de chauffe-bains soient vérifiés très fréquemment, non seulement au point de vue de leur fonctionnement, mais surtout au point de vue de la parfaite évacuation des gaz carburés.

Le poids antérieur maximum. — M. Georges ROSENTHAL rappelle que le nombre de kilogrammes gagné par un convalescent n'a qu'une faible valeur clinique si le poids ne dépasse pas le poids le plus élevé pesé avant la maladie. Un malade sera en meilleur état après un gain de 4 kilogrammes s'il dépasse le poids antérieur maximum qu'après un gain de 15 kilogrammes s'il a maigri avant et pendant la maladie de 18 kilogrammes. Cette donnée simple et pratique est malheureusement trop souvent négligée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1926)

Rétention du bouton de Jaboulay. — M. Raymond PETIT rapporte un cas de rétention du bouton de Jaboulay plus de quatre mois après une gastro-entérostomie postérieure. La malade accusant des douleurs et un goût métallique persistant, la radiographie décela la persistance du bouton. Il fut enlevé par gastrotomie en dévissant pour rendre libres ses deux pièces. L'auteur incrimine l'affaiblissement du ressort par la stérilisation faite au poupinel, au lieu d'être faite à l'autoclave dans l'huile.

Grossesse, fibrome, appendicite et pelvi-péritonite adhésive. — M. Raymond PETIT rapporte également un cas complexe de grossesse avec fibrome, appendicite et pelvipéritonite adhésive. Il crut à une grossesse tubaire, en raison de la tumeur enflammée qui augmentait de volume et des petites pertes de sang que présentait la malade. La radiographie après injection de lipiodol montra la trompe droite oblitérée. Appendicectomie et myomectomie à la suite desquelles avortement après trois jours. L'auteur pense que l'intervention en fut la cause plutôt que l'injection qui n'avait donné aucun accident pendant huit jours.

Le nickel et le cobalt dans le traitement du diabète. — M. J.-M. LE GOFF, parlant des travaux de MM. Bertrand et Machebœuf qui ont trouvé du nickel et du cobalt dans les tissus des animaux et de l'homme, précise que ces auteurs ont remarqué qu'une partie de ces métaux pénétrait dans l'organisme par l'alimentation. Ils ont appelé l'attention sur la richesse relative du pancréas en ces métaux et se sont demandé si la fonction de cet organe n'était pas liée à sa teneur minérale. Poursuivant leur analyse ils ont trouvé du nickel et du cobalt dans les préparations d'insuline. En 1925, ils ont confié au docteur Le Goff des ampoules d'eau de mer isotonique contenant 1/10 de milligramme de ces métaux par centimètre cube qui ont été injectées dans six cas de diabète sucré et dans un cas de diabète insipide. Un seul malade ne fut influencé en aucune façon; deux ont vu leur glycosurie disparaître et trois semblent améliorés. Avec des doses plus fortes de cobalt seul l'auteur a obtenu des résultats comparables à ceux que lui avait donnés la solution précédente.

La propriété scientifique. — M. FOVEAU DE COURMELLES expose les progrès de la propriété scientifique qui, peu à peu, pénètrent dans les idées, les mœurs, les lois. On sent que tout travail, toute production doivent être rémunérés. Sans le mot, la chose existe déjà quelque peu en France, en Allemagne, en Italie. Des thèses de droit la consacrent. Les industriels bénéficiant des découvertes fourniraient des fonds qui pourraient être attribués aux « découvreurs », aux victimes de la science, aux laboratoires scientifiques.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1926)

Quatre cas de colibacillose du nourrisson dont deux avec pyurie. — M. BERTRAND.

Avortement de deux jumeaux d'âge différent. — M. BERTRAND.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

APPRÉCIATION DES TRIBUNAUX

Deux jugements récents du Tribunal civil de la Seine, l'un du 18 mars 1926 et l'autre du 22 avril 1926, donnent l'esprit dans lequel les tribunaux approuvent ou modèrent les demandes d'honoraires adressées par les médecins à leurs clients.

Le premier est ainsi conçu :

« Attendu que le docteur L... a été appelé à donner des soins à la dame H... qui était enceinte et devait accoucher en février 1924.

Attendu qu'il n'est pas contesté qu'en dehors de l'accouchement dont il sera plus loin parlé, le docteur L... a donné deux consultations, les 6 et 20 décembre 1923, et a fait une visite à domicile le 31 janvier 1924, et que de même après l'accouchement il a visité six fois la malade.

Attendu qu'appelé le 11 février 1924, à 10 heures du soir pour l'accouchement, le docteur L... est resté auprès de la malade jusqu'au 12, à 6 h. 1/2 du matin, et qu'en raison des difficultés présentées et de la présence seulement auprès de la dame H... d'une infirmière américaine, le docteur L... a dû, vers 3 heures du matin, faire appeler par téléphone le docteur X..., spécialiste comme lui des accouchements.

Attendu que l'enfant n'est venu au monde qu'après application de chloroforme à la mère et emploi de forceps.

Attendu que pour sa rémunération et celle de son confrère, le docteur L... réclame 2.000 francs d'honoraires.

Attendu que cette réclamation n'est pas exagérée et que le Tribunal n'a point à s'arrêter à la demande subsidiaire d'enquête formulée des faits offerts en preuve, le premier étant déjà démenti par les documents produits et les trois derniers n'étant pas concluants puisqu'ils tendraient à prouver une faute du docteur L... pour avoir exigé la présence d'un de ses confrères à une opération où il devait être fait usage de chloroforme, l'infirmière américaine qui assistait Mme H... ne pouvant faire cette application sans que la responsabilité du médecin ne soit fortement et lourdement engagée. »

Le Tribunal a prononcé condamnation à 2.000 francs et repoussé la demande d'enquête qui n'avait pour but évident que de lasser le médecin.

Le deuxième jugement modère la demande d'honoraires dans les termes suivants :

« Attendu que X... a assigné les époux D... en paiement de 4.000 francs pour honoraires médicaux.

Attendu qu'il est établi que X..., docteur en médecine, spécialiste des procédés pour procurer l'amaigrissement, a reçu cinq ou sept fois la visite de la dame D... à qui il a ordonné un régime et des soins appropriés.

Qu'il n'est pas contesté qu'il a reçu déjà une somme de 2.000 francs à titre d'honoraires mais qu'il soutient :

1° Qu'un prix forfaitaire de 6.000 francs avait été convenu;

2° Que ce prix de 6.000 francs doit être admis en raison de la notoriété du médecin et de la situation de fortune de la dame D....

Sur le premier point :

Attendu que la convention alléguée n'est ni prouvée ni offerte en preuve, sans d'ailleurs qu'un commencement de preuve par écrit ne permette au Tribunal de l'établir par enquête.

Sur le second point :

Attendu que si, en vertu d'usages constants consacrés en général par la jurisprudence pour fixer le chiffre des honoraires, il est tenu compte, et de la notoriété du médecin traitant et de la situation de fortune des malades, cet usage ne peut pas s'appliquer dans une espèce où les soins donnés et le régime prescrit ressortissent *bien plus du commerce des instituts de beauté que de la science médicale proprement dite.*

Attendu que la somme de 2.000 francs payée à X... paraît une rémunération largement suffisante des soins par lui donnés. »

Ce second jugement est important, parce qu'il fait une distinction très juste entre ce qui est la médecine proprement dite et certains commerces qui y sont adjoints.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1925-1926

DOCTORAT D'ETAT. — 72. ABD-EL-MOULA. — Tuberculose génitale et puerpéralité.
51. ADAM. — Du prolapsus du bout inférieur dans l'anus artificiel.
107. AGASSE. — La démence précoce à forme simple.
38. ANCELIN. — De la fréquence de la cancérisation de l'ulcère de l'estomac.
3. AURIAT. — Les gliomes cavitaires des hémisphères cérébraux. Etude anatomo-clinique.
111. BACCIALONE. — Du choix des persécuteurs dans les délires de persécution.
98. BAILLARGEAT. — Adénopathies et curage ganglionnaire dans la chirurgie du cancer de la lèvre.
64. BARGE. — Contribution à l'étude des anomalies de l'artère ischiatique.
25. BARJOT. — Contribution à l'étude de l'ozone comme agent d'assainissement de l'air des agglomérations.
78. BASTEAU. — Prophylaxie et traitement de l'hérédo-syphilis.
94. DE BATZ. — Des grossesses intra-utérines anormales pouvant en imposer pour des gestations ectopiques.
66. BAUGUION. — Les maisons à cancer.
96. BAYLAC. — La quinine a-t-elle une action sur l'utérus gravide? Etude clinique et médico-légale.
73. BAYSSE. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie fundique.
52. BERNET. — L'adrénaline en injections intracardiaques au cours des syncopes anesthésiques.
44. BERTRAND. — Etude statistique et clinique des présentations du siège à la clinique d'accouchements.
13. BESCONT. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire et, en particulier, de la forme nodulaire hématogène à foyers multiples.
16. BIOT. — Contribution à l'étude de l'opération de Müller dans le traitement des prolapsus génitaux.
55. BLANC (Mme). — Contribution à l'étude de la syphilis larvée du nourrisson.
56. BLANC. — Huile de foie de morue et tuberculose.
22. BORRELL. — L'assistance sociale aux infirmes civils.
71. BOUDEY. — Invagination de l'intestin par tumeurs bénignes du grêle.
89. BOURGAREL. — Les accidents nerveux dus à l'emploi des arsénobenzènes au cours du traitement de la syphilis.
2. BRETON. — Le myrte a-t-il des propriétés abortives?
68. CANTORNÉ. — Sur le myocarde dans l'hérédo-syphilis précoce.
67. CARTRON. — Contribution à l'étude des luxations traumatiques obturatrices de la hanche.
6. CAUVIN. — Contribution à l'étude de la contagion et de l'inoculation du cancer.
75. CHAPPERT. — De l'embaumement. Un embaumement célèbre à Bordeaux. Conservation des cadavres.
77. CLARAC. — Contribution à l'étude clinique de l'audimutisme.
105. CLOUP. — Infarctus total et nécrose du rein.
110. CORNAT. — La chirurgie du sympathique péri-artériel des membres.
115. COURTIER. — Les hématuries colibacillaires de la grossesse.
62. CRÉMONA. — De la torsion des pédicules des fibromes sous-péritonéaux.
17. DAMANY. — Contribution à l'étude du tétanos à forme cérébrale.
84. DANEY DE MARCILLAC. — Contribution à l'étude du cancer de l'appendice.
28. DASPECT. — La volonté peut-elle s'opposer à l'emprise héréditaire?
74. DELAGE. — L'ethmoïdite fluxionnaire.
86. DEMANGEAT. — De la nécessité d'un ordre des médecins. Le projet Verger.
104. DEPLANCHE (Mlle). — Recherches sur la cicatrisation des plaies iriennes consécutives à l'iridectomie.
103. DESPONS. — Considérations sur le traitement chirurgical des thrombophlébites du sinus latéral et de la veine jugulaire interne et ses indications.
12. DEZOTEUX. — Cardiographie et symphyse du péricarde.
91. DUCASSE. — Contribution à l'étude de la méningite à colibacille chez le nourrisson.
7. ESCARTEFIGUE. — Fréquence dans les troupes noires des cas de lèpre sans bacilles décelables.
24. FABRE. — De la toux dans la tuberculose pulmonaire chronique. Ses complications.
39. FAUCHER. — Le teint jaune paille est-il un signe de cancer?
18. FAZEUILLES. — Contribution à l'étude des kystes paraovariens et à la torsion de leur pédicule.
19. FLOCHLAY. — Le traitement de l'ozène par le vaccin monomicrobien de Pérez.
15. FOUGERAT. — L'iléus mécanique après appendicectomie
108. FONTAN. — Le rapport i/I et la forme de la courbe oscillométrique dans quelques états pathologiques cardiovasculaires.
93. FOURNIER. — Les états typhiques latents et prolongés.
11. FRÉVILLE. — Les perforations intestinales typhiques de la convalescence.
32. FUMAT. — Traitement par la sonde caustique de l'ulcus gastrique.
43. GABERT. — Etude clinique et statistique des accouchements en droite postérieure à la clinique obstétricale.
26. GABETTE. — Etat actuel de nos connaissances sur la prophylaxie et le traitement médical et chirurgical de la gangrène gazeuse.
109. — GANDY. — Remarques sur l'histoire des eaux minérales et de leurs indications à Bagnères-de-Bigorre.
5. GARRELON. — Sur la source hydro-minérale d'Ahusquy (Basses-Pyrénées).
65. GAYE. — Contribution par quelques observations radiographiques à l'étude de l'ossification des pièces squelettiques formant l'articulation coxo-fémorale.
63. GARDES. — De la rupture spontanée des pyosalpinx.
35. GÉNIN. — Les états précancéreux dans le cancer du col de l'utérus.
41. GÉRAUD. — Contribution à l'étude des abcès angiocholitiques du foie.
23. GOIRAN. — Des hépatites amibiennes aiguës avant l'abcédation et de leur traitement.
117. GOURMELON. — Hématuries dans les rétrécissements de l'urètre.
31. GOURVIL. — Les ecchymoses osseuses. Etude médico légale.
9. GRAILLY (DE). — Etude comparative des diverses méthodes d'immunothérapie dans les infections broncho-pulmonaires aiguës de l'enfance.
27. GRÉ. — De l'insuline dans le traitement du coma diabétique.
59. IMBERT. — Sur quelques formes cytologiques des mélanomes.
118. IRASQUE (Mlle). — Contribution à l'étude de la prophylaxie des maladies vénériennes au Maroc.
4. JOLLY. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine abdominale avec enfant vivant.
45. JOSSE. — Contribution à l'étude médico-légale des fractures du bassin.
88. LABBÉ. — Les annexites tuberculeuses méconnues.
81. LABIB. — Contribution à l'étude du traitement de la pleurésie purulente aiguë non tuberculeuse de l'enfance, en particulier par la pleurotomie minima.
76. LACHAPÈLE. — Contribution à l'étude des radionécroses tardives.
116. LACROZE. — Contribution à l'étude des plaies du sinus longitudinal supérieur.
101. LAOUILHEAU. — Contribution à l'étude des sarcomes du corps de l'utérus.

50. LAVERGNE. — Du principe de l'intervention immédiate dans la grossesse ectopique au delà du cinquième mois de la grossesse.

49. LE LAY. — Les cancers gastro-intestinaux chez les sujets âgés de moins de trente-cinq ans.

14. LE MÉHAUTÉ. — Contribution à l'étude des paralysies transitoires des cardiaques.

57. LE ROUX. — Résultats obtenus par l'emploi du stovarsol dans le traitement de la lambliose intestinale.

87. LHONNEUR. — Contribution à l'histoire du charlatanisme médical à Bordeaux.

92. LOUBET. — Mécanisme des crises nocturnes des cardio-rénaux.

95. MANET. — Traitement de l'otite externe par lipo-vaccins.

100. MAGIMEL-PELONNIER. — Le bismuth dans le traitement de la syphilis. Recherches expérimentales anatomopathologiques et cliniques.

82. MARRES. — Forme clinique du cancer épithélial du sein restant.

60. MARTAUD. — Angine de poitrine et tabes.

106. MARTINAUD. — Les sténoses postchirurgicales du naso-pharynx et leur traitement.

46. MAURY. — Contribution à l'étude des rayons ultra-violets en oto-rhino-laryngologie.

29. MEMBRAT. — Contribution à l'étude de l'acétonémie infantile.

99. MIOLLIS (DE). — Contribution à l'étude de la gangrène gazeuse d'apparition tardive.

37. MONIER. — Vitesse d'absorption et d'élimination des boissons chaudes et sucrées.

33. MONNIER. — Essai sur les rapports de la jalousie passion avec le délire jaloux interprétatif.

36. MOUNOT. — L'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine (allonal) en neuro-psychiatrie.

80. NACAMULI. — De la valeur des différentes réactions séro-biologiques dans le diagnostic des kystes hydatiques suppurés ou altérés.

112. NÉGRIÉ. — Contribution à l'étude des rapports entre la tuberculose génitale et la puerpéralité.

42. NICOL. — L'essence de térébenthine en thérapeutique.

70. NOUGARO. — L'organisation de la lutte contre le cancer en France.

79. PACHEBAT. — Kératite interstitielle hérédo-syphilitique et sels de bismuth.

114. POUDENX. — Contribution à l'étude des arthrites aiguës suppurées des nourrissons.

102. PUECH. — La trachéotomie dans les fractures du larynx.

61. PUYO. — La prophylaxie de la syphilis à Bordeaux de 1918 à 1926.

40. QUÉRAUX. — De l'avenir fonctionnel du rein après l'uretéro-cysto-néostomie.

69. RAFAILLAC-DESFOSSES. — Ostéosynthèse dans les fractures fermées de la diaphyse fémorale, en particulier par le fixateur de Lambotte.

8. RAPILLY. — Des pleurésies qui surviennent au cours du pneumothorax thérapeutique.

34. RAVOUX. — Le docteur Sacombe, accoucheur, charlatan et poète (1760-1822).

48. RAYNAL. — L'abcès de fixation chez l'enfant et le nourrisson.

1. RIOU. — Contribution à l'étude de la désinfection des crachats tuberculeux.

21. ROBERT. — Les obésités sexuelles chez la femme.

30. ROBIN. — Recherches personnelles sur le parasitisme intestinal dans la région bordelaise.

10. ROCCA. — Contribution à l'étude de la dégénérescence sarcomateuse des fibromes de l'utérus.

85. ROUDIÈRE. — Le chlorure de potassium dans le traitement de l'ascite des cirrhoses du foie.

54. ROUX. — De la torsion de l'utérus fibromateux.

90. SARTHOU. — De l'étiologie et du traitement de la pyorrhée alvéolaire.

113. SATGÉ. — Contribution à l'étude des sténoses tuberculeuses intrinsèques de l'intestin grêle.

53. SÉDEILHAN. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des ménorragies.

58. SÉGALEN. — L'oranger et ses fruits en thérapeutique.

97. TASTET. — Du volvulus de la vésicule biliaire.

20. TOURNIGAND. — Contribution à l'étude chimique des corps étrangers des voies respiratoires chez les enfants.

47. TRAISSAC. — Contribution à l'étude de l'acidité gastrique du nourrisson. Recherches sur la concentration en ions hydrogène du liquide gastrique.

83. VERGERON. — Contribution à l'étude de la ligature de la carotide externe par la voie rétro-jugulaire de Hartglas.

119. VIAUD. — Les sérums et les vaccins en ophtalmologie.

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ. — 171. DIMITRIÉVITCH. — Contribution à l'étude des tumeurs et granulomes des lèvres.

168. GARCIA. — Contribution à l'étude du cancer du pénis.

163. PAVLOVITCH. — De la valeur de la toxicité urinaire déterminée par la tension superficielle comparativement à la méthode de phénol-sulfone-phtaléine, constante d'Ambard, azotémie dans l'urologie.

166. RADOVITCH (Mlle). — Contribution à l'étude des relations du cancer et de la tuberculose.

170. SÉRAPIO DE LÉON. — L'anesthésie locale à la butelline en chirurgie générale.

167. TORI. — Contribution à l'étude des péritonites à pneumocoques chez l'adulte.

164. VASSILIYÉVITCH (Mlle). — Contribution à l'étude du traitement des métrites cervicales.

LIVRES NOUVEAUX

Avortement et stérilité (1), par MM. Henri VIGNES, BARBARO, RINJARD, CUROT et DUFRENOY.

Deux mots d'une angoissante actualité, pour nous Français, qui assistons à la diminution constante de la natalité dans notre pays.

De toutes parts, nous cherchons à enrayer cette affligeante dépopulation : aide matérielle, hommages aux familles nombreuses, rénovation des forces morales, tout est conseillé ou utilisé.

Certes les difficultés matérielles de la vie sont en cause. Plus grands encore sont les ravages causés par le néo-malthusianisme sournoisement répandu en France, à l'instigation d'abord de l'Angleterre, affolée par la lutte soutenue contre la puissance napoléonienne, puis par les menées souterraines de l'Allemagne.

Cependant la pauvreté des théories de Malthus s'impose à tout esprit qui réfléchit, et plus fausses encore sont ces mêmes théories déformées comme elles le furent pour frapper davantage l'esprit populaire.

Mais à côté de ces causes d'ordre matériel, et d'ordre moral, il en est d'autres d'ordre biologique, qui se dégagent de l'étude du règne végétal, comme de celle du règne animal.

Les travaux de MM. Vignes, Barbaro, Rinjard, Curot et Dufrenoy d'une documentation parfaite éclairent cette question si complexe.

L. G.

(1) Un vol. in-8. — Prix : 8 fr. — Paris, Edition de la *Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale*, 8, rue des Acacias (17e).

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE

L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE

DÉFINITION. — C'est une maladie infectieuse caractérisée par une inflammation aiguë du derme déterminée par un microbe pathogène spécial, le streptocoque; une *dermite œdémateuse à streptocoques.*

ÉTIOLOGIE. — L'érysipèle de la face peut provenir : par contagion d'un sujet étranger porteur, soit d'un érysipèle, soit d'une affection de nature streptococcique; le germe étant apporté à la face par les doigts, le linge, les objets divers souillés de contage. Il peut être *spontané*, et résulter alors de l'exaltation de la virulence d'un streptocoque saprophyte (nez, bouche, peau) qui devient pathogène. Dans ce cas, il s'agit d'une *auto-infection.*

Causes favorisantes. — a. *L'inoculation massive.*

b. *L'exaltation de virulence des germes.*

c. *La diminution de résistance du terrain déterminée,* soit par une simple influence passagère (surmenage, froid, règles), soit par une maladie organique grave (cardiaques, hépatiques, albuminuriques), soit par une dyscrasie (diabète, goutte), soit encore par une intoxication (alcoolisme).

Causes déterminantes. — Le *streptocoque*, en courtes chaînettes prenant le gram, inoculable au lapin, poussant sur les milieux de culture usuels.

Il pénètre dans le derme :

a. A la faveur d'une solution de continuité de l'épiderme (plaie traumatique légère, excoriation, vésicule d'eczéma ouverte, furoncle, bouton d'acné, herpès).

b. A la faveur d'une solution de continuité d'une muqueuse voisine de la face (muqueuse nasale, buccale, des voies lacrymales).

Dans ces cas, la porte d'entrée passe inaperçue, l'érysipèle se propage à la peau en raison de la continuité directe du chorion muqueux avec le derme; l'*érysipèle sort.*

SYMPTOMES. — Autrefois on considérait l'érysipèle comme une maladie générale à détermination secondaire cutanée. On lui décrivait une période d'*incubation* (classiquement trois à sept jours, parfois très courte) d'*invasion*, d'*éruption*, de *desquamation.*

Actuellement, on considère l'érysipèle comme une *maladie locale*, déterminant deux grands ordres de symptômes :

a. Des signes locaux d'inflammation, la *plaque érysipélateuse.*

b. Des *signes généraux d'infection,* secondaires à l'inoculation du streptocoque dans le derme.

Pour toutes ces raisons, nous étudierons successivement les trois périodes de l'érysipèle (début, état, terminaison).

I. Début. — Souvent *brutal* par :

Un frisson intense, unique, solennel, parfois remplacé par des frissonnements courts et répétés. La température s'élève à 39 degrés. On note un malaise général, de la céphalée, un état saburral des voies digestives; la langue est sèche, les vomissements, la constipation sont des symptômes courants.

Cette précession fréquente des signes généraux sur les signes locaux est un argument en faveur de l'origine sanguine septicémique de l'érysipèle, mais pour M. Roger ce n'est là qu'un des modes de début de l'érysipèle de la face.

Dans un tiers des cas, l'apparition de la plaque érysipélateuse constitue le premier signe de la maladie et précède l'élévation de température et le frisson.

D'autre part, dès le début de la maladie, on peut noter une tuméfaction et un endolorissement des ganglions sous-maxillaires, c'est le *signe de Chomel.* Cette réaction ganglionnaire est le témoin d'un processus local d'inflammation encore invisible.

Il faut encore noter que dans certains cas :

a. Les signes généraux et la plaque apparaissent simultanément;

b. Une *angine* rouge, vernissée, très douloureuse, accompagnée d'une grosse adénopathie cervicale, peut précéder de quelques jours ou de quelques heures l'apparition de la plaque.

c. Un *coryza peut également être un signe précurseur.*

Quoi qu'il en soit, la période de début est courte; et quel que soit son point de départ, la plaque d'érysipèle s'étend progressivement et au bout de vingt-quatre ou trente-six heures elle présente son aspect typique.

II. Période d'état. — La plaque constitue le *symptôme capital*; les phénomènes généraux sont des signes accessoires quoique généralement très importants.

La plaque. — Elle *apparaît*, soit au niveau de l'*aile du nez*, de l'*angle interne de l'œil*, des *oreilles*, des *paupières*. Elle est *rouge vif* ou *lie de vin.* Cette couleur intense disparaît cependant par la pression du doigt dans la majorité des cas.

Au niveau de cette plaque, la peau est lisse, luisante, sèche, souvent rugueuse. On note parfois à son niveau des *vésicules*, des *bulles* et même des *phlyctènes* qui contiennent d'abord du liquide citrin, puis qui se troublent.

La plaque érysipélateuse est manifestement *surélevée* par rapport aux téguments voisins. Elle en est séparée par un **bourrelet.**

La palpation permet, en outre, de mettre en évidence certains caractères :

a. **La chaleur.** — Se constate facilement à la main par le simple contact, car à ce niveau l'hyperthermie atteint de 1 à 3 degrés.

b. **La douleur.** — Elle est toujours vive; le malade s'en plaint. Il s'agit d'une sensation de cuisson, de tension surtout marquée au niveau du cuir chevelu et de l'oreille quand ces régions sont prises; aussi comprend-t-on facilement que la palpation réveille une accentuation des phénomènes douloureux. C'est le *signe de la douleur à la pression* (Milian). Celle-ci peut être provoquée par la pression de la tête sur l'oreiller, de la simple pression du doigt.

c. **L'impossibilité de plisser la peau.** — Celle-ci est tendue, adhère au plan profond et se laisse mobiliser en masse.

d. **Signe du maximum centrifuge** (Milian). — C'est au niveau du bourrelet que la palpation provoquée par le doigt détermine la douleur la plus vive.

Tuméfaction, rougeur, chaleur, douleur ont leur maximum d'intensité à la périphérie de la plaque.

e. **Adénopathies.** — CONSTANTES.

EXTENSION DE LA PLAQUE. — Elle s'étale en tache d'huile. Elle gagne par ses bords. Elle envahit la peau des deux yeux en lunette; elle gagne le nez, le front, les oreilles, le cuir chevelu, à l'exception du *menton* habituellement respecté.

Les paupières sont boursouflées par l'œdème; les deux yeux sont fermés, les narines sont bouchées de croûtes jaunâtres, les oreilles *déjetées en dehors* et gonflées. Le malade est défiguré, hideux, affreux à voir.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 8 AU 13 NOVEMBRE 1926)

THÈSES

Mardi 9 novembre. — Jury : MM. Jeanselme, président; J.-L. Faure, Guillain et Laignel-Lavastine. — M. ELIET (G.). Etude sur la syphilis traumatique. — M. COHEN (Henri). Etude sur les fibromes utérins. — Mme SCHIFF-WERTHEIMER. Les syndromes dans le ramollissement cérébral.

Vendredi 12 novembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; M. Labbé, Lemierre, Nicolas, Robin, Panisset, Maignan, Coquot, Moussu et Vallée. — M. ELOIRE. Etude sur la répression des fraudes du beurre et du lait. — M. ROY. Des gastro-entérites du chien. — M. JAUSON. Des pneumo-entérites infectieuses du porc. — M. PAYARD. Essai sur la typho-anémie infectieuse du cheval.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE



LE SAMEDI 27 NOVEMBRE 1926

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication sur soumissions cachetées de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'Administration, savoir :

Pendant l'année 1927 :

1er lot.	*Instrumts en gomme et caoutchouc.*	40.000 f.
2e	— —	40.000
6e	— *Thermomètres médicaux*.. unités	30.000
8e	— *Seringues en verre*............	170.000 f.

Pendant le premier semestre 1927 :

3e lot.	*Gants et doigtiers en caoutchouc.*	190.000 f.
4e	— *Articles de caoutchouc*..........	50.000
5e	— *Tétines et obturateurs*..........	35.000
7e	— *Articles divers*..................	8.000

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des lettres de demande d'admission jusqu'au 16 novembre 1926, avant 16 heures.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 8 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic du cancer de la langue. — Complications de l'ulcère de l'estomac sans le traitement. »

MM. Gaulier, 23; Brisard et Ardouin, 21; Vialle, 16; Goldberg, 26; Guerneau, 23; Mlle Pichot et MM. Vandour, 18; Roy (L.-O.), 27; Pichon, 17.

Séance du 9 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la pyélonéphrite aiguë colibacillaire. — Description clinique et diagnostic de la grande crise d'épilepsie dite essentielle. »

MM. Thévenard, 20; Wester (Salomon), Mlles Oguse et Odru, 19; MM. Schwob, 16; Mourut, 19; Voillemin, 23; Brongniart, 17; Mlle Heumann, 23.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — Le concours d'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — Mlle Brassart, M. Prieur, Mlle Canonne, M. Rozier, Mlle Legros, M. Andureau.

Internes provisoires. — MM. Peyret, Toury, Colleau, Hy.

Le concours d'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Loréal et Serres.

Interne provisoire. — M. Bedouet.

Concours d'externat. — Ont été nommés externes : MM. Pellier, Picot, Mlle L. Brassard, MM. Tanguy, Le Baron, Lecuit, Varangot, Rautureau et Rivé.

— Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires. — MM. Nodet, Badinand, Guérin, Bosso, Lausseure, Grimonet, Rigot, Perron, Raymond Pierre, Ratte, Boudènes, Bolon, Morand, Perrodin, Freidel, Vansteemberghe, Guy, Delore, Albaret, Vial, Bergazzy, Henry, Bertrand Louis, Bernard, Charpy, Magnard, Pichat, Chevalier Bernard, Saint-Arroman, Lafon, Josserand, Graber, Bergeret, Chapuy, Duchamp, Viala, Coronat, Gibaud, Brun, Adam, Folie-Desjardins, Etienne-Martin, Mlle Dumas, MM. Picaud, Bonnet, Bret, Provence, Servajean, Grivaux, Fischer, Mlle Grangette, M. Chevalier André, Mlle Bertrand, MM. Pleindoux, de Barrin, Mlle Fenestraz, MM. Anthoine, Benoît, Laforet, Blanchet, Feuillade, Nordman, Mermet.

Externes provisoires. — MM. David, Guyon, Roure, Brachet, Lathuraz-Viollet, Groslebailly, Bourdon.

LES ÉTUDIANTS ET LA MOYENNE DE 7 AUX EXAMENS. — M. Pierre Nigay, secrétaire permanent des Etudes de médecine de l'Union nationale des étudiants de France, nous prie d'insérer la note suivante :

« Un grand nombre d'étudiants en médecine se trouvant dans l'obligation de recommencer une année à la suite d'un échec à un examen de la session d'octobre, car ils n'ont pas à leurs autres examens la moyenne de 7 qui leur était nécessaire pour réparer cet échec à la session dite « Session extraordinaire de février-mars », l'Union nationale des associations d'étudiants de France informe les camarades de médecine qu'elle a entrepris des démarches auprès des Pouvoirs publics, pour une modification d'urgence du décret ministériel du 17 février 1926, qui en instituant cette moyenne de 7 a par trop limité l'accès de la session de février-mars; tout au moins pour le maintien d'office de cette session pour les étudiants qui avec des motifs graves (en particulier dans le cas de maladie) n'auraient pu se présenter à l'une des deux sessions de juillet ou d'octobre. »

LÉGION D'HONNEUR. — Sont inscrits au tableau (Maroc et Levant), armée active :

Pour le grade d'officier. — M. le médecin principal Jude. M. le médecin-major Ferron.

Pour le grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Vialleton, Tressarieux et Rouzeaud.

GUERRE. — Est promu :

Au grade de médecin inspecteur. — M. Chavigny, directeur du Service de santé de la 6e région.

— M. le médecin principal de 1re classe Grall est nommé directeur du Service de santé de la 12e région.

CÉRÉMONIE EN L'HONNEUR DE M. LOBLIGEOIS. — Lundi dernier à la Faculté de médecine a eu lieu une cérémonie émouvante pour la remise de la croix d'officier de la Légion d'honneur à notre confrère le docteur Lobligeois, l'une des plus héroïques victimes des rayons X.

Des discours ont été prononcés par M. le professeur d'Arsonval, par le docteur Zimmern qui fit la remise de la croix d'officier à M. Lobligeois, puis par M. Aucoc, syndic du Conseil municipal, M. Mourier, directeur de l'Assistance publique qui rendirent hommage au courage stoïque et à la bonté légendaire du radiologue de l'hôpital Bretonneau.

Enfin M. Paul Strauss remit à M. Lobligeois la médaille de la fondation Bergonié ainsi que le prix qui lui est attaché.

LA COMMÉMORATION DE SAINT-CYR ET DE CHAUVEAU A L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON. — L'Ecole vétérinaire de Lyon a célébré la double inauguration d'un buste à Saint-Cyr et d'un monument à J. Chauveau. Le premier, qui fut pendant trente-cinq ans professeur à l'Ecole, est connu surtout pour ses travaux sur la contagiosité de la morve. Le second fut longtemps directeur de l'Ecole de Lyon et professeur de physiologie à la Faculté de Lyon, puis vint à Paris où il fut professeur au Muséum et président de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

M. Herriot présidait la cérémonie consacrée à Chauveau. Après des discours de MM. Barrier, Porcher, Jung, F. Arloing, Breton et Leclainche, il prit la parole pour glorifier l'illustre savant.

ECHO DU DERNIER CONGRÈS DE CHIRURGIE. — Un confrère belge était poursuivi pour faute qualifiée de lourde au cours d'une opération. Son défenseur donna lecture au jury du discours prononcé à l'ouverture du Congrès de chirurgie par notre maître et ami le professeur Jean-Louis Faure. Le jury convaincu qu' « il n'y a pas de faute lourde, mais qu'il n'y a que des malheurs » a acquitté le chirurgien poursuivi.

Tous les confrères s'uniront à nous pour féliciter M. J.-L. Faure, dont la bienfaisante action s'exerce dans tous les domaines.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie royale de médecine vient, en sa dernière séance, d'élire son Bureau pour 1927. M. le docteur Gallemaerts, professeur honoraire à l'Université de Bruxelles, a été nommé président. MM. Léon Frédéricq et Malvoz, tous deux professeurs à Liége, ont été élus vice-présidents.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — DON A L'ASSOCIATION. — L'Union des fabricants de produits pharmaceutiques médicaux a fait un don de 20.000 fr. à l'Association générale. Cette somme sera répartie entre les dignes confrères frappés par l'infortune auxquels l'Association sert une pension viagère et qui ne manqueront pas d'apprécier la délicatesse de ce geste généreux et spontané.

LA MÉDECINE AU SALON D'AUTOMNE. — Un jeune artiste marseillais, Antoine Ferrari, âgé de seize ans et demi, exposant pour la première fois, a envoyé une peinture inspirée et composée par notre excellent confrère le professeur Reynès (de Marseille). Elle représente un médecin en tablier et en blouse blanche, notes en main, dictant un rapport à une jeune infirmière dactylo.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 15 novembre 1926, à 21 h., au Cercle militaire.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les blessures du crâne par projectiles de guerre », par M. le docteur Brodier, médecin principal de 2e classe, vice-président de l'Union fédérative.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Marcel Labbé commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le 15 novembre 1926, à 17 h. (petit amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis snivants, à la même heure.

EMBRYOLOGIE. — M. Champy, agrégé, chargé du cours, a commencé une série de leçons d'embryologie le lundi 8 novembre 1926, à 18 heures (amphithéâtre Cruveilhier), et les continuera les jours suivants, à la même heure, jusqu'à l'achèvement du programme.

I. Embryologie générale : Produits sexuels et fécondation. — Segmentation. — Gastrulation. — Origine des feuillets. — Dérivés blastodermiques. — Esquisse du développement général de l'embryon. — Les annexes.

II. Embryologie spéciale : Les organes divers et leur origine. — Leur histogénèse et leur développement terminal. — Anomalies de développement.

Ces conférences alterneront avec des séances de travaux pratiques facultatifs pour lesquels les étudiants devront s'inscrire à l'amphithéâtre de cours.

FILM PARLANT SUR LES MÉDICAMENTS CARDIAQUES. — Le docteur Lutembacher présentera le jeudi 18 novembre, le soir, à 21 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, une leçon intégralement enregistrée avec ses documents audibles et cinématographiques (Etude expérimentale et clinique de l'action de la digitaline et de l'ouabaïne). Pour l'écoute des bruits du cœur il est conseillé d'apporter des sthétoscopes bi-auriculaires à tubes souples.

ŒTTINGER

Nous apprenons avec un très vif regret la mort survenue, à Orthez, de M. William Œttinger, médecin honoraire des hôpitaux de Paris et médecin chef de la Compagnie d'Orléans.

M. Œttinger était né à Genève en 1856, interne des hôpitaux de Paris dans la même promotion que notre maître A. Ricard et que M. Tissier à qui l'unissait une particulière amitié, il fut aussi le collègue de promotion de MM. Gilbert, Richardière, Darier, Charrin. Son internat terminé, il fut chef de clinique de Potain après une thèse remarquée sur la paralysie alcoolique.

Médecin des hôpitaux en 1891, il se consacra aux maladies de l'estomac et de l'intestin et publia d'importants travaux sur la thérapeutique du rhumatisme et de la goutte.

M. Œttinger était l'un des fondateurs de la Société de gastro-entérologie, il en fut le premier président; c'était un clinicien et un savant dans toute l'acception du mot. Son caractère droit n'inspirait que le respect. Il sera vivement regretté par tous ceux qui ont eu l'honneur de l'approcher.

M. Œttinger était le beau-frère du regretté Paul Reclus, il était l'oncle de notre ami le professeur Marcel Labbé, à qui nous adressons l'expression de notre très profonde sympathie.

F. L. S.



REVUE GÉNÉRALE

LA DOULEUR DES VISCÈRES

Conférence aux Journées médicales montpelliéraines (1)

Par le professeur EMILE FORGUE.

III

De ces notions physico-pathologiques, assez ardues mais auxquelles un chirurgien ne peut plus rester étranger, retenons ces deux faits : 1° *le système nerveux végétatif est la voie de conduction centripète de la sensibilité viscérale*; 2° *pour chaque organe, la douleur se manifeste dans une zone métamérique, cutanéo-musculaire qui est desservie par le même segment médullaire où se rendent les faisceaux sympathiques du viscère atteint.* De là, cette proposition logique : par une *neurotomie élective*, c'est-à-dire *ne coupant que ce qu'il faut et le coupant au bon endroit*, produire l'analgésie de territoires viscéraux déterminés. — Mais, deux précisions topographiques sont indispensables, qui peuvent dicter le choix de l'intervention, selon que l'on va attaquer le sympathique près du centre ou à la périphérie : 1° *la localisation du segment médullaire et des racines qui répondent à l'aire métamérique du viscère douloureux*; 2° *le point d'élection où doit porter la section nerveuse*, sur les divers échelons de ce grand système autonome : *rameaux communicants*; *grande chaîne sympathique vertébrale*; *nerfs splanchniques*; *ganglions viscéraux de la chaîne prévertébrale*; *branches viscérales.*

Ainsi se crée *une thérapeutique chirurgicale de la douleur organique*, applicable aux affections viscérales dont le *symptôme dominant* — quelquefois l'unique symptôme — est la douleur et que caractérise en tout cas, *la disproportion paradoxale entre l'intensité de la souffrance et le degré minime de la lésion causale apparente.*

Lorsque cette chirurgie des douleurs abdomino-pelviennes a été inaugurée, il y a plus d'un quart de siècle (exactement en 1899-1900) par Jaboulay (à l'œuvre initiatrice duquel il faut toujours remonter, comme en chirurgie osseuse nous revenons toujours à Ollier), il est à remarquer que *c'est aux relais ganglionnaires et aux branches terminales* que le chirurgien lyonnais s'est attaqué.

Or, un premier fait marque l'évolution actuelle de la chirurgie du sympathique, du moins dans ses applications antialgiques : *de ganglionnaire* qu'elle était à son origine, elle tend à devenir *pré* ou *post-ganglionnaire*, et à *se porter aux deux points extrêmes du réseau autonome*, soit qu'elle coupe *les rameaux communicants* par lesquels se fait la jonction des deux systèmes végétatif et cérébro-spinal, soit qu'elle intéresse *les nerfs périphériques viscéraux.* Car, les ganglions de la chaîne latérale, *paravertébraux*, de même que les ganglions *prévertébraux* constituent autant de *centres nerveux étagés*, et sont des *nœuds de coordination* des réflexes qui commandent la trophicité viscérale; c'est, en conséquence, *une zone dont l'opérateur tend, maintenant, à s'écarter.* Et ce que nous avons appris des séquelles douloureuses qui peuvent suivre l'excision de la chaîne sympathique cervicale, nous incite à substituer à ces *neurotomies globales*, en masse, des neurotomies *électives*, parcellaires, visant le *meilleur rendement thérapeutique au prix du délabrement minimum*, et fondées sur une étude anatomo-physiologique exacte.

Il me paraît hors de doute que le plus grand progrès réalisé dans cette chirurgie de la douleur viscérale a été la *section des rameaux communicants*, c'est-à-dire *l'attaque de l'innervation sympathique au point où elle peut être atteinte avec le plus de précision*, à la hauteur du *trait d'union* entre les nerfs rachidiens et les fibres nerveuses issues des ganglions : un coup de bistouri sur deux ou trois petits rameaux d'un centimètre de longueur, à la région thoracique, de trois à quatre centimètres à la région lombaire, et cela suffit pour insensibiliser toute une zone métamérique.

J'estime que la valeur de cette intervention se fonde sur les avantages suivants : c'est *une méthode générale*, utilisable aux différents étages de la chaîne sympathique; *son lieu d'application est bien localisé* par la détermination préopératoire du segment médullaire correspondant à la zone douloureuse; *sa technique est simple*, *bien repérée*, *bien réglée*; elle est *inoffensive* parce qu'elle reste extra-pleurale ou extra-péritonéale et parce qu'elle ne touche pas aux fonctions régulatrices autonomes des centres ganglionnaires; *son efficacité* apparaît surtout dans ces cas, décourageants, où la douleur est le symptôme unique ou sans proportion avec les lésions. Ce sera le mérite de von Gaza d'avoir inauguré et méthodisé cette ramisection; mais, c'est en France, avec les travaux anatomiques d'Hovelacque, de Latarjet et Bertrand, avec la solide monographie de Wertheimer et Bonniot sur le tonus vasculaire, avec les publications et l'exemple agissant de Leriche, que cette chirurgie des rameaux communicants a trouvé, récemment, sa base technique très étudiée.

Quand nous coupons un rameau communiquant, *quelles sont*, exactement, *les voies de conduction que nous interrompons*? En réalité, *et sans distinction fonctionnelle*, nous sectionnons *l'ensemble du faisceau des lignes de jonction* : c'est-à-dire, *avec les fibres sensitives*, *les fibres viscéro-motrices*, *vaso-motrices*, *sécrétoires*; donc, indistinctement, *les centrifuges* aussi bien que les *centripètes.*

Impossible de distinguer microscopiquement rameaux blancs ou gris : cette différenciation n'est possible qu'à l'histologiste. De là, quand nous nous proposons de faire une ramisection, l'*obligation de déterminer* très exactement, *pour réduire au minimum le champ de l'énervation sympathique, le diagnostic topographique préalable du siège viscéral de la douleur et du segment médullaire intéressé.* Cliniquement, il s'agit donc, dans chaque cas, *de délimiter la zone hypéralgique de Head*, que nous savons correspondre à un segment métamérique constant : ce que von Gaza et Mandl appellent le diagnostic segmentaire, « die segment-diagnose ». Puis, *il faut contrôler, par une injection paravertébrale*, d'une solution de 1 p. 200 de syncaïne ou de scurocaïne, si l'insensibilisation des nerfs paravertébraux répondant à cette zone produit bien la suppression temporaire de la douleur.

Cette ramisection *est préférable à la résection des nerfs paravertébraux, ganglion spinal y compris*, que von Gaza avait d'abord essayée. Il est sage de *ne pas l'étendre à plus de trois segments médullaires*, pour ne point énerver trop largement la sangle musculaire de la paroi abdominale. En général, on peut *se contenter d'une ramisection unilatérale*, le

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 89, p. 1429.

côté choisi répondant aux indications cliniques de la zone hypéralgique maxima et à la vérification de l'injection analgésiante para-vertébrale. Il est, d'ailleurs, à remarquer que, dans la chirurgie des membres, la sympathectomie unilatérale peut agir thérapeutiquement sur le côté opposé et il est possible, en conséquence, à la suite d'une ramisection unilatérale d'escompter des effets contra-latéraux; et, de fait, von Gaza, dans ses trois interventions initiales, s'est borné à un seul côté.

Pour la fixation des rameaux communicants à sectionner, retenez les précisions suivantes. Le grand splanchnique est formé des fibres des rameaux communicants D VI à D X, le petit splanchnique de D XI à D XII. Le segment médullaire frontière, qui borne en haut l'innervation des viscères abdominaux, est le VIe dorsal.

Les articles importants d'Hovelacque sur les rameaux communicants du sympathique cervical et le travail très clairement descriptif de Latarjet et Bertrand, sur le sympathique thoracique sont des documents anatomiques que le chirurgien a grand profit à consulter avant une intervention de ce genre. Sachez que les *communicants sont toujours au moins deux*, *parfois trois et même quatre par espace intercostal*; qu'en général le *nerf intercostal reçoit ses ramis du segment de la chaîne sous-jacent, et qu'assez souvent un rameau se détache du segment susjacent*; *que les rami aboutissant au nerf intercostal à peu de distance de la sortie du trou de conjugaison*; *qu'ils ne sont point adhérents au feuillet pariétal de la plèvre*; que celle-ci est facilement décollable et que l'opération peut et doit ainsi rester extrapleurale, ce qui est sa sécurité. Quant à la technique, elle a reçu d'emblée de von Gaza son point décisif qui consiste dans la *résection des apophyses transverses* qui facilite la découverte du nerf intercostal, sa traction en arrière et en haut, et la recherche des rameaux communicants; le mémoire de Wertheimer et Bonniot fixe, avec précision et figures très nettes, les temps successifs, de la ramisection aux trois étages, cervical, dorsal et lombosacré.

La ramisection *qui est la forme permanente* de l'anesthésie segmentaire, que nous donne, temporairement l'injection analgésiante paravertébrale, peut être, comme elle, *appliquée, à toutes les affections douloureuses, rebelles, de l'abdomen : péri-cholécystite et syndrome douloureux du carrefour sous-hépatique; crises gastriques tabétiques; syndrome douloureux de la fosse iliaque droite; adhérences postopératoires douloureuses*; *néphralgies*; *cardiospasme*. Ce qu'il y a de très intéressant dans le travail de von Gaza, c'est l'efficacité qu'il affirme de la ramisection sur *ces névroses dysfonctionnelles, avec spasme des vaisseaux et de la musculature viscérale, sans lésions organiques nettes, ou à douleurs sans proportion avec les lésions*. Or, précisément, ce sont ces malades qui jusqu'à présent font notre cauchemar et nos échecs : ils vont d'un chirurgien à l'autre; ce sont les habitués de la salle d'opération; une malade de von Gaza a subi successivement et sans aucun apaisement, une gastro-entérostomie; l'année suivante une appendicectomie; un an après une relaparotomie pour adhérences au niveau de la cicatrice, l'année suivante une réopération pour ulcère peptique probable; or, on trouve une anastomose très perméable, aucun ulcus; on ferme la bouche anastomotique, et, comme on vérifie l'existence d'une zone de Head allant de D IV à D VI, on fait à droite, trois mois après, cette triple ramectomie : guérison.

Qui de nous, n'a, dans ses dossiers, plusieurs observations comparables, de ces multiopérées, ayant sans résultat repassé plusieurs fois sous le bistouri; devant cette catégorie de malades s'ouvre maintenant la perspective d'une *opération simple*, *bien réglée*, *sans danger*, *efficace*, ainsi que Gino Pieri vient de le confirmer. Fait remarquable et paradoxal : *la ramisection se montre, comme effet analgésique*, *supérieure à la radicotomie postérieure*, qui semble cependant réaliser une suppression plus radicale des voies de la sensibilité; je ne me suis expliqué cette infériorité de l'opération de Förster, par rapport à l'opération de von Gaza, que lorsque j'ai pris connaissance des recherches récentes de Lehmann qui ont établi que *certaines fibres afférentes sympathiques*, convoyant les sensations viscérales, passent par la *racine antérieure*. Il est vraisemblable que, dans cette action totale de la ramisection, se combinent, à l'interruption des fibres sensibles, des actions entéro- et gastro-motrices, vaso-motrices, sécrétoires qui prennent part à la modification thérapeutique d'ensemble.

*
* *

A l'autre bout du réseau nerveux autonome, au delà de la chaîne ganglionnaire, *au niveau des nerfs viscéraux eux-mêmes*, le chirurgien peut se proposer une interruption mieux circonscrite, plus localisatrice des voies sensibles. En ce point terminus, et au moment d'aborder les organes qu'ils desservent, *les nerfs extrinsèques viscéraux*, comme l'ont montré Latarjet et ses collaborateurs, dans une série de travaux anatomiques très exacts qui classent, en cette question, l'école anatomique lyonnaise au premier rang, *ne constituent pas de véritables plexus*; ils ont regroupé leurs fibres, ils sont assez individualisés; donc, l'opérateur, par des sections électives, peut pratiquer, à leur niveau, *des énervations* plus ou moins complètes, *tout en respectant le système nerveux intrinsèque viscéral, et isoler ainsi l'organe des connexions*, sympathiques au sens littéral, *qui l'enchaînent aux autres viscères*. Pratiquement, cette méthode d'énervation viscérale est applicable : *à l'estomac* (Latarjet et Wertheimer), *aux reins* (Ambard et Papin, Latarjet et Bertrand), *à la vessie* (Rochet et Latarjet), *aux voies biliaires extra-hépathiques* (Latarjet, Bonnet et Bonniot), *au segment inférieur de l'uretère* (Rochet et Thévenot), *aux annexes féminines*.

A vrai dire, techniquement ces énervations viscérales prennent, assez souvent, non le type régulier d'une *neurotomie tronculaire*, mais la forme simplifiée *d'une sympathectomie péri-artérielle*. Telle est l'énervation des reins par sympathectomie péri-artérielle du pédicule rénal, ainsi que l'ont réglée Ambard et Papin : l'organe étant extériorisé par l'incision lombaire classique, il s'agit d'exciser ou de rompre tout le plexus qui entoure, de ses mailles allongées, l'artère rénale en avant d'abord, en arrière ensuite. L'opération ne va pas sans des difficultés, variables d'ailleurs, selon la longueur du pédicule, selon l'extériorisation de l'organe parfois fixé par de la périnéphrite. Il faut compter avec des hémorragies, gênantes, provenant des petits vaisseaux capsulaires. Nous ne sommes pas certains de réaliser l'énervation complète. Il y a lieu de réserver encore le risque éloigné de troubles trophiques de l'organe. Il sem-

ble bien, néanmoins, à en juger par les résultats obtenus par Papin, que nous ayions là une action efficace contre la douleur rénale : elle est applicable à ces cas de reins douloureux, pour lesquels la décapsulation, et la néphrotomie sont insuffisantes et la néphrectomie excessive; à ces petites hydronéphroses méconnues à crises douloureuses répétées que la pyélographie nous a révélées.

Telle est encore la *sympathectomie hypogastrique uni ou bilatérale*, pour névralgies pelviennes, qui, dès maintenant (ce qui montre bien le provisoire de nos conclusions en cette matière), cède la place à la section du nerf présacré.

Chez des cancéreux, atteints de tumeurs inopérables et souffrant de douleurs pelviennes très intenses, Leriche est intervenu, avec un résultat sédatif net, par la sympathectomie péri-aortique et péri-iliaque; mais cela nous paraît une indication de médiocre avenir; trop souvent l'infiltration néoplasique s'est déjà étendue au plexus lombo-sacré, ainsi qu'il arrive chez nos cancéreuses utérines, en proie aux souffrances finales.

Il me semble donc — sans vouloir faire de prophéties — que la sympathectomie péri-artérielle, d'une si large et si efficace application dans la chirurgie des membres, n'est pas appelée à trouver, en chirurgie viscérale, une aussi brillante carrière; ici l'avantage me paraît appartenir aux neurotomies électives portant sur les nerfs viscéraux. Trois organes surtout sont accessibles à ces neurotomies directes : *l'estomac, la vessie, les annexes*.

S'il est un organe où l'élément douleur joue un rôle important et suffise à créer une indication opératoire, c'est bien l'estomac. Grâce aux travaux anatomiques de Latarjet, de Wertheimer, de Walther, *la base technique de l'énervation gastrique* est bien établie, et nous pouvons aborder avec précision les trois principaux pédicules nerveux de l'organe; mais les espoirs fondés sur cette opération se sont-ils justifiés? Ici, l'énervation n'équivaut pas à une seule sympathectomie; c'est aussi une section du pneumogastrique; car il s'agit d'un organe à double innervation et chaque nerf gastrique contient dans des proportions, que nous ne savons pas encore distinguer, des fibres de ces deux systèmes, antagonistes et d'actions apparemment contradictoires. La *section des divers pédicules nerveux ne comporte pas de danger vital* : voilà une première tranquillisation, mais non une raison suffisante. Que devient *la fonction d'un organe ainsi réduit à son appareil nerveux intrinsèque?* L'énervation *produit l'atonie gastrique, ralentit l'évacuation et l'activité sécrétoire, fait baisser le taux de l'acidité totale, diminue la sensibilité.* Voilà des raisons pour qu'elle puisse être essayée contre la douleur des crises gastriques tabétiques, à vomissements incessants, et qu'elle s'applique logiquement à ces gastropathies, sans lésion anatomique, avec déséquilibre vago-sympathique, marqué par des troubles par hyperfonction, hypersensibilité, hypertonicité, hypermobilité, hyperacidité. Malades que nous entérostomisons sans résultats et que l'énervation peut soulager. Mais, pour légitimer des conclusions, le dossier a besoin d'être mieux nourri de précisions cliniques *sur les indications* et *les résultats* : là où l'atropine suffit pour sectionner fonctionnellement le nerf vague, la neurotomie est vraiment excessive.

Un des sommets de la souffrance humaine est atteint dans ces cas de *cystites rebelles*, atrocement douloureuses, avec pollakiurie et ténesme, qui font courir le malade au vase toutes les cinq minutes : tout est préférable alors à ce martyre. Une mise au repos de l'organe par la cystostomie n'est pas toujours suffisante. La section des branches nerveuses principales qui innervent la vessie peut-elle apporter la sédation définitive? L'étude de Latarjet et Bonnet a fixé l'anatomie du plexus et du ganglion hypogastrique, *centre nerveux du petit bassin*, véritable cerveau pelvien, selon l'expression de Jaboulay. Mais, la résection bilatérale du ganglion hypogastrique, qu'on l'aborde par la voie extra ou intrapéritonéale, est une opération malaisée, laborieuse; après elle, la paralysie vésicale, est complète, la rétention définitive et le sondage obligatoire. Ce ne peut donc être qu'une intervention anti-algique, autorisée seulement par une situation de haute intensité douloureuse. Pour la simplifier, Rochet a cherché à agir sur les seules branches vésicales du ganglion : dans deux cas, après une phase de rétention temporaire, il a obtenu une reprise de la miction spontanée, avec cessation de douleurs. *La solution de cette question thérapeutique des cystites douloureuses n'est pas dans le perfectionnement de ces neurotomies, mais dans la suppression de leurs indications*, par traitement prophylactique des complications; dans la tuberculose rénale, la *néphrectomie opportune* rend superflue l'énervation vésicale.

La douleur a une place de premier rang dans la *séméiologie gynécologique* : symptôme essentiellement subjectif, elle dépend autant de lésions organiques réelles que de réactions individuelles nerveuses; elle est le plus souvent hors de proportion avec le mal même et doit être interprétée avec un sévère sens clinique; elle peut même présenter des localisations et des formes à ce point imprévues que, loin de guider le diagnostic, elle égare le praticien sur le siège et la réalité des lésions. Je ne peux pas, ici, analyser la valeur de l'élément douleur en gynécologie. Je me borne à *ces algies pelviennes, permanentes et rebelles, sans lésions cliniquement appréciables, sans proportion, du moins, avec les lésions d'ovarite scléro-kystique* que nous constatons opératoirement.

Depuis plus de vingt-cinq ans, j'ai poursuivi, dans mon service, des recherches sur les lésions des ovaires scléro-kystiques et sur *leur correspondance avec les troubles douloureux* qu'elles provoquent. Mon intérêt a toujours été sollicité par la solution de cette question paradoxale : petites lésions ovariennes et grandes algies pelviennes. L'étude de ces microkystes et de leur caractère anatomique, que j'ai faite avec Massabuau, a paru définitive; et récemment encore, à l'Académie, Lhermitte et Dupont déclaraient qu'il n'y avait pas à y revenir. Continuant ces travaux, Roux vient d'apporter récemment une importante contribution à l'explication de ce paradoxe. *Cliniquement*, il est hors de doute qu'il y a des syndromes de névralgie de la sphère génitale avec troubles sympathicotoniques, qui paraissent relever d'altérations du système nerveux végétatif du petit bassin. *Histologiquement*, il semble bien que certains ovaires répondant exactement au type classique scléro-kystique, montrent des lésions des filets sympathiques caractérisées, selon les constatations de Roux, par la présence de névromes plus ou moins volumineux, pouvant aller depuis l'augmentation de volume du nerf jusqu'à la formation de véritables tumeurs nerveuses, à fibres enchevêtrées.

Si elle se confirme par des recherches de contrôle que nous poursuivons (et la récente communication

de Lhermitte et Dupont vient à son appui) cette conception va élargir le cadre des opérattons conservatrices sur les annexes et nous conduit à développer notre action sur le sympathique pelvien, en respectant les ovaires et l'utérus. Nous pouvons agir :

1° Sur le sympathique péri-artériel, par la dénudation de l'hypogastrique;

2° Sur la voie afférente du ganglion hypogastrique, par la section du nerf présacré. La sympathectomie péri-artérielle ne me paraît pas avoir la valeur de la névrotomie tronculaire; les recherches de Lhermitte et Dupont, celles de Hovelacque, ont établi que les nerfs de l'ovaire n'ont pas un rapport de contiguïté immédiate avec les vaisseaux, contrairement à l'opinion classique sur leur cheminement parallèle, camaraderie infidèle, comme l'avait déjà noté Latarjet.

Je pense, avec Cotte, dont l'expérience est ici la plus autorisée, puisqu'il a dépassé la cinquantième opération, que la section du nerf présacré, bien réglée, est à préférer; et c'est dans ce sens que je dirige ma technique : sur l'élément douleur, on agit presque à coup sûr, et l'indication de choix est l'ovarite du type névralgique. Sans doute, il est sage d'attendre l'épreuve du temps; mais, dans ce domaine tout ce qui peut éviter une castration doit être tenté.

***

Vous le voyez, Messieurs : fondée sur une solide base anatomo-physiologique, une chirurgie de la douleur viscérale est en train de s'établir, de préciser ses indications, de choisir ses techniques. C'est une question d'avant-garde; et, comme telle, elle soulève des controverses et provoque, encore, des jugements contradictoires. Nos conclusions sont provisoires : c'est ce qui fait leur valeur de stimulation intellectuelle. Notre vieille École, qui sait unir la tradition et le progrès, ne craint pas ces nouveautés; nous avons, à Montpellier, et depuis l'origine, cette disposition d'esprit qu'a définie Charles Richet : en fait de science, être révolutionnaire; mais, en médecine, rester conservateur. Entendons-nous, encore : être conservateur, c'est placer, au-dessus de tout, l'intérêt et le salut du malade; c'est ne point céder, sans examen critique rigoureux, à ces engouements qui passionnent l'opinion médicale à certains moments et sont suivis de promptes décadences; c'est, précisément, accueillir avec ferveur et développer une chirurgie qui évite les mutilations d'organes et vise leur conservation; c'est continuer la chaîne des travaux qui, dans l'Ecole montpelliéraine, se sont, dès longtemps, appliqués à l'étude des sympathies organiques et ont trouvé, dans notre grand maître Barthez, leur expression profonde de pensée, forte et presciente.

D'autre part, il faut marcher avec son époque; il faut avoir l'initiative de la recherche, le mépris des formules périmées, et, à l'automne de la vie, garder la foi et travailler à l'avancement de la vérité, avec ces jeunes équipes chirurgicales, qui, depuis la guerre, ont redonné à notre art une nouvelle substance. La loi de la nature, c'est le renouvellement constant. Le champ de la chirurgie moderne a un front mouvant : il y a sur certains points des régressions; sur d'autres, une pointe d'offensive. Notre enseignement et notre technique doivent suivre ces déplacements de la ligne de bataille.

C'est une nouvelle étape dans la lutte de la chirurgie contemporaine contre la douleur. Pensez donc, pour mesurer le progrès accompli, qu'il y a aujourd'hui tout juste quatre-vingts ans — c'était au mois de décembre 1846 — que l'on apprit une étonnante nouvelle : on venait de trouver, en Amérique, le moyen de supprimer la douleur dans les opérations, par les inhalations d'éther! Quel chemin parcouru depuis! Pour nous, chirurgiens, la douleur est l'ennemie. Elle est, répète-t-on, depuis Voltaire, la sentinelle de la vie : sans doute, elle a, quelquefois, la valeur d'un signal d'alarme; mais, trop souvent, elle ne nous informe que par un communiqué tardif, lorsque la bataille est compromise ou déjà perdue, comme après les accalmies traîtresses de l'appendicite. Elle est, disent certains philosophes, la grande éducatrice des hommes; mais, de ce qu'elle a suscité de grandes vertus de résignation, il n'en résulte pas qu'elle soit un bien. « La souffrance, dit Anatole France : quelle divine méconnue! » Mais, dix pages plus loin, il s'écrie, avec plus de vérité : « N'écoutez pas ceux qui enseignent que la souffrance est excellente. » Le mal reste le mal, encore qu'il en sorte parfois du bien. Comme l'écrivait Bersot, en proie aux atroces souffrances d'un mal incurable « toutes les ressources du génie humain se déploient dans le duel contre la douleur ». Et c'est l'honneur, c'est le grand bienfait de notre art, de poursuivre, par un continuel effort de recherches, cette mission divine, dont parlait Hippocrate, qui consiste à apaiser l'humaine souffrante : *Opus divinum sedare dolorem.*

LES JOURNÉES MÉDICALES DE MONTPELLIER

4, 5 6 novembre 1926

Toute solennité médicale prend à Montpellier les allures d'une fête populaire. L'histoire de la glorieuse et antique Faculté est si intimement liée à celle de la Cité que l'on ne peut séparer l'une de l'autre.

C'est ce qui explique le caractère bien spécial qu'ont revêtu les Journées médicales montpelliéraines. Toute la population s'y est associée.

A côté des corps constitués, du Préfet, du général en chef, qui fut le congressiste le plus assidu, le plus attentif et le plus aimable, de l'Evêque, des édiles et des consuls étrangers, on vit des représentants de toutes les corporations, et en particulier de la Confédération générale des vignerons, s'unir pour recevoir fastueusement, et avec quelle bonne grâce, les hôtes de l'Université et de la Faculté.

En un milieu où les traditions se sont conservées d'une façon si puissante, les Journées médicales devaient obtenir un succès éclatant. Il en fut ainsi et l'on doit sans réserve féliciter les organisateurs. On doit les féliciter d'autant plus qu'après les légendaires Journées belges, les triomphantes Journées de Toulouse, Casablanca, Tunis et Paris, il semblait difficile de faire du nouveau.

S'inspirant de la formule employée à deux reprises et avec tant de succès à Toulouse, le commissaire général de Montpellier, le professeur Paul Delmas, est allé demander à M. le professeur Bardier et à M. le doyen Abelous de l'aider dans son organisation, et c'est de cette collaboration intime et brillante que sont sorties les belles Journées auxquelles il nous a été donné d'assister, et au cours desquelles on a pu constater la parfaite union des praticiens et du corps professoral.

Les Journées médicales ont été divisées en trois parties.

Le premier jour a été consacré à quatre conférences médicales.

Le deuxième à des conférences et à des démonstrations de médecine militaire.

Le troisième jour, enfin, à des conférences d'ordre professionnel.

PREMIÈRE JOURNÉE

SÉANCE SOLENNELLE D'INAUGURATION

La séance inaugurale a eu lieu dans le grand amphithéâtre qui contenait avec peine les 1.400 adhérents des Journées. Elle était présidée par M. le professeur Ducamp. Aux places d'honneur se trouvaient le Préfet de l'Hérault, représentant le gouvernement, le général Martin, commandant du 16e corps, le Maire, le Président du Conseil général, l'Evêque, M. le doyen Euzière, les représentants des gouvernements étrangers : le docteur Dronsart, directeur général de la Croix-Rouge belge, délégué du gouvernement belge, le professeur Marescal, président de l'Académie royale de médecine de Madrid, et le docteur Bandelac de Pariente, délégués du gouvernement de S. M. Catholique, M. Perroncito, doyen de la Faculté de Pavie, représentant du gouvernement italien, les délégués polonais, suisse et yougo-slave.

Dans l'assistance, enfin, des représentants de toutes les facultés et écoles, des sociétés savantes, des syndicats et des praticiens.

Après l'exécution de *La Marseillaise*, M. le président Ducamp prononce son discours d'ouverture et déclare les Journées ouvertes.

Puis c'est le défilé des délégués étrangers salués par l'hymne national de leur pays et accueillis par de véritables ovations.

M. le doyen Abelous apporta en un fort beau discours le salut des facultés françaises.

Enfin, M. le professeur Paul Delmas, dans ce langage clair, imagé et précis dont il a le secret, vint exposer à l'assistance la genèse et l'organisation de cette belle réunion. Il fut acclamé et c'était justice.

Conférence du professeur Castaigne. — Après quelques minutes de suspension, la parole fut donnée à notre ami Castaigne, médecin des hôpitaux de Paris et directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, pour la première conférence médicale,

Il choisit comme sujet la nécessité de la collaboration de tous les instants entre le médecin et le chirurgien.

Tous ceux qui ont entendu Castaigne savent avec quelle clarté il sait exposer un sujet et quels exemples typiques il sait trouver pour appuyer sa pensée. Nous n'essaierons pas d'analyser son admirable conférence, mais il est un point que nous devons cependant particulièrement signaler.

Castaigne, en commençant sa conférence, a rappelé que le sujet lui en avait été indiqué en 1914 par Grasset lui-même.

Les événements ont retardé la conférence, le grand maître montpelliérain n'est plus. Mais Castaigne n'a pas voulu commencer sa conférence sans reporter sa pensée vers celui qu'instinctivement on cherche toujours dans une assemblée de ce genre.

Ce fut une note très juste et très émouvante.

Centenaire de la découverte du brome. — Au début de l'après-midi les congressistes se réunirent rue Argenteric devant la maison où naquit Balard, le génial savant qui à l'âge de vingt-quatre ans découvrit le brome.

Devant la maison, M. le professeur Faucon évoqua la jeunesse du grand savant, dans un discours dont l'érudition ne fut égalée que par la clarté et l'intérêt.

Deux conférences eurent lieu ensuite à la Faculté de pharmacie. M. le doyen Godchot, de la Faculté des sciences, rappela les souvenirs de Bérard et d'Anglada puis fit un magnifique exposé de l'œuvre de Balard, et de ses successeurs Gerhardt, Chancel et M. de Forcrand. M. le doyen Massol, au nom de la Société chimique de France, étudia les circonstances et les conséquences de la découverte de Balard.

Conférence du professeur Perroncito. — A trois heures et demie les congressistes quittant la Faculté de pharmacie revinrent au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine pour entendre le professeur Perroncito.

Le très jeune et très éminent doyen de la Faculté de Pavie, qui porte si dignement un nom illustre, exposa la question de la *régénération des tissus*. Ce fut une magnifique conférence écrite dans un français parfait et qui fut accueillie très chaleureusement par l'auditoire.

Conférence du professeur Forgue. — M. le professeur Forgue a bien voulu nous confier la primeur de sa conférence. La fin paraît aujourd'hui même dans la *Gazette des hôpitaux*. Ceci nous dispense d'en faire une appréciation que sauront bien faire eux-mêmes nos lecteurs.

Qu'il nous suffise de dire que cette conférence lue avec un art infini par l'orateur fut accueillie par une respectueuse ovation. Si nous ne craignions de blesser la modestie de M. Forgue nous constaterons qu'elle fut l'un des clous des Journées.

Conférence du professeur Hédon. — La journée de travail se terminait par un exposé de M. le professeur Hédon, l'illustre bénéficiaire du prix du prince de Monaco, sur *la sécrétion interne du pancréas*.

M. le professeur Hédon est le plus modeste des grands savants, aussi qualifie-t-il de simple communication sa conférence, illustrée par des projections et animée par des exemples vivants, sur les effets de l'insuline dans le diabète pancréatique. M. Hédon examine successivement une série de questions soulevées par les injections sous-cutanées à des chiens atteints du diabète : le chien dépancréaté peut-il vivre sous l'action d'un traitement à l'insuline? C'est la question du contrôle de la valeur physiologique de l'insuline que son inventeur examine avec rigueur dans tous ses modes. Un fox-terrier dépancréaté en décembre 1923 apparaît sur l'écran. Les phases du traitement, l'emploi du régime carné, les accidents causés par l'arrêt des injections sont enfin étudiés par l'auteur qui reçut de l'auditoire la plus chaleureuse des ovations.

Soirée du premier jour. — Nous aurons l'occasion de dire tout ce que nous pensons de la fastueuse hospitalité que les confrères de Montpellier nous ont offerte avec la plus constante et la plus délicate amabilité. Il nous faut signaler de suite la belle représentation de gala offerte par la ville de Montpellier au grand théâtre. *Orphée* de Glück fut le plus exquis des délassements après cette journée de travail.

(A suivre.)

F. L. S.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS MATERNELS AU COURS DES APPLICATIONS DE FORCEPS

Par M. le docteur BOURRET,

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

Les accidents maternels au cours d'une application de forceps relèvent tous plus ou moins d'une manœuvre de force : leur prophylaxie générale résidera donc essentiellement dans le respect de ce grand principe : la force ne doit jamais être l'ultima ratio de l'accoucheur.

Les accidents maternels peuvent se produire :

I. Au cours de la mise en place des cuillères.
II. Au cours de l'extraction.

I. AU COURS DE LA MISE EN PLACE DES CUILLÈRES. — La partie traumatisante de l'instrument étant le *bec* des cuillères, les lésions seront en général haut situées; elles résulteront : *a.* d'une déchirure par accrochage des parties molles, surtout aux points de réflexion de celles-ci, par conséquent au niveau des culs-de-sac vaginaux, au cours d'une manœuvre de force lorsque l'opérateur veut introduire coûte que coûte une cuillère qui se refuse à pénétrer parce qu'elle n'est généralement pas la bonne; *b.* d'une section spiroïdale par le bec au cours du tour de spire ; *c.* d'un pincement d'un pli vaginal contenant parfois la vessie, entre l'extrémité de la cuillère et la présentation.

Ces lésions nécessitent pour la plupart une exagération manifeste des manœuvres de force, d'où leur rareté relative.

Les moyens de les éviter sont à la portée de tout opérateur :

a. Ne jamais oublier dans les applications de forceps le rôle capital de la main *guide* qui doit toujours précéder l'introduction de la cuillère, en favoriser le cheminement, et, toutes les fois que cela est possible, occuper exactement la position qu'occupera ensuite cette cuillère ;

b. Bannir de façon absolue, pour introduire ou pour déplacer l'instrument à l'intérieur des voies génitales, toute manœuvre de force, chaque cuillère doit s'introduire sans effort, par un véritable mouvement de cathétérisme, le *bec* ne perdant jamais le contact de la paume de la main guide ;

c. Toute difficulté d'introduction indique une erreur de technique, neuf fois sur dix une erreur dans le choix de la branche, mieux vaut alors ne pas insister, retirer complètement le forceps, ne pas craindre de l'articuler à l'extérieur, et se rendre compte alors que la branche gauche est bien celle que l'on tient de la main gauche et qui ne peut s'introduire facilement qu'à gauche de la malade, que la branche droite est bien celle que l'on tient de la main droite et qui doit aller à droite du bassin ;

d. Le tour de spire lorsqu'il est nécessaire pour amener la seconde cuillère dans sa position définitive sur la présentation doit se faire lui aussi sans effort, et si l'on éprouve une difficulté il faut avant d'insister se rendre compte, par la main guide, de la nature de l'obstacle rencontré : souvent il s'agit d'un mouvement de torsion de la cuillère sur son axe, mouvement qui la fait butter contre la partie fœtale.

II. Au cours de l'extraction. — Les lésions maternelles peuvent siéger, soit au niveau des parois du canal cervico-vagino-périnéal, soit à distance sur les organes qui constituent la ceinture pelvienne ou qui la traversent.

Les lésions *cervicales* peuvent se prolonger plus ou moins, soit du côté du segment inférieur avec ouverture de la cavité péritonéale ou du paramètre, surtout au niveau de la base des ligaments larges, soit du côté de la partie haute du vagin ; leur prophylaxie réside essentiellement dans le respect de la règle qui interdit de faire une application de forceps avant que le col soit complètement dilaté ou facilement dilatable.

Les lésions *vaginales* consistent essentiellement en éclatements au cours de la descente et en déchirures spiroïdales au cours d'une rotation artificielle de la tête. On les évitera en pratiquant les tractions au forceps le plus possible suivant l'axe du conduit vaginal, et toujours d'une façon intermittente de façon à donner aux parties molles le temps de se laisser distendre ; en ne pratiquant la rotation artificielle de la présentation que tout à fait au sommet de l'excavation dans les faces, que tout à fait sur le périnée dans les sommets, et en exécutant cette rotation sur place en prenant comme axe de rotation l'axe des cuillères et non pas l'axe des manches du forceps : les tractions bilatérales divergentes au moyen des lacs facilitent singulièrement cette manœuvre et leur emploi constitue par conséquent un excellent moyen de prophylaxie des déchirures maternelles au cours des rotations artificielles.

Les *lésions périnéales*, comme au cours de l'accouchement spontané, sont les plus fréquentes à la suite des applications de forceps, mais comme elles ne sont guère spéciales à ces applications elles ne nous arrêteront pas longtemps : disons seulement qu'on peut en observer tous les degrés : déchirures de la fourchette, du périnée avec participation ou non de la paroi postérieure du vagin, du sphincter anal, des petites lèvres ou du vestibule clitoridien, et que le moyen de les éviter consiste à ne jamais pratiquer le dégagement au forceps (sauf dans les applications sur tête dernière). Il est toujours possible de désarticuler et d'enlever l'instrument dès que la présentation, suffisamment descendue et fixée sous le pubis, peut être maintenue par la main appuyant sur le front à travers le périnée : il suffit alors de faire pratiquer un peu d'expression abdominale par un aide, ou de faire pousser légèrement la malade si elle n'est pas endormie, pour procéder au dégagement à la main comme dans un accouchement spontané ; si l'on suit alors fidèlement les règles classiques de cette manœuvre on aura bien des chances d'avoir un périnée intact, même après les plus laborieuses applications de forceps.

Les lésions *à distance* peuvent intéresser avons-nous dit, soit les organes qui constituent la ceinture pelvienne, soit ceux qui la traversent.

Sur la ceinture pelvienne les points les plus vulnérables sont naturellement les articulations : articulations sacro-iliaques et surtout symphyses pubienne et sacro-coccygienne ; pour vulnérables que soient ces points, ils n'en sont pas moins généralement fort résistants, aussi n'est-ce qu'à la suite de tractions particulièrement énergiques et par là même faciles à éviter que l'on observera des lésions de disjonction plus ou moins marquée à leur niveau.

A l'intérieur de la cavité pelvienne les organes le plus souvent lésés seront ceux dont la position reste fixée par rapport au bassin et au mobile fœtal et qui, par conséquent, ne peuvent se soustraire que difficilement aux conséquences de la compression et de la traction.

Ceci nous explique qu'au niveau de la vessie les lésions portent surtout sur la région basse, urétrale et sus-urétrale, et au niveau du rectum sur l'extrémité englobée dans les muscles du périnée.

Parmi les vaisseaux qui traversent le bassin, les gros troncs, d'ailleurs peu nombreux, échappent facilement, sauf parfois au niveau de la base des ligaments larges où ils peuvent avoir perdu leur mobilité et être plus ou moins complètement englobés dans le tissu cicatriciel d'une ancienne déchirure ; de même les veines accolées aux parois vaginales donnent facilement par leur ouverture naissance à cette lésion fréquente qui constitue les thrombus avec leurs différentes variétés : pelviennes, périnéales ou vulvaires.

Enfin, si les nerfs du plexus sacré, racines des sciatiques, sont relativement bien protégés vis-à-vis d'une compression directe, du fait de leur situation profonde au-dessous de la voûte sacrée, leur peu de mobilité à leur sortie des trous sacrés les rend particulièrement sensibles aux troubles d'élongation par traction ou rotation du mobile fœtal, et cela nous explique la fréquence des troubles nerveux observés dans le domaine des sciatiques à la suite des applications laborieuses de forceps.

De cette rapide étude nous pouvons conclure que nombreuses et graves, mais en général facilement évitables, peuvent être les lésions maternelles au cours d'une application de forceps : c'est une raison qui doit nous inciter à ne jamais faire cette application sans indication précise, et, lorsqu'elle est indiquée, à la réaliser dans les meilleures conditions techniques, c'est-à-dire en nous efforçant d'imiter le plus possible dans l'extraction artificielle le mécanisme de l'expulsion spontanée : cela nous amènera à respecter les grandes règles suivantes :

Ne jamais pratiquer d'extraction avant dilatation complète, de même que l'expulsion spontanée ne doit commencer qu'à ce moment.

Tirer toujours le plus possible suivant l'axe de la filière pelvienne ; c'est la ligne que suit tout naturellement la présentation dans sa descente spontanée.

Limiter la vigueur des tractions et rendre celles-ci intermittentes comme le sont les contractions utérines normales.

Ne jamais dégager au forceps, mais à la main, après désarticulation des branches, et par conséquent comme à la fin d'un accouchement spontané.

S'efforcer d'imiter la nature sera donc une fois de plus, soyons-en bien persuadés, la façon la plus logique et la plus certaine de réaliser la prophylaxie d'accidents maternels qui, comme nous l'avons vu, sont fréquents et peuvent être graves.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 3 novembre 1926)

Action de l'ergotamine sur la respiration. — M. Raymond-Hamet.

Transmission de l'érythroclasie altitudinique par le sérum d'un animal décomprimé. — M. Raoul Bayeux. A la suite d'expériences poursuivies pendant plusieurs années à l'observatoire Vallot et au laboratoire de Chamonix, M. R. Bayeux avait conclu que le séjour d'un animal respirant un air raréfié détermine dans son sang des lésions érythrocytiques et que les formes crénelées des hématies se multiplient

en raison de la profondeur de la décompression, et il attribuait ce processus pathologique à l'apparition d'autolysats d'hypo-oxygénation. De nouvelles recherches faites l'été dernier, avec l'aide de M. Dina, lui ont montré que ces substances se trouvent dans le sérum et que leur action peut se transmettre dans le sang d'un autre animal de même espèce, non décomprimé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1926)

Présentation du rapport de M. Guillon, préfet du département de Tarn-et-Garonne, sur l'organisation sanitaire de ce département. — M. Léon BERNARD présente le rapport de M. Guillon, préfet du Tarn-et-Garonne, sur un programme d'organisation d'hygiène sociale. Il montre que ce programme comprend, suivant un plan méthodique, un armement sanitaire départemental complet au point de vue technique, parfaitement conçu au point de vue administratif, et étayé sur des bases financières solides. M. Guillon est en train, grâce à l'adhésion du Conseil général, de réaliser ce programme. Insistant sur la nécessité d'instituer une législation qui permette de généraliser de pareilles organisations en leur conférant une force qui les dérobe aux variations locales, M. Léon Bernard indique à cet égard le rôle utile actuel de l'Office national d'hygiène sociale.

De la vaccination jennérienne et de l'index vaccinal en haute Volta. — M. LEGENDRE.

Rapport sur une question concernant l'incorporation de certaines farines dans le pain. — M. LAPICQUE. Voici les conclusions du rapport de M. Lapicque :

1° La réglementation de la farine panifiable, pour obtenir à la fois l'efficacité économique et la constance de qualité, doit être faite pour une période assez longue, par exemple cinq ans ;

2° Pour cette période, l'extraction du froment doit — au besoin après de nouvelles études faites scientifiquement sur la pratique des moulins par une collaboration entre meuniers et hommes de laboratoire — être fixée aussi haut que possible ;

3° La farine de seigle sera, dans tout le territoire, ajoutée à la farine de froment, obligatoirement au taux de 10 p. 100, et facultativement à un taux plus élevé.

Subsidiairement, suivant les conditions locales, la farine de sarrasin pourra être substituée au seigle ;

4° Toutes les farines non panifiables, telles que riz, manioc, maïs, doivent être exclues du pain.

Ces conclusions seront l'objet d'une discussion.

Une complication insolite de l'ulcère peptique de l'estomac. — MM. A. MARCIAG et J. OLBRICHT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1926)

Polyurie simple, dystrophie adiposo-génitale. Hémiplégie infantile. — MM. BABONNEIX et DURUY présentent un malade qui, depuis six ans, est atteint de diabète insipide, et qui présente, de plus, des troubles morbides multiples : dystrophie générale, lipomatose, infantilisme sexuel, hémiplégie infantile localisée au membre supérieur droit, épilepsie.

Ils admettent avec réserves l'existence de deux lésions localisées, l'une à la frontale ascendante gauche (ou aux fibres qui en partent), l'autre, à la région du tuber.

La pratique de l'immunisation par l'anatoxine tétanique. — MM. Chr. ZŒLLER et G. RAMON exposent les conditions biologiques de l'immunisation par l'anatoxine tétanique chez l'homme. Pour obtenir une immunité appréciable il faut conserver entre les injections un certain délai. Il y a intérêt à attendre trois semaines et même un mois afin que la réactivité acquise installée par une première injection ait subi une maturation progressive suffisante.

Chez le sujet sain l'immunisation antitétanique doit être recherchée par trois injections successives distantes d'un mois pour les deux premières et de huit jours pour les deux dernières. On obtient ainsi une immunité correspondant à la neutralisation de 1000 doses mortelles environ par centimètre cube.

Kyste hydatique de l'abdomen. Suppuration et guérison spontanée. — MM. Maurice RENAUD et JUGE ont observé une femme de soixante-cinq ans qui présentait depuis de longs mois une tumeur abdominale du volume d'une tête fœtale occupant l'hypochondre droit. En raison de l'incertitude du diagnostic et de l'absence de signes fonctionnels, on ne s'était pas résolu de pratiquer une intervention chirurgicale.

La tumeur s'étant abcédée on fit une minime incision de la paroi par laquelle on put au bout de quelques jours extraire le plus aisément du monde une vaste poche de kyste hydatique.

Zona ophtalmique avec syndrome oculo-sympathique dissocié. — M. BARIETY. Il s'agit d'une jeune femme qui, à la suite d'un zona ophtalmique gauche, présenta un syndrome oculo-sympathique dissocié (exophalmie, rétrécissement de la fente palpébrale sans myosis). La réaction méningée se prolongea tardivement (30 lymphocytes, 0 gr. 40 d'albumine).

Paralysies unilatérales multiples des nerfs craniens. — MM. WINTER, Raymond GARCIN et J. DEREUX rapportent l'observation d'un fibro-sarcome de la base du crâne qui s'était traduit par une paralysie unilatérale multiple de presque tous les nerfs craniens d'un seul côté.

Les auteurs soulignent l'absence de signes nets d'hypertension intracranienne, en particulier l'absence de stase papillaire au cours d'une tumeur aussi volumineuse de la fosse cérébrale postérieure, l'absence de signes protubérantiels malgré le développement intrapontin d'un volumineux bourgeon fibro-sarcomateux.

Gangrène sèche disséminée de la peau, avec gangrène des extrémités. — MM. SÉZARY, HILLEMAND et LAURENT ont observé chez une femme de soixante-dix-huit ans, non diabétique, une forme de gangrène sèche se manifestant à la fois par une éruption subintrante d'éléments cutanés circonscrits disséminés et par de la gangrène symétrique des extrémités. Ce processus, que les auteurs attribuent à un spasme musculaire provoqué par des lésions artérielles multiples, a été enrayé par un traitement dans lequel l'insuline tient le premier rang.

Les variations artificielles du coefficient ammoniacal corrigé dans l'insuffisance hépatique. — MM. Noël FIESSINGER, H.-R. OLIVIER et M. HERBAIN ont étudié au cours de l'insuffisance hépatique les variations que subissent le coefficient urinaire de Maillard et le coefficient ammoniacal corrigé en fonction de l'acidité ionique. L'ingestion de miel qui surmène la fonction glycopexique et l'injection intraveineuse d'hyposulfite de soude qui touche à la fonction thiopexique élèvent ces coefficients très notablement pendant les quatre heures qui suivent l'épreuve. L'ingestion d'acétate d'ammoniaque ne provoque aucune modification constante des rapports.

Inhibition unilatérale du sympathique cervical et du phrénique au cours d'une lobite scléreuse supérieure droite. — MM. Emile SERGENT, Jacques DE MASSARY et R. BENDA rapportent l'observation d'une malade atteinte de lobite supérieure droite accompagnée d'une pleurite apicale siégeant du même côté. Ces lésions semblent responsables de deux ordres de symptômes constatés chez cette malade : d'une part, des troubles oculo-pupillaires consistant essentiellement en une inégalité pupillaire avec myosis droit ; d'autre part, des modifications considérables du tonus diaphragmatique telles que, si l'absence de toute intervention chirurgicale antérieure n'était pas certaine, l'image observée aux rayons X imposerait immédiatement à l'esprit l'idée d'une phrénicectomie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1926)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Le Dentu, président de l'Association française de chirurgie, ancien président de la Société; il prononce un excellent éloge de son ancien maître, et suspend la séance en signe de deuil.

Luxation récidivante de l'épaule. — M. AUVRAY présente la radiographie d'un malade opéré par lui par voie transcoracoïdienne.

Le traitement des suppurations pulmonaires. — M. GRÉGOIRE apporte un cas de gangrène subaiguë du poumon guérie par phrénicectomie. Il compare la valeur des résultats obtenus par cette intervention très simple, ou par abord immédiat et drainage externe du foyer. Dans le cas que rapporte M. Grégoire la phrénicectomie a donné un excellent résultat.

MM. BAUMGARTNER, MOURE, BRÉCHOT et ROUX-BERGER prennent part à la discussion et font des réserves sur l'efficacité constante du procédé.

La greffe d'Albee dans le mal de Pott. — M. SORREL, à propos d'un malade opéré par M. BROCQ pour mal de Pott par la greffe d'Albee, cherche à préciser les indications de cette opération. Pour lui, la meilleure indication est constituée par les cas avec destruction osseuse marquée et soudure peu avancée. Le rôle du greffon est avant tout un rôle de soutien, et le traitement général doit être en même temps poursuivi chez ces malades.

Les indications chez l'enfant sont tout à fait exceptionnelles.

M. SORREL expose ensuite sa technique avec projections.

MM. MAUCLAIRE, HARTMANN, LECÈNE, SCHWARTZ et OMBRÉDANNE prennent part à la discussion.

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1926)

M. PHOCAS (d'Athènes), à propos du rapport sur le traitement du mal de Pott par M. SORREL, indique quelques détails de sa technique personnelle et des modifications qu'il a apportées à la méthode d'Albee.

Ostéochondrite de la hanche. — M. MOUCHET fait un important rapport sur un cas présenté par M. ROEDERER en juin dernier, mettant en valeur les points suivants :

1° La condensation précédant le morcellement de l'épiphyse de la tête;

2° La précocité de l'épaississement du col, faits nouveaux signalés par M. ROEDERER à propos de ce cas et d'autres;

3° La rapidité de désintégration du noyau qui contraste avec la lenteur de la reconstruction de celui-ci.

Le cas suivi de près par M. Roederer, confirmé par des radiographies successives, prouve d'une manière absolue l'individualité nosologique de l'ostéochondrite. A ce propos, M. MOUCHET montre combien il est dangereux, pour l'étude de cette affection, de s'appuyer sur de simples calques radiographiques. Ce cas, en effet, étudié d'après un calque radiographique tendancieux, avait pu être interprété par M. CALOT, dans une critique qu'il fit de cette observation, comme une subluxation congénitale, mais les radiographies anciennes et nouvelles, projetées à la Société de chirurgie, n'autorisent pas à douter qu'on se trouve en présence d'une maladie d'évolution et non d'une subluxation congénitale.

Traitement des tuberculoses ostéo-articulaires par greffes osseuses. — M. OMBRÉDANNE fait un très important rapport sur la méthode de M. ROBERTSON-LAVAL (de Buenos-Ayres), de traitement chirurgical des tuberculoses ostéo-articulaires, de la hanche, du genou, de l'articulation tibio-tarsienne et de la colonne vertébrale, par greffes osseuses multiples, intra et paraarticulaires; des photographies sont projetées montrant les résultats de la méthode. M. OMBRÉDANNE a exécuté quatre fois personnellement cette opération; il a dans les quatre cas guéri ses malades avec ankylose, de sorte qu'il fait quelques réserves au sujet des conclusions de l'auteur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1926)

La réaction splénique de la saignée. — M. Léon BINET et Mlle B. FOURNIER établissent la courbe numérique des globules rouges dans le sang circulant avant, pendant et après une saignée, chez des chiens dont ils font varier le facteur splénique (rate en place, rate extirpée, compression temporaire du pédicule splénique). Ils montrent que les petites soustractions sanguines déterminent une polyglobulie considérable, s'observant aussitôt après l'hémorragie; cette polyglobulie est due à une contraction de la rate, elle-même déterminée par l'hémorragie.

M. VINCENT demande si l'on a examiné les réactions quantitatives et qualitatives des leucocytes.

M. L. BINET. L'augmentation des leucocytes est indiscutable dans les hémorragies.

M. GRIGAUT. En créant des hémorragies successives, peut-on obtenir une polyglobulie continue, ou bien la rate finit-elle par s'épuiser?

M. L. BINET. Dans l'asphyxie, la rate, au bout d'une heure, est revenue à l'état normal, et la polyglobulie se reproduit si on asphyxie à nouveau l'animal. Pour l'hémorragie, les phénomènes sont plus difficiles à observer.

Exploration de la fonction protéique du foie par l'étude de l'indice de désamination. — MM. Henri-René OLIVIER et M. HERBINA. Reprenant les travaux d'Hédon et Cristol, les auteurs proposent de remplacer l'indice de polypeptidémie de ces auteurs par l'indice de désamination :

$$\frac{\text{NT trichloracétique} - \text{NT phosphotungstique.}}{\text{NT trichloracétique.}}$$

Ce rapport présente des variations qui obéissent à des lois. Il est de 0,15 à 0,20 dans les néphrites, il atteint 0,25 à 0,30 dans les cirrhoses et s'élève à 0,50, 0,55 dans les grandes insuffisances hépatiques. L'indice de désamination représente le rapport de la portion dégradée complexe des protéiques à l'azote total non protéique du sérum.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES OFFICINES DENTAIRES

La médecine et ses diverses spécialités, en dehors du diplôme, qui donne au malade la garantie de compétence indispensable, pour remplir, comme il convient, son rôle utile et bienfaisant, nécessite une garantie de conscience irréprochable.

Mais encore faut-il que cette conscience professionnelle puisse s'exercer. Pour ce faire, il faut d'une façon absolue que la pratique soit personnelle, libre, indépendante de toute préoccupation d'un autre ordre.

Il convient donc que le praticien, si l'on veut que soient suivies les traditions qui sont l'honneur de cette corporation, exerce lui-même dans la plénitude de sa responsabilité : le médecin, le spécialiste doivent représenter une personnalité et non point une raison sociale.

C'est ce qui, heureusement, se pratique dans l'ensemble. Mais il est tout de même des cas où, par un abus des possibilités données par le législateur, abus qui va nettement à l'encontre de ses intentions comme de l'intérêt bien entendu des malades, il s'est organisé des officines dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles ne s'inspirent pas des principes qui sont la base nécessaire et indispensable de l'exercice médical.

Cet abus sévit tout spécialement dans la pratique de l'art dentaire; des sortes d'usines se sont ainsi organisées où se donnent des soins sur la nature desquels il vaut mieux ne pas s'appesantir.

Un chirurgien-dentiste peut créer des succursales du cabinet où il exerce lui-même et installer là une série d'opérateurs :

il est évident que cette organisation devient fatalement commerciale.

Et il se passe ceci : ces opérateurs sont, en réalité, de simples employés et n'ont aucune liberté dans l'exercice de leur profession médicale; ils doivent suivre les directives que leur donne le propriétaire du cabinet dentaire, ordinairement par l'intermédiaire d'un directeur qui le représente.

Ainsi celui qui soigne n'a pas l'initiative des soins; celui qui dirige possède cette initiative, et encore indirectement, mais ne soigne pas lui-même; le responsable, c'est le chirurgien-dentiste propriétaire qui a donné des directives, le plus souvent naturellement commerciales, mais qui est absent : il exerce dans son cabinet, dans un autre quartier, ou dans une autre ville, ou même n'exerce pas du tout; mais il est assuré contre les accidents, et, s'il s'en produit, c'est pratiquement sur une compagnie d'assurances que retombe la responsabilité.

De telles officines foisonnent à Paris et dans la plupart des villes.

Cette absence de liberté de celui qui opère, cette responsabilité en cascades, sont absolument en opposition avec les principes mêmes d'un exercice normal, avec les intentions du législateur, avec le contrôle possible de la conscience professionnelle, avec toute garantie pour le malade; par contre, elles se prêtent admirablement à tous les abus.

Il serait donc à désirer qu'en particulier dans l'art dentaire, où sévissent plus spécialement ces abus, l'exercice professionnel fût exclusivement personnel, comme il l'est, au reste, dans les autres branches de la médecine.

Si les circonstances permettent au praticien de se faire seconder ou l'y obligent, il faudrait qu'il ne puisse avoir d'aide ou d'opérateur qu'à son cabinet propre, où il exerce lui-même d'une façon habituelle et continue, et d'où il ne s'absente que suivant les usages courants, services hospitaliers, enseignement, vacances, etc.

S'il est amené à ouvrir des cabinets d'opération en dehors de ce domicile professionnel, pour assurer certains soins dans une bourgade voisine dépourvue de praticien par exemple, il faudrait que ce ou ces cabinets accessoires ne puissent être ouverts qu'en sa présence effective; sauf bien entendu pendant les jours ou les périodes où il pourrait se faire remplacer comme il est d'usage en médecine; mais, en ce cas, ce devrait être celui qui le remplacerait officiellement qui fût obligatoirement présent.

Tout naturellement, dans ce même temps, alors qu'il serait présent à son cabinet accessoire, ou qu'il y serait représenté par un remplaçant officiel, son cabinet habituel ne devrait pas pouvoir être ouvert.

A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

Les pancréatites aiguës chirurgicales (1), par Pierre BROCQ, chirurgien des hôpitaux.

Ce travail est un essai de pathogénie basé sur les conceptions personnelles de l'auteur qui en déduit des directives thérapeutiques.

Il repose sur l'analyse de 340 observations dont 20 inédites, sur de nombreuses recherches expérimentales et sur douze ans de recherches personnelles.

Le nombre important de ces faits cliniques cités donne une valeur réelle aux conclusions que l'auteur tire de leur étude et lui permet de discuter de la facon la plus sûre les points encore obscurs de la question.

N'ont été retenus que les faits indiscutables dans lesquels le diagnostic a été vérifié.

L'auteur expose les formes cliniques et l'anatomie pathologique. Il distingue les pancréatites aiguës aseptiques, pancréatites aiguës hémorragiques, pancréatites œdémateuses, des pancréatites suppurées et gangréneuses. Dans l'étude pathogénique des pancréatites il montre la réalisation expérimentale de la pancréatite en créant un trouble circulatoire (théorie vasculaire) ou en réalisant à volonté la nécrose aiguë par voie canaliculaire (théorie canaliculaire).

(1) Un volume de 188 pages avec figures. — Prix : France 25 fr. + 40 p. 100; Etranger, 1 dollar. — Paris, Masson et Cie, éditeurs.

Enfin il interprète les documents fournis par l'expérimentation chez l'homme, constatant qu'en clinique au lieu de s'attaquer à une glande saine, on s'attaque à une glande le plus souvent malade et présentant des altérations pour lesquelles un trouble du même ordre et même plus léger peut déterminer *le drame pancréatique*.

Après un chapitre sur le diagnostic le docteur Brocq étudie le traitement des différentes formes et les séquelles de l'intervention. Une bibliographie très importante termine l'ouvrage.

La surdité et son traitement. Manuel de rééducation auditive à l'usage du sourd et de son entourage (1), par le docteur G. DE PARREL.

C'est par centaines de mille qu'on compte les personnes atteintes de surdité. Jusqu'à ce jour, aucun livre, à la fois scientifique et pratique, n'avait été écrit à leur usage. Le docteur de Parrel qui, depuis plus de quinze ans, a consacré au traitement des maladies de l'audition le meilleur de son activité, vient de combler cette lacune. Il apporte en quelques chapitres très clairs le fruit de sa longue expérience et de ses multiples recherches. L'ouvrage qu'il publie aujourd'hui est, à vraiment parler, *le bréviaire du sourd*, ce qui ne veut pas dire que les médecins n'aient point avantage à le consulter. Ils y trouveront des renseignements de première actualité sur les causes, la prophylaxie et la classification des troubles de la fonction auditive et sur les progrès les plus récents dans la thérapeutique à leur appliquer.

Dans la première partie de ce livre, le docteur de Parrel donne une description de la *psychologie du sourd et des sourds-muets*, fondée sur d'innombrables documents vécus et qui témoigne un sens d'observation très pénétrant et une haute culture philosophique. Après avoir lu ces pages d'une impeccable tenue littéraire, ce qui les rend particulièrement attrayantes, on peut se faire une idée précise de l'état d'âme des infirmes de l'ouïe et de la capacité intellectuelle des sourds-muets.

L'auteur a pris soin de fournir au lecteur quelques notions essentielles d'*anatomie*, *de physiologie* et *de pathologie*, qui lui permettent de comprendre ce qu'est la surdité et les différentes formes qu'elle revêt selon le siège et la nature des lésions. Des figures schématiques, fort bien dessinées, illustrent ces chapitres et contribuent, de façon très heureuse, à éclairer le texte.

Ainsi documenté, le sourd se rend compte de l'utilité des exercices acoustiques, de leur mode d'action, de leurs indications; il puise dans cet exposé si limpide un grand réconfort moral et un puissant encouragement à entreprendre avec ténacité et énergie un *effort méthodique de rééducation auditive* pour sauver son oreille de la déchéance fonctionnelle qui la menace.

Le docteur de Parrel a créé une méthode de rééducation de l'ouïe applicable par le sourd lui-même, avec l'assistance d'une personne de son entourage; elle est destinée à compléter et, en cas de force majeure, à remplacer le traitement de même ordre appliqué par le médecin spécialisé, à l'aide de procédés plus rapides et plus efficaces.

La technique de cette *Méthode de rééducation à domicile* est décrite en détail dans la seconde partie du livre sous le titre : *Manuel de rééducation à l'usage du sourd et de son entourage*. Un tableau synoptique, placé à la fin du volume, sert de plan directeur au cours des séances quotidiennes de rééducation. L'ordre des exercices, le schéma de leur technique et leur durée respective y sont précisés. C'est un véritable programme de travail que le sourd devra suivre à la lettre en se reportant pour l'exécution, aux chapitres correspondants et en s'inspirant des images démonstratives qui y sont annexées.

Somme toute, le livre du docteur de Parrel est indispensable aux personnes dures d'oreille qui ont le légitime désir de récupérer une partie de leur capital auditif et de lutter contre leur triste destin. C'est plus qu'un livre, c'est une bonne action.

L. G.

(1) Un volume de 285 pages avec 46 figures dans le texte. Prix : broché, 15 francs. — Paris, Albin Michel, éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

LE JEUDI 2 DÉCEMBRE 1926

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits chimiques pour laboratoires et matières colorantes et produits chimiques hors série (chlorure de méthyle pur et oxygène)* nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant six mois pour les substances pharmaceutiques et produits chimiques, et pendant une année pour les produits hors série (chlorure de méthyle et oxygène) à compter du 1er janvier 1927.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 20 novembre 1926.

N° 92. — MERCREDI 17 NOVEMBRE 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 17 NOVEMBRE 1926. — N° 92.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.
Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 11 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la luxation traumatique récente sous-coracoïdienne de l'épaule. — Signes et complications de la rougeole. »

MM. Robin, 14 ; Guillot (Jacques), 18 ; Renard (P.), 23 ; Peytavin, 25 ; Cofino, 26 ; Cord, 18 ; Vuillème, 22 1/2 ; Minin, 18 ; Rabuteau, 13 ; Mlle Rosenbaum, 18.

Séance du 13 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la crise aiguë d'appendicite. — Signes et diagnostic du goitre exophtalmique. »

Mlle Weill, 18 ; MM. Gros (Jean), 17 ; Maurice et Arnaud, 23 ; Lafitte, 24 1/2 ; Sallé, 26 ; Gouyen, 28 ; Salomon, 11 ; Quivy, 23 ; Sée, 16.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux s'ouvrira le lundi 10 janvier 1927.

— Nimes. — Un concours pour trois places d'interne en médecine s'ouvrira le vendredi 3 décembre prochain.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — *Agrégation.* — MM. Charrier et Loubat ont été élus agrégés de chirurgie.

M. Fourment a été élu agrégé d'histoire naturelle.

Concours du clinicat. — Après concours ont été nommés :

Chirurgie : M. Dufour, chef de clinique ; M. Lapervenche, chef de clinique adjoint.

Médecine des enfants : M. Cantorné, chef de clinique ; MM. Clarac et Traissac, chefs de clinique adjoints.

Ophtalmologie : M. Viaud, chef de clinique.

Electrothérapie : M. Mathey-Cornat, chef de clinique ; M. Lachapèle, chef de clinique adjoint.

Maladies cutanées et syphilitiques : M. Magimel, chef de clinique.

Oto-rhino-laryngologie : M. Despons, chef de clinique.

Médecine : M. Fontan, chef de clinique ; M. de Grailly, adjoint.

Voies urinaires : M. Ramarony, chef de clinique ; M. Blanc, adjoint.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Heugas, maire de Mauléon.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille en argent est attribuée à M. le docteur Frey (Bernard), médecin chef du service de l'asile d'aliénés de Vauclaire (Dordogne).

GUERRE. — (Armée active.) — Mutations :

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Dircks-Dilly, de l'hôpital militaire sanitaire du Béquet, est affecté à l'hôpital militaire de Bordeaux ; Fontan, de l'hôpital militaire de Toulouse, est affecté à la direction du Service de santé de la 17e région ; Pellet, de l'armée française du Rhin, est affecté aux troupes du Maroc.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Simonot, du 169e d'artillerie à pied, est affecté aux troupes du Maroc ; Amouroux, de la direction du Service de santé de la 17e région, est affecté aux troupes du Maroc ; Attané, du laboratoire de bactériologie de Lille, affecté aux troupes du Levant, n'a pas rejoint (application de l'art. 19), est affecté au laboratoire de bactériologie de Sarrebruck ; Marchand, des territoires du Sud-Algérien, est affecté au 103e d'artillerie lourde à Rouen ; Bodet, du centre d'instruction physique de Lodève, est affecté au 7e spahis à Orange ; Sciaux, assistant des hôpitaux militaires, hôpital militaire Desgenettes, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon, médecin adjoint ; Mari-

can, du 515e chars de combat, est affecté au 21e d'aviation, à Nancy; Raymond, du 14e dragons, est affecté au 13e dragons, à Melun; François, du 518e chars de combat, à Besançon, est affecté au 16e tirailleurs nord-africains, à Besançon; Krick, du 519e chars de combat, à Metz, est affecté au 507e chars de combat, à Metz; Demimuid, du 16e chasseurs à cheval, est affecté au 8e bat. de chasseurs à pied, à Metz.

— Le titre de médecin des hôpitaux militaires est attribué aux médecins militaires ci-après désignés, qui ont subi avec succès les épreuves du concours de 1926 :

M. Despujols, médecin-major de 2e classe de l'hospice mixte de Limoges (laboratoire de bactériologie).

M. Pambet, médecin-major de 2e classe du régiment de sapeurs-pompiers.

Le titre de chirurgien des hôpitaux militaires est attribué au médecin militaire ci-après désigné, qui a subi avec succès les épreuves du concours de 1926 :

M. Delaye, médecin-major de 2e classe de l'armée française du Rhin.

FÊTES COMMÉMORATIVES DU CENTENAIRE DE LAENNEC (13-14-15 décembre 1926). — PROGRAMME. — *Lundi 13 décembre.* — 15 h. 30 : Réception des délégués à l'Académie de médecine. — 17 h. : Réception à l'Hôtel de Ville. — 21 h. : Cérémonie au grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. le président de la République. — Allocution de M. le Recteur. — La découverte de l'auscultation, par M. le docteur Menetrier. — Laënnec au Collège de France, par M. le professeur d'Arsonval. — Laënnec à la Faculté de médecine, par M. le professeur Roger, doyen de la Faculté. — La tuberculose depuis Laënnec, par M. le professeur Léon Bernard. — Adresses de MM. les délégués officiels des gouvernements étrangers.

Mardi 14 décembre. — 10 h. 30 : Visite au Musée Carnavalet. — 15 h. : Séance solennelle à l'Académie de médecine. — Allocution de M. le professeur Bar, président de l'Académie. — Les origines médicales de Laënnec, par M. le professeur Miraillé. — Laënnec anatomopathologiste, par M. le professeur Letulle. — Laënnec clinicien, par M. le professeur Sergent. — Le rôle de Laënnec dans l'évolution de la médecine, par M. le professeur Achard. — Exposition des souvenirs de Laënnec.

Mercredi 15 décembre. — 10 h. : Réception à l'hôpital Laënnec (Dispensaire Léon Bourgeois). — Allocution de M. Rist. — 11 h. 30 : Visite à l'hôpital Necker et à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Charité. — 15 h. : Visite à l'Institut Pasteur. — Allocution de M. Calmette sur « La prévention de la tuberculose depuis Laënnec ». — 20 h. : Banquet au « Palais d'Orsay ».

Les personnes désireuses de participer à ces cérémonies sont priées d'écrire à M. le professeur Roussy, secrétaire général du Comité du centenaire à la Faculté de médecine, 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VIe).

N. B. — Pour les places à l'Académie de médecine, s'adresser au secrétariat de l'Académie, 16, rue Bonaparte, Paris.

HOMMAGE AU PROFESSEUR MOURE. — La manifestation pour l'honorariat du docteur Moure a été fixée au samedi 27 novembre, à 16 h. 30, et aura lieu dans les salons de la Maison Chézeau, 86, rue de Saint-Genès.

Adresser les réponses au docteur Junca, 118, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux.

UNION MÉDICALE FRANCO-IBÉRO-AMÉRICAINE OU UMFIA. — Sous la présidence du professeur H. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, aura lieu le mercredi 8 décembre, au Palais d'Orsay à 20 h. précises, le grand banquet annuel de l'Union médicale franco-ibéro-américaine ou Umfia.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique a enregistré pendant la 30e décade, du 21 au 31 octobre 1926, 1.269 décès, au lieu de 1.056 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.026, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La variole et la varioloïde ont causé 6 décès; 11 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins, comme pendant la décade précédente (moyenne 0).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Berchon (du Binie), membre de l'Association professionnelle des Journalistes médicaux français; Armand Dechesne (de Saint-Hubert), Olivier (de Stanleyville) et Marceau Vincentelli (de Marseille).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le professeur F. Bezançon a commencé son cours le vendredi 12 novembre 1926, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Programme du cours : L'œuvre de Laënnec et l'état actuel de nos connaissances en pathologie respiratoire.

Tous les mardis, à 10 h. 1/2, au même amphithéâtre : Leçon sur les techniques d'exploration des voies respiratoires.

CLINIQUE MÉDICALE (professeur ACHARD). — M. Charles Achard a commencé ses leçons, le samedi 13 novembre 1926, à 10 heures du matin, à l'hôpital Beaujon (208, rue du faubourg Saint-Honoré) et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Tous les jours, à neuf heures, enseignement clinique au lit des malades, par MM. Mouzon et Sig. Bloch, chefs de clinique.

Les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2, conférences et démonstrations sur la pathologie élémentaire, la neurologie, la dermatologie et les recherches de laboratoire appliquées à l'exploration clinique, par les docteurs Touraine, Rouillard, Leblanc et Feuillié, médecins des hôpitaux; Thiers, ancien chef de clinique; Lièvre, chef de laboratoire.

Les lundis et jeudis, à 10 heures, consultations spéciales par MM. les docteurs Foix, agrégé, médecin des hôpitaux, et Léopold Lévi, ancien interne des hôpitaux : maladies du système nerveux et des reins; dystrophies et maladies des glandes endocrines.

HÔPITAL BRETONNEAU. — MM. Guillemot, H. Grenet, médecins de l'hôpital Bretonneau, P. Mathieu, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Bretonneau, J. Huber, médecin des hôpitaux, commenceront leurs conférences cliniques le vendredi 19 novembre, à 11 h. (salle de la consultation de chirurgie), et les continueront les vendredis suivants, à la même heure.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — OPHTALMOLOGIE. (Service du docteur V. MORAX.) — Le docteur H. Joseph fera une série de huit leçons sur la réfraction oculaire les mardis, jeudis et samedis, à 16 h., à partir du jeudi 18 novembre 1926.

Prix du cours : 80 fr.

S'inscrire dans le service, à l'hôpital Lariboisière.

SALLE DES INGÉNIEURS CIVILS DE FRANCE (19, rue Blanche). — Une conférence sera faite le jeudi 18 novembre, à 8 h. 3/4, par le docteur Gabriel Bidou, sous la présidence de M. le docteur Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique, sur le sujet suivant : « Récupération fonctionnelle des impotents. Utilisation sociale des impotents récupérés. »

LABORATOIRES CIBA O. ROLLAND LYON

Les plus assimilables DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS



La PHYTINE et ses dérivés:

FERROPHYTINE
PHYTINATE DE QUININE
FORTOSSAN

PHOSPHORE
CHAUX
MAGNÉSIE

Se trouvent dans la Phytine sous leur forme la plus assimilable, et qui assure le mieux leur synergie thérapeutique.

La découverte de la PHYTINE a résolu le problème de la médication PHOSPHORÉE rationnelle

PHYTINE
FERROPHYTINE
FORTOSSAN

Groupements organiques assimilables éminemment aptes aux synthèses de l'être vivant.

LABORATOIRES CIBA
Rég. du Commerce A. 10 694 LYON

O. Rolland 1, place Morand, LYON

INFLUENCE DU NICKEL ET DU COBALT SUR LE DIABÈTE

Par M. J.-M. LE GOFF.

MM. G. Bertrand et Mâchebœuf ont récemment découvert du nickel et du cobalt dans les tissus des animaux et de l'homme (1) et ont établi qu'une partie de ces deux métaux pénètre dans l'organisme par l'alimentation. Ils ont appelé l'attention sur la richesse relative du pancréas et se sont demandé si la fonction physiologique de cet organe n'était pas liée à sa teneur minérale.

Poursuivant leur analyse, ils ont trouvé les deux métaux dans les préparations commerciales d'insuline, c'est ainsi qu'à poids égal, il peut y avoir des centaines de fois plus de nickel et cobalt dans une insuline que dans les glandes d'où elle est extraite.

Ils ont ajouté à des préparations d'insuline de petites quantités de nickel et de cobalt et ont augmenté ainsi son action hypoglycémiante.

Au mois de mai 1925, ils ont bien voulu me confier des ampoules (2) de 5 centimètres cubes (A) et de 10 centimètres cubes (B) contenant une solution dans de l'eau de mer rendue isotonique d'un dixième de milligramme de ces métaux par centimètre cube afin que j'en recherche l'effet thérapeutique dans certains cas de diabète. Pour des raisons indépendantes de ma volonté, mes observations n'ont pas pu être publiées au moment où MM. G. Bertrand et Mâchebœuf ont fait leur communication (3) se terminant ainsi : « Plusieurs spécialistes, ayant toute l'autorité désirable, ont déjà été mis au courant de ces expériences; nous leur laisserons publier les résultats de leurs observations personnelles. » C'est ce que je fais aujourd'hui.

Je me suis adressé à des malades atteints de diabète léger que l'on pourrait appeler diabète chronique par opposition au diabète aigu ou diabète grave dont ils ne présentaient aucune des manifestations à l'exception de la glycosurie, ils n'avaient ni acétonurie ni acidose. Le dosage des gaz de l'expiration pulmonaire par le procédé que j'avais déjà employé (4) n'a pas révélé la présence anormale de l'acétone. Ils suivaient tous un régime assez pauvre en hydrates de carbone avant et pendant le traitement, le vin rouge étendu d'eau était leur boisson ordinaire. Ils s'abstenaient complètement de sucre même dans le café et le thé.

OBSERVATIONS

I. — L..., cinquante-sept ans, agriculteur, parents diabétiques, a un fils également diabétique; il est lui-même diabétique voilà plus de vingt années. Depuis l'apparition de la maladie il se plaint à certains moments de la journée d'une soif intense qu'il n'arrive à calmer qu'en buvant une moyenne de 4 litres de liquide par jour.

L'appétit est développé, la digestion assez bonne. Il se contente généralement de 25 grammes de pain à chaque repas et suit assez bien le régime alimentaire qui lui est prescrit; malgré cela il élimine journellement de 200 à 300 grammes de glucose, son poids est de 73 kilogrammes.

Il ne présente aucun signe de maladie organique, ses réflexes sont normaux, mais depuis quelque temps il se plaint de vertiges, de troubles d'équilibre, de faiblesse de jambes.

(1) *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1925, t. CLXXX, p. 1380 et 1993.
(2) Sans dévoiler à ce moment leur composition.
(3) *Id.*, 1926, t. CLXXXIII, p. 258.
(4) *Id.*, 1903, t. CXXXVII, p. 216.

Au moment où il m'a été adressé par le docteur Bellencontre, il était atteint de névrite oculaire rétrobulbaire. Le 25 mai il avait 3l5 d'urine contenant 73 grammes de glucose; ce jour j'ai injecté 3 centimètres cubes de la solution A, il n'y a pas eu de réaction locale; le lendemain la soif était moins forte; le 27 mai il y avait 2l25 d'urine contenant 62 grammes de glucose, nouvelle injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

Le 1er juin : 2l25 d'urine contenant 53 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

4 juin : injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

9 juin : 3 litres d'urine avec 41 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

11 juin : 3 litres d'urine; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

28 juin : 3l25 d'urine avec 59 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

30 juin : injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

6 juillet : 3 litres d'urine avec 45 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

17 juillet : 3 litres d'urine avec 57 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

28 juillet : souffre beaucoup moins de la soif; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

30 juillet : 3 litres d'urine avec 50 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

6 août : poids, 75 kilogrammes, augmentation de 2 kilogrammes depuis le début du traitement; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

13 août : a moins soif, sa névrite va mieux, les jambes sont faibles; 3 litres d'urine avec 50 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution B. Malheureusement le traitement a été interrompu, malgré cela on constate une diminution de la glycosurie. En effet, du 9 avril, début de l'observation du malade, au 25 mai, date de la première injection, le volume des urines a été de 3 à 4 litres renfermant de 60 à 75 grammes de glucose par litre.

II. — Mme M..., soixante-neuf ans, poids 47kg500, blanchisseuse atteinte de gangrène de la jambe gauche, élimine depuis longtemps de petites quantités de glucose; aucun fait important dans ses antécédents.

25 septembre 1925 : 1l500 d'urine contenant 5 grammes de glucose; injection de 4 centimètres cubes de la solution A.

2 octobre : 1l500 d'urine contenant 4g50 de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution A.

9 octobre : 1l200 d'urine, pas de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution A.

23 octobre et 6 novembre : 1 litre d'urine, pas de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution A.

4 décembre : poids, 49kg500; pas de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution A.

22 janvier : absence complète de glucose; poids, 52kg500; injection de 5 centimètres cubes de la solution A; amélioration générale, la cicatrice se poursuit normalement sous l'influence du traitement interne et du pansement local appliqué par le docteur Texier. La glycosurie n'a pas réapparu jusqu'à ce jour.

III. — P..., cinquante et un ans, se plaint depuis six mois de vertiges, de faiblesse des jambes. Une analyse de ses urines faite le 1er août a donné 2g20 de glucose; une nouvelle analyse le 5 septembre a fourni 2g49 avec 1l500 d'urine. Ce jour j'injecte 1 centimètre cube de la solution A.

24 septembre 1925 : nouvelle injection de 1 centimètre cube de la solution A.

8 octobre : 1l10 d'urine contenant 2g94 de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

17 octobre : injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

23 octobre : 1l25 d'urine contenant 3g10 de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution A.

31 octobre : 1l25 d'urine, pas de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

7 et 19 novembre : 1l30 d'urine, pas de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

3 décembre : 1l30 d'urine, pas de glucose; injection de 6 centimètres cubes de la solution B.

19, 17 et 26 décembre ; prend 100 grammes de pain, pas de glucose; injection de 6 centimètres cubes de la solution B. Depuis cette date, le sucre n'a pas réapparu.

IV. — Mme B..., cinquante-cinq ans, rien d'important dans ses antécédents; diabétique depuis huit ans, 2 litres d'urine contenant de 40 à 50 grammes de glucose, a essayé en vain tous les traitements, la glycosurie varie peu; ne souffre pas et n'a jamais souffert de la soif, ni de la faim, atteinte de pyorrhée dentaire.

17 octobre : $2^{l}50$ d'urine contenant $44^{g}20$ de glucose; injection de 1 centimètre cube de la solution A.

24 octobre : $2^{l}50$ d'urine contenant $51^{g}5$ de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution A.

31 octobre : $1^{l}75$ d'urine contenant $41^{g}2$ de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution A.

7 novembre : $1^{l}25$ d'urine contenant $53^{g}2$ de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution A.

14 novembre : $1^{l}25$ d'urine contenant 32 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

21 novembre : $1^{l}50$ d'urine contenant 32 grammes de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution A.

28 novembre : $1^{l}50$ d'urine contenant 48 grammes de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution A.

5 décembre : $1^{l}50$ d'urine contenant 32 grammes de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution B. La même injection est continuée les 12, 19 décembre, sans variation de la glycosurie qui atteignait 56 grammes un mois après cessation de ce traitement.

V. — Mlle L..., âgée de soixante-quatre ans, infirmière, poids 89 kilogrammes, diabétique depuis douze ans avec diurèse toujours supérieure à 3 litres, vie très active, aucune maladie grave jusqu'à l'apparition du diabète si ce n'est en 1900 un ictère qui a duré six mois; depuis elle se plaint d'une grande soif et de faiblesse des jambes, mais elle continue sans repos sa délicate et dure profession. Poids, 89 kilos.

17 septembre 1925 : 4 litres d'urine contenant $46^{g}2$ de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

25 septembre : 4 litres d'urine contenant $11^{g}13$ de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

1er octobre : 4 litres d'urine; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

3 octobre : 4 litres d'urine contenant $21^{g}10$ de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

8 octobre : injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

10 octobre : $2^{l}25$ d'urine contenant $14^{g}17$ de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution A.

15 octobre : injection de 1 centimètre cube de la solution B.

17 octobre : injection de 2 centimètres cubes de la solution B.

22 octobre : 3 litres d'urine contenant 18 grammes de glucose; injection de 2 centimètres cubes de la solution B.

24 octobre : injection de 1 centimètre cube de la solution B.

29 octobre : $2^{l}50$ d'urine contenant 8 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

31 octobre : $2^{l}10$ d'urine contenant 15 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

3 novembre : urine non mesurée, 21 grammes de glucose.

4 novembre : urine non mesurée, 15 grammes de glucose.

6 novembre : urine non mesurée, 14 grammes de glucose.

7 novembre : 2 litres d'urine contenant 24 grammes de glucose; poids 89 kilogrammes; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

12 novembre : 2 litres d'urine contenant 12 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

13 novembre : 2 litres d'urine contenant 16 grammes de glucose.

14 novembre : 2 litres d'urine contenant 17 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

19 novembre : 2 litres d'urine contenant 4 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

23 novembre : 2 litres d'urine contenant 5 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

24 novembre : 2 litres d'urine contenant 6 grammes de glucose; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

25 novembre : 2 litres d'urine contenant 8 grammes de glucose.

26 novembre : 2 litres d'urine contenant 10 grammes de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

28 novembre : 2 litres d'urine contenant 19 grammes de glucose; avait mangé 200 grammes de pomme de terre; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

5 décembre : 2 litres d'urine contenant 4 grammes de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

12 décembre : $2^{l}5$ d'urine contenant 12 grammes de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

24 décembre : $2^{l}5$ d'urine contenant 13 grammes de glucose; a mangé du pain et des pommes de terre; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

26 décembre : $2^{l}5$ d'urine; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

31 décembre : 2 litres d'urine contenant 4 grammes de glucose.

2 janvier 1926 : 2 litres d'urine contenant 12 grammes de glucose.

5 janvier : 2 litres d'urine contenant 7 grammes de glucose.

7 janvier : 2 litres contenant $9^{g}5$ de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

9 janvier : 3 litres d'urine contenant 13 grammes de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

21 janvier : 3 litres d'urine contenant $7^{g}5$ de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

23 et 28 janvier : 3 litres d'urine contenant 13 grammes de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

6 et 11 février : 3 litres d'urine contenant 19 grammes de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

13 février : 3 litres d'urine; poids $87^{kg}100$; injection de 3 centimètres cubes de la solution B.

20 février : $3^{l}5$ d'urine contenant 13 grammes de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

21 février : $3^{l}5$ d'urine contenant 19 grammes de glucose.

22 février : $1^{l}75$ d'urine contenant 19 grammes de glucose.

23 février : $1^{l}75$ d'urine contenant 17 grammes de glucose.

25 février : $1^{l}75$ d'urine contenant 17 grammes de glucose; poids 86 kilogrammes; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

27 février : 2 litres d'urine contenant 21 grammes de glucose; injection de 5 centimètres cubes de la solution B.

4 mars : $2^{l}5$ d'urine contenant 32 grammes de glucose; avait mangé 250 grammes de pain, des pommes et des figues.

25 mars : $2^{l}5$ d'urine contenant 13 grammes de glucose; injection de 6 centimètres cubes de la solution B.

27 mars : $2^{l}5$ d'urine contenant 16 grammes de glucose; injection de 6 centimètres cubes de la solution B.

1er avril : 3 litres d'urine contenant 9 grammes de glucose; injection de 6 centimètres cubes de la solution B.

8 avril : 3 litres d'urine contenant 32 grammes de glucose; injection de 6 centimètres cubes de la solution B; a bu 1 litre de lait.

Avant le traitement, il y avait 3 litres d'urine contenant de 40 à 50 grammes de sucre, la malade se levait deux et trois fois la nuit; aujourd'hui elle se lève une fois.

VI. — B..., enfant de dix ans, atteint de diabète insipide depuis quatre ans, urine 5 litres en vingt-quatre heures, ne peut étancher sa soif, a eu la fièvre scarlatine. Le traitement a commencé le 5 novembre 1925 par une ampoule entière B, puis continué le 26 novembre, les 10 et 24 décembre, le 9 janvier 1926, le 4 février, le 4 mars; on note 3 litres d'urine à partir de cette date; les injections ont été faites les 8, 12, 18, 20, 24, 28 mars, 8, 13, 18, 23, 26, 28, 30 avril, 3 mai, 3, 5, 10, 15, 20, 25 juin; 3 litres d'urine. Meilleur état général.

VII. — S. A..., femme âgée de soixante-dix ans, sans antécédent, diabétique depuis trois ans avec 3 litres d'urine contenant de 20 à 50 grammes de sucre. Le traitement a été institué le 25 février 1926..... 5 centimètres cubes de la solution B, puis continué les 14, 18, 25 mars, la diurèse tombe à 15, les 1er, 8, 23, 29 avril. Elle fait un voyage à Rome sans trop de fatigue ni augmentation de la glycosurie. Les 3, 5, 9, 15, 19, 26 juin, injection d'une ampoule, le sucre a baissé et est tombé à 0. Etat général meilleur; son poids n'a pas varié pendant la durée du traitement. La malade revue le 2 septembre montrait une réapparition de la glycosurie, soit

12 grammes par litre, mais n'éprouvait pas la lassitude qu'elle m'avait signalée avant son traitement.

Ces observations succinctes concernent 6 cas de diabète sucré et 1 cas de diabète insipide, dans les 6 cas, un seul malade n'a pas été influencé ni dans un sens ni dans un autre, 2 cas ont vu la glycosurie disparaître jusqu'à ce jour, 3 semblent améliorés.

Comme l'ont dit MM. G. Bertrand et Mâchebœuf, ces expériences sont encourageantes, mais elles ne sauraient être considérées qu'au titre de préliminaires, toutefois elles méritent d'être portées à la connaissance des praticiens afin de favoriser la multiplication des recherches tant pour le choix des composés métalliques à employer que pour la forme de diabète à envisager. On sait depuis les recherches de R. H. Chittenden et de Norris que le nickel et le cobalt présentent, au point de vue pharmaco-dynamique, de grandes analogies avec l'arsenic et comme lui se fixent sur le système nerveux central, sur les muscles, les poumons et le cœur. Introduits avec les aliments, ils sont absorbés en partie et éliminés dans les urines.

A un lapin de 3 kilogrammes, j'ai fait prendre 30 grammes de son humecté avec 30 centimètres cubes d'eau contenant 0g100 de chlorure de cobalt et en vingt-quatre heures, j'ai recueilli par sondage en deux fois 92 centimètres cubes d'urine renfermant 16 milligrammes du composé ingéré (dosage effectué par M. Clausmann).

Je dois ajouter que j'ai expérimenté deux sels de cobalt à doses supérieures à celles préconisées par MM. G. Bertrand et Mâchebœuf et que j'ai, dans certains cas, obtenu des résultats comparables à ceux que m'avait donnés la solution de ces auteurs (1).

ACTUALITÉS

L'ADONIS VERNALIS

Plante de la famille des renonculacées, l'adonis vernalis est dès longtemps connue, puisque dès le XVIe siècle on l'employait sous le nom d' « Hellébore d'Hippocrate ». Son domaine géographique est des plus étendus, puisqu'en France même où elle est peu fréquente il s'étend aux Cévennes, aux Vosges et aux Alpes; on la rencontre un peu partout dans les terrains calcaires et compacts du Valais aux Balkans, à la Russie et à la Sibérie.

De tout temps la médecine populaire a fait appel à ses propriétés, de façon d'ailleurs très diverse, puisque servant dans l'Aveyron de révulsif (propriété qu'elle partage avec les anénomes et d'autres renonculacées) elle était employée par les paysans sibériens comme emménagogue et même comme abortif, et un peu partout contre divers symptômes gastro-intestinaux. La période scientifique ne commença guère qu'en 1879 avec les travaux de Bubnow (de Saint-Pétersbourg); elle demeure ouverte.

Si son action est infidèle, il en faut bien souvent chercher la cause dans des erreurs botaniques : la forme de son inflorescence et des dentelures de sa feuille l'ont fait souvent confondre avec d'autres renonculacées et même avec la camomille commune ainsi qu'en témoignent les dénominations de « rothe Camillen » et de « camomille à fleurs ». Nous n'insisterons pas sur les sophistications intentionnelles.

Propriétés physicochimiques. — Les préparations galéniques emploient la plante entière tige et feuilles; les variétés botaniques auxquelles on peut s'adresser sont du reste nombreuses. La saveur de ces préparations est âcre et amère, assez désagréable, mais elles présentent sur les produits extractifs en général l'avantage de mieux résister à l'action des sucs digestifs; les effets n'en sont du reste pas absolument comparables.

Le principe actif semble être l'adonidine, glucoside ou mélange de glucosides très voisins parmi lesquels on range l'acide adonidique; la teneur en principe varie avec les espèces botaniques et aussi avec le mode d'extraction; on trouve aussi dans la plante de l'acide aconitique et un sucre en C^5. Certains auteurs rangent l'adonidine parmi les saponines dont elle a les propriétés hémolytiques.

Propriétés physiologiques. — *Action locale.* — L'adonis vernalis est doué de propriétés irritantes pour la peau et pour les muqueuses, origine des effets émétocathartriques qu'engendrent des doses trop considérables.

Action générale. — Sur la circulation l'adonis vernalis jouit de propriétés *vaso-constrictrices* mais beaucoup moins marquées que celles de la digitale.

Les effets sur la tension sont niés par Lemoine, Henneton, Roch. Divers auteurs s'accordent cependant pour décrire comme suit l'action sur le cœur et sur la tension (Bubnow, Huchard, Henrijean et Honoré). Sur le cœur isolé ou sur l'animal entier on constaterait dans une première phase du *ralentissement du pouls et une élévation de la tension artérielle*; dans une deuxième le pouls s'accélère, la tension demeurant élevée; dans une troisième l'accélération persiste, mais la tension tombe au-dessous de la normale; il semble que la deuxième phase comme la troisième soit une phase toxique. On voit à leur suite apparaître des systoles avortées, de la dissociation auriculo-ventriculaire. L'arrêt du cœur se ferait pour certains auteurs en diastole; Henrijean et Honoré décrivent un *arrêt en systole* avec un aspect rappelant celui du cœur digitalique : ventricules pâles et en contraction spasmodique, oreillettes dilatées pleines d'un sang noir.

Ces phénomènes seraient dus pour Bubnow successivement à l'excitation du noyau du pneumogastrique, puis à la paralysie de ses terminaisons, enfin à celle du système nerveux intracardiaque; il pourrait aussi y avoir excitation du grand sympathique.

Sur le rein son action serait pour certains auteurs nulle sur le rein sain. On s'accorde cependant en général à reconnaître à l'adonis une *action diurétique* due non tant à l'élévation de la tension artérielle qu'à la vitesse plus grande du courant sanguin dans le rein. Cette diurèse semble affecter à la fois les *chlorures* et comme la scille l'*urée*.

Sur l'appareil respiratoire, les mouvements respiratoires sont *ralentis* et leur *amplitude augmente*.

Propriétés thérapeutiques et cliniques. — Elles sont analogues; le choc cardiaque devient moins fréquent et plus puissant, les dimensions du cœur diminuent, souffles et bruits cardiaques deviennent plus nets, le rythme se régularise et en général se

(1) *Gaz. des Hôp.*, n° 61, p. 978, 31 juillet 1926.

ralentit, tous effets qui semblent survivre à l'administration du médicament. Les effets commencent à se manifester quatre à cinq heures après l'absorption per os, une demi-heure après l'injection sous-cutanée.

La diurèse au contraire ne se produit que tant qu'existent de la stase et des œdèmes et cesse avec l'administration du médicament.

Les signes fonctionnels, cardiaques et respiratoires s'atténuent très rapidement.

ELIMINATION. — Elle se fait par *voie rénale* et semble très rapide, ce qui supprime les accidents d'accumulation dont Roch a cependant observé des cas.

INDICATIONS. — 1° *Chez les grands infectés avec défaillance myocardique.* — (Fièvre typhoïde, variole, pneumonie, grippe, streptococcies) et même chez les bacillaires fébricitants (Arnoldi).

2° *Chez les cardiaques avec lésions orificielles* tachyarythmiques avec signes fonctionnels lorsque la digitale n'agit pas ou lorsqu'on désire prolonger ses effets. Insuffisances et rétrécissements mitraux, insuffisance tricuspidienne des emphysémateux; on peut l'employer aussi bien pour prévenir l'insuffisance cardiaque que pour y remédier; l'adonis agit à la fois comme tonicardiaque et comme diurétique.

3° *Chez les myocarditiques scléreux*, anxieux, dyspnéiques arythmiques; chez les obèses à cœur surchargé, remplaçant ou complétant la digitale.

4° *Chez les cardiorénaux* soit que le rein suffise à sa fonction lorsque le cœur tient soit que le rein soit atteint en même temps que le cœur.

5° Dans les cas de *néphrite chronique* avec sclérose artérielle lorsqu'il n'y a pas hypertension.

6° *Indications diverses.* — On a encore employé l'adonis comme lithotriptique (Parkinson) dans l'intoxication par la nicotine, et surtout comme *calmant* (Bechterew) *dans l'épilepsie*, associé ou non au bromure, à des opiacés ou à des hypnotiques. Ses effets dans ces cas seraient d'autant meilleurs qu'il y aurait lors des accidents une tachycardie plus accentuée.

CONTRE-INDICATIONS. — Dans l'artério-sclérose *lorsque la déchéance cardiaque* est trop profonde.

Chez les azotémiques *lorsque l'hypertension est très accentuée*. C'est là la principale contre-indication, il convient surtout dans ces cas de tenir compte de l'élévation de la tension minima.

Dans l'*insuffisance aortique à type Hodgson*.

MODE D'ADMINISTRATION. POSOLOGIE. — Malgré leur fidélité relative dont nous avons donné les raisons, les préparations galéniques moins altérées par les sucs digestifs semblent préférables aux produits extractifs, surtout comme tonicardiaques.

Il est nécessaire de n'employer que l'adonis vernalis plus efficace et plus constant, à l'exclusion des autres variétés.

L'unique voie d'administration est la *voie buccale*. Nous n'insisterons pas sur la teinture (au 1/5) et sur l'alcoolature qu'on peut donner en potion à raison de 2 à 5 grammes par jour.

On peut employer l'*extrait aqueux* ou l'*extrait hydroalcoolique*, plus actifs, à la dose de *cinquante centigrammes à 1 gramme par jour*, fractionnés en pilules de cinq ou dix centigrammes.

La dose *pour l'enfant* est de *deux centigrammes par année d'âge et par jour.*

On emploie le plus souvent l'*infusion de feuilles et tiges sèches*, liquide marron clair à fluorescence jaune, de saveur douceâtre avec arrière-goût amer persistant. On en donne en général en vingt-quatre heures *de 4 à 6 grammes infusés dans 250 grammes d'eau en 3 à 4 prises.*

On emploie enfin aussi *l'extrait fluide*, liquide brun clair, amer, soluble dans l'eau, le sirop et la glycérine et qu'on peut en conséquence *incorporer à une potion.* A noter son insolubilité dans l'alcool. On en donne *1 à 3 grammes par jour.* Le sirop d'adonis vernalis est dosé à cinquante centigrammes d'extrait fluide par cuillerée à soupe.

MÉDICATIONS ASSOCIÉES. — Insuffisance cardiaque : avec strophantus, digitale.

Chez les artérioscléreux : avec les drastiques, l'iodure, le gui, la trinitrine.

Chez les nerveux : avec valériane, belladone, atropine, bromure de potassium.

Le « mélange de Bechterew » associe à l'infusion d'adonis le bromure de potassium et le sirop de codéine.

Chez les rénaux : association avec les drastiques, avec la scille, avec le régime déchloruré.

RÉSULTATS. ACCIDENTS. — L'adonis vernalis donne en général de bons résultats chez les cardiaques et chez les rénaux; certains sujets présentent parfois une salivation réflexe qui peut être gênante mais ne contre-indique pas l'emploi du médicament.

Il est cependant des accidents plus graves qui, même sans erreur de posologie, tiennent tantôt à la susceptibilité du malade, tantôt à la préparation du médicament.

Certains sujets présentent des *vomissements*, des *troubles gastro-intestinaux* qui sont l'indice d'une intoxication commençante et qui cèdent en général facilement à l'administration de teinture de condurango.

Si l'intoxication est plus profonde, on voit apparaître de la céphalée, de l'insomnie et *surtout des troubles cardiaques* : rythme couplé, irrégularités cardiaques, extrasystoles, grosse variation de la pression artérielle, la tachycardie peut aboutir à une syncope mortelle.

Ces accidents cependant sont peu fréquents, en raison de l'écart entre la dose thérapeutique et la dose toxique des préparations. L'adonis demeure un médicament souvent utile, comme succédané de la digitale qu'il supplée parfois, mais surtout dont il prolonge les effets et que l'on peut employer par périodes plus longues. R. LEVENT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Maladies des reins, par le docteur G. SIGURET, médecin assistant à l'hôpital d'urologie, consultant à Saint-Nectaire. « Les Consultations journalières. » In-16 de 164 p. — Prix : cartonné, 10 fr., plus hausse de 20 p. 100, soit 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Système veineux normal et pathologique. Guide des malades et des prédisposés (varices, phlébites, hémorroïdes, etc.), par R. HUGEL et G. DELATER. In-16 de 184 p. avec fig. en noir et en coul. — Prix : 12 fr. 50, plus majoration de 20 p. 100, soit 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE MONTPELLIER

4, 5 6 novembre 1926 (1)

DEUXIÈME JOURNÉE

JOURNÉE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

L'aviation sanitaire. — On sait que les organisateurs avaient eu l'heureuse idée de consacrer une journée au Service de santé militaire. Cette journée comptait comme une période militaire. Elle a été particulièrement réussie : sous la direction de M. le médecin inspecteur Delmas, directeur du Service de santé du XVIe corps, un programme très complet et du plus haut intérêt avait été élaboré ; il a été très apprécié.

Dès le matin les congressistes ont été conduits en automobile au champ d'aviation de Montpellier-l'Or, sur les bords de l'étang de l'Or, pour assister à une démonstration d'aviation sanitaire. Reçus par M. Philippe d'Albenas, président de l'Aéro-Club, ils ont tenu d'abord à déposer une gerbe de fleurs devant le monument élevé à la mémoire de Charles Amans, fondateur de l'aérodrome. Des discours émouvants furent prononcés par M. d'Albenas et M. le professeur Paul Delmas.

Puis, cependant que les avions évoluaient au-dessus du champ, emmenant quelques confrères et même des dames et des jeunes filles, on se rendit sous le hangar pour entendre une conférence du docteur Chassaing, député, l'un des pères de l'aviation sanitaire.

M. Chassaing commença par excuser le professeur Picqué (de Bordeaux) qui devait nous présenter l'avion sanitaire type avec lequel il se rendit récemment à Rome, à Genève et à Bruxelles. Pour la première fois l'avion avait une panne et on venait de téléphoner qu'il était immobilisé à Agen.

M. Chassaing fit un historique de l'aviation sanitaire et montra quels services elle a rendus déjà au Maroc et dans le Levant. Il dit quels grands espoirs on peut fonder sur elle. Il prêchait à des convertis.

Le déjeuner militaire de Castries. — Après la réunion, les visiteurs partirent pour le château de Castries que M. le vicomte d'Harcourt avait bien voulu mettre à la disposition de l'autorité militaire. Ils se répandirent d'abord dans les merveilleux jardins dessinés par Le Nôtre, puis à midi eut lieu dans la salle des Maréchaux un déjeuner de 350 couverts sous la présidence de M. le général Martin, commandant le XVIe corps.

On remarquait à la table d'honneur M. le Préfet de l'Hérault, M. le professeur Ducamp, président du Congrès, et un grand nombre d'officiers généraux, de professeurs et de congressistes.

M. le général Martin, dans une allocution pleine d'esprit et d'amabilité, salua les membres des Journées médicales et remercia M. le vicomte d'Harcourt de sa royale hospitalité.

L'exposition du Service de santé. — Mais il fallait être à 3 heures à Montpellier pour visiter l'ambulance chirurgicale automobile installée sur le terrain de l'hippodrome, aussi les visiteurs durent quitter rapidement Castries en jetant un dernier regard plein de regrets sur le château et son parc, sur la garrigue et sur le vieil aqueduc digne d'un tableau d'Hubert Robert.

L'ambulance automobile fut visitée sous la direction de M. le médecin-major de 1re classe Augé qui en avait fait l'installation. Elle a été conçue d'après les derniers enseignements de la guerre et fait le plus grand honneur au Service de santé qui, sans bruit, fait là une réalisation parfaite.

On se rendit ensuite en hâte à la Faculté pour entendre la belle conférence de M. le professeur Vincent.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 89, p. 1429, et n° 91, p. 1461 et 1464.

Conférence du professeur Vincent. — *Les résultats de la sérothérapie antigangréneuse par le sérum antianaérobie polyvalent.* La fréquence et la gravité considérables de la gangrène gazeuse pendant la guerre ont conduit à l'étude de la sérothérapie spécifique de cette infection. En dehors des applications actuelles de cette méthode dans la chirurgie des accidentés de la rue, des champs, etc., et généralement dans le traitement des plaies souillées de terre, de boue ou de fumier, la sérothérapie antianaérobie trouve son emploi nouveau dans un certain nombre d'affections médicales et chirurgicales importantes.

L'ensemble des microbes anaérobies pathogènes (*B. perfringens*, vibrion septique, *B. œdematiens*, etc.), vit non seulement dans le sol, mais encore dans le tube digestif. Les lésions de ce dernier peuvent se compliquer, elles aussi, d'infections de voisinage dues à ces anaérobies. Ces derniers s'associent le plus souvent entre eux, et donnent lieu à des complications parfois graves.

La gangrène gazeuse est un syndrome. Le sérum antigangréneux polyvalent que M. Vincent a préparé en collaboration avec G. Stodel, vise l'ensemble des infections dues aux divers microbes anaérobies qui la déterminent. Il a amené les premières guérisons pendant la guerre, de formes très sévères de gangrène gazeuse, chez des polyblessés des membres, avec crépitation gazeuse ayant envahi une partie de l'abdomen ou du thorax. Le pourcentage net des guérisons dues à ce sérum, en dehors des cas compliqués de tétanos ou de septicémie à streptocoques, a été de *90,13 p. 100*. Quelques-uns des blessés étaient « littéralement mourants » au moment où ils ont été injectés et ont été guéris. Beaucoup de ces blessés ont pu conserver leur membre.

Les résultats préventifs n'ont pas été moins favorables. La sérothérapie constitue donc une arme puissante contre la gangrène gazeuse.

Le sérum que M. Vincent utilise est *polyvalent*, c'est-à-dire actif contre l'ensemble des anaérobies pathogènes. Il doit être employé précocement, sans attendre le résultat des examens bactériologiques. En raison de son caractère polyvalent, il épargne toute hésitation de technique en face du blessé ou du malade à traiter.

Les applications nouvelles de la sérothérapie antianaérobie sont aujourd'hui nombreuses dans les *lésions paradigestives* ou *pleuro-pulmonaires à caractère putride* : abcès fétides parabuccaux, phlegmons rétropharyngiens, phlegmons avec sphacèles du cou, à tendance extensive vers le médiastin, phlegmons putrides paragastriques ou para-intestinaux, appendicite gangréneuse, suppurations périrectales, abcès urineux fétides, dus à des infections complexes, etc... De même la *péritonite* qui succède à la perforation de l'ulcus stomacal ou à un traumatisme. Enfin la *gangrène pulmonaire* peut être justiciable du même traitement.

Toutes ces affections se réclament de la sérothérapie antianaérobie. C'est là une thérapeutique nouvelle, complémentaire de l'action chirurgicale, et qui s'est montrée très active et efficace.

L'une des indications les plus intéressantes de l'emploi du sérum est la gangrène pulmonaire, due à la symbiose de *Spirochaeta Vincenti* et de *B. fusiformis* auxquels peuvent s'associer non seulement le streptocoque, mais encore des bacilles anaérobies. MM. Perrin, Bolot, Trabaud, Petren, Flaum, etc., ont signalé des résultats très favorables donnés par les injections de sérum polyvalent. L'effet curatif a été, parfois, presque immédiat.

Peut-être est-il indiqué dans cette affection, d'utiliser simultanément les arsénobenzènes qui agissent exclusivement sur les spirochètes et le sérum polyvalent qui agit sur les anaérobies associés aux fuso-spirochètes.

On a cité des guérisons de polydermites infectieuses à *B. perfringens* et *B. œdematiens* traités par le sérum polyvalent; d'infiltrations urinaires putrides, dans lesquelles le sérum doit être injecté concurremment avec le sérum anticolibacillaire que prépare également M. Vincent.

C'est l'*appendicite gangréneuse* et c'est aussi l'*appendicite avec perforation* qui constituent les indications les plus fréquentes et les plus importantes de la sérothérapie antianaérobie; on sait le pronostic très grave de cette affection. Les docteurs Foisy, de Châteaudun; Duguet, du Val de Grâce; Clavelin, du même hôpital, etc., ont obtenu, grâce au sérum

polyvalent, des guérisons inespérées de formes gangréneuses et septiques d'appendicite. Après l'appendicectomie, le sérum est versé directement au contact du moignon. On injecte ensuite 20 à 40 centimètres cubes de sérum sous la peau. Clavelin a publié une brillante série d'opérations et de succès. La sérothérapie apporte au chirurgien une aide très importante. Elle est, dit le professeur Presno, « le complément absolument indispensable de l'opération » dans les appendicites gangréneuses.

Les applaudissements qui accueillirent la péroraison de M. Vincent n'étaient pas encore terminés que M. le professeur Toubert lui succéda.

Conférence du médecin inspecteur général Toubert. — *La reviviscence des idées anciennes dans les organisations chirurgicales de l'armée.* — M. le médecin inspecteur général Toubert, président du Comité consultatif du Service de santé, donne lecture d'une forte intéressante étude où, après avoir rappelé avec orgueil qu'il y a quarante ans il a demandé son instruction médicale à notre Ecole, il relève l'ancienneté des idées et des méthodes dans les services chirurgicaux des armées, donnant à cet égard de fréquents exemples : le transfert des blessés, le paquet de pansement, l'hospitalisation des blessés, la suture immédiate, etc. Le conférencier prend texte, pour étudier quelques organisations, de la belle étude du professeur Forgue sur Paré, Larrey et Percy, ces grands chirurgiens d'armée. Les qualités d'exposition du conférencier, sa parole élégante lui ont valu, de la part de l'auditoire, avec une attention soutenue, les marques d'approbation les plus chaleureuses.

Conférence dialoguée de MM. Spire, Maisonnet et Junquet. — *Sur l'organisation d'un groupement d'ambulances.* — Nous entrons ici dans une étude de tactique sanitaire. M. Spire, professeur à l'Ecole de guerre, M. Maisonnet, professeur au Val-de-Grâce et M. le médecin major Junquet nous ont fait assister à une conférence entre un médecin divisionnaire et deux médecins chefs d'ambulance.

Il s'agit dans un cas concret d'envisager toutes les solutions possibles, une telle conférence ne s'analyse pas, il faut l'entendre. Il est impossible de discuter une question de tactique sanitaire avec plus d'à-propos, de décision et d'esprit. Ce fut un gros succès pour MM. Spire, Maisonnet et Junquet.

La manifestation franco-espagnole. — A l'issue des conférences, les délégués espagnols accompagnés par le vice-consul d'Espagne se rendirent devant la plaque apposée à la mémoire du roi Jacques d'Aragon, apposée sur la Tour des Pins. M. le professeur Mariscal, Aragonais d'origine, célébra en termes émouvants tous les liens historiques qui unissent Montpellier à l'Espagne. La délégation alla ensuite déposer des fleurs devant le monument élevé à la mémoire des étudiants en médecine morts pour la France. M. le professeur Fernando Coca rendit hommage en termes émouvants à la jeunesse tombée pour la défense du génie latin.

La réception par la municipalité. — A neuf heures la municipalité de Montpellier reçut les congressistes dans le foyer du grand théâtre.

M. le professeur Billod, maire, en un excellent discours, rappela la solidarité qui unit la Cité et la vieille Université, puis il salua les visiteurs et en particulier les étrangers.

M. le professeur Ducamp lui répondit avec infiniment d'à-propos.

Conférence du professeur Calmette. — Dans la grande salle de spectacle, comble, M. le professeur Calmette sous-directeur de l'Institut Pasteur fit une admirable conférence dont voici une trop brève analyse :

Les progrès récents de nos connaissances sur l'immunité antituberculeuse. — Depuis longtemps on s'étonnait que certains sujets, manifestement exposés à la contagion tuberculeuse, vivant en cohabitation étroite avec des malades gravement atteints, restassent indemnes pendant toute leur existence. La médecine expérimentale et l'emploi, aujourd'hui largement répandu, des réactions tuberculiniques, surtout celui de la cuti-réaction de Pirquet, nous ont apporté l'explication de cette énigme et nous ont renseigné sur les modalités de l'infection bacillaire et sur le rôle protecteur des infections bénignes qui restent latentes ou occultes pendant toute la vie de nombreux sujets et dont l'origine remonte presque toujours aux premiers mois de leur existence.

On est donc arrivé à cette conception que, pour échapper le plus sûrement à l'infection tuberculeuse mortelle, la meilleure sauvegarde doit être une imprégnation aussi légère et aussi précoce que possible de l'organisme par un virus tuberculeux assez peu abondant et assez peu actif pour ne pas déterminer de troubles fonctionnels graves.

Malheureusement, il n'est ni prudent, ni pratique, de réaliser artificiellement cette imprégnation avec des bacilles vivants et virulents, et comme toutes les tentatives qui ont été faites, depuis les découvertes de Villemin et de Robert Koch, pour immuniser les animaux avec des bacilles tués par la chaleur ou par divers réactifs chimiques, ou avec des bacilles vivants spontanément atténués dans leur virulence, ou encore avec les produits toxiques issus de ces bacilles dans les cultures, on a dû chercher à créer, comme l'a fait Pasteur pour la bactéridie charbonneuse, une race de bacilles tuberculeux qui ait perdu la propriété de provoquer la formation des tubercules et qui ait cependant conservé les qualités antigènes que possèdent les bacilles tuberculeux virulents. C'est à quoi sont parvenus les collaborateurs de l'Institut Pasteur en cultivant, pendant treize années successives, dans un milieu fortement alcalin constitué par de la bile de bœuf, un bacille d'origine bovine, extrêmement virulent au début, et qui a, peu à peu, perdu toute aptitude à créer des lésions tuberculeuses.

Ce bacille, actuellement connu sous la dénomination de BCG (bacille Calmette-Guérin), est parfaitement toléré par les cellules lymphatiques. Son innocuité et ses effets protecteurs vis-à-vis des infections tuberculeuses, même artificiellement provoquées, sont manifestes. Ils ont d'abord été établis par de multiples expériences sur les jeunes bovins, puis sur des singes anthropoïdes si proches de l'espèce humaine, et enfin sur des nourrissons nés de mères tuberculeuses et particulièrement exposés à ces contagions abondantes et massives dont le danger est tel que plus de 25 p. 100 de ces enfants sont fatalement voués à la mort dès la première année de leur existence.

En 1921, des essais de vaccination préventive des nouveau-nés ont été entrepris par l'Institut Pasteur avec le concours de MM. Weill-Hallé et Turpin dans les crèches et les maternités des hôpitaux de Paris. Les résultats en furent si encourageants qu'on résolut, à partir du 1er juillet 1924, d'étendre l'expérience et de mettre le nouveau vaccin à la disposition de tous les médecins. Depuis lors, en France seulement et jusqu'au 1er octobre 1926, 14.808 nourrissons ont été vaccinés avec le BCG par une méthode très simple qui consiste à faire ingérer dans les dix premiers jours après la naissance et à quarante-huit heures d'intervalle, dans une petite cuiller de lait tiédi, trois doses de chacune 1 centigramme de bacilles vivants, provenant d'une culture de BCG fraîche et finement émulsionnée. Cette ingestion ne détermine aucun trouble de la digestion, ni aucun malaise.

Pendant le mois d'octobre qui s'achève, on a pu recueillir des renseignements précis sur 518 enfants qui avaient été vaccinés depuis un à deux ans et qui ont vécu en contact avec leur mère tuberculeuse ou dans un foyer familial gravement infecté. Cinq seulement d'entre eux avaient succombé à une affection supposée tuberculeuse. La proportion des morts par tuberculose de zéro à deux ans, chez ces enfants vaccinés et constamment exposés à la contagion, est donc inférieure à 1 p. 100 (exactement 0,9) alors qu'elle est au moins égale à 25 p. 100 pour les enfants non vaccinés vivant dans les mêmes conditions (à Paris, elle est de 32,6 p. 100 d'après les chiffres fournis par l'Office d'hygiène sociale de la Seine).

On ne sait pas encore quelle pourra être la durée de l'immunité ainsi conférée, mais l'expérience montre qu'elle persiste au moins trois années et qu'on peut, sans inconvénients, la renforcer, la prolonger, par une ou deux revaccinations, également par voie buccale, à la fin de la première et de la troisième année. Il y a lieu de penser qu'ainsi l'enfant pourra échapper aux contaminations tuberculeuses virulentes pendant toute la phase de son existence durant laquelle il s'y trouve le plus exposé et le plus sensible.

Si recommandable que soit donc, dès maintenant, le large

emploi de cette nouvelle méthode de prévention de la tuberculose du jeune âge et bien que son efficacité ne paraisse plus douteuse, il convient cependant de ne rien négliger des mesures d'hygiène individuelle ou collective qui peuvent contribuer à tarir ou à raréfier les sources de contagion.

Quand la formidable ovation qui l'accueillit fut terminée, M. le maire de Montpellier remit à M. Calmette une médaille commémorative et lui exprima l'admiration et la reconnaissance de la cité.

Un brillant concert retint fort tard au théâtre la nombreuse assistance.

TROISIÈME JOURNÉE

LA JOURNÉE PROFESSIONNELLE

Après une matinée consacrée à la visite des hôpitaux eut lieu l'assemblée plénière de l'*U. M. F. I. A.* Notre ami Molinéry exposa le développement prodigieux de l'Union médicale franco-ibéro-américaine et rappela comment elle fut fondée par Dartigues, Bandelac de Pariente et notre collaborateur Gaullieur l'Hardy.

Au déjeuner qui suivit, des toasts furent prononcés par Molinéry, Dartigues, Pierra, le professeur Mariscal, le professeur Forgue, Garipuy et le doyen Euzière.

Dans l'après-midi, après les réunions des Syndicats médicaux du Languedoc méditerranéen et la Fédération des sociétés médico-chirurgicales des hôpitaux du Midi, on entendit trois conférences. L'une de notre excellent confrère Duchesne; du *Concours médical* sur *le mouvement corporatif médical et la législation médico-professionnelle en France depuis la loi Chevandier.*

Une seconde conférence fut faite par le professeur Perreau *sur le statut légal du corps hospitalier.*

Enfin, M. le professeur Vires parla du *vin, boisson nationale.*

Le banquet de clôture. — Ces journées bien remplies furent couronnées par un banquet qui réunit à l'hôtel de la Métropole 300 convives environ et auquel assistaient le Préfet, le général en chef, le doyen, tous les délégués étrangers et les représentants de l'Université.

Menu exquis, vins remarquables (*dix-sept* crus différents!), aimablement offerts par les propriétaires des vignobles les plus réputés du Languedoc méditerranéen et du Roussillon et la Confédération générale des vignerons.

Des toasts aussi nombreux furent portés par MM. le préfet, le médecin inspecteur Toubert, Billod, maire; le doyen Euzière, le doyen Abelous (de Toulouse), le professeur Gley, les professurs Mariscal, Perroncito, les docteurs Dartignes Billon, Pierra, Noir, Duplessis de Pouzilhac, Jeannot, le professeur Verger, enfin le professeur Ducamp, président des Journées. Il remercia tous ses collaborateurs, en particulier les professeurs Paul Delmas et Faucon et remit au docteur Desfour, l'aimable secrétaire général, une médaille ancienne à l'effigie d'Hippocrate.

M. le professeur Paul Delmas parla le dernier, et annonça que suivant l'entente établie entre Bordeaux, Toulouse, Montpellier et Marseille, *les prochaines Journées médicales auront lieu à Marseille en avril 1927.*

* * *

En terminant ce compte rendu sommaire, nous avons le plus agréable des devoirs à remplir, c'est d'exprimer notre gratitude à nos chers confrères de Montpellier, qui nous ont accueilli de la façon la plus charmante, la plus cordiale et la plus somptueuse. Les réceptions intimes ou officielles se sont succédé sans interruption pendant notre séjour. On nous a comblés sous tous les rapports.

Que M. le président Ducamp, M. le doyen Euzière, MM. les professeurs Paul Delmas et Faucon, M. le docteur Desfour veuillent bien trouver ici l'expression de nos remerciements les plus vifs.

F. L. S.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

POUR LES VICTIMES DES RADIATIONS

Une loi s'impose pour assurer la tranquillité de leurs vieux jours ou de leurs familles, selon l'impotence ou la mort qui les menace, les radiologistes ou les radiumthérapeutes des hôpitaux, voire pour tous « les travailleurs des rayons X et du radium » comme les Anglais appellent les médecins, les manipulateurs, les souffleurs de verre, employant, préparant, fabriquant appareils ou substances irradiants.

Il faut étendre la loi en préparation aux usines qui construisent ou fabriquent. C'est le but du projet de loi présenté par M. Durafour, ministre des Travail et de l'Hygiène, à la Chambre des Députés, le 1er juin dernier, et que soutient son successeur, M. A. Fallières, en demandant, par circulaire du 7 octobre dernier, aux directeurs des journaux médicaux, de le documenter : les indications fournies resteront anonymes ou non, selon le désir des médecins ou collaborateurs qui les fourniront.

On sait quel procès récent a poussé l'opinion publique et nos législateurs. Les chimistes Demenitroux et Demalander sont morts, victimes d'émanations du thorium, du radium, et leurs familles ont demandé une pension, une indemnité. La loi sur les accidents du travail est incomplète, elle est de 1898 et bien que, dès 1896, Soret (du Havre) avait signalé les accidents des rayons X que je baptisai de suite *radiopathie*, on ne les prévit pas, pas plus que ceux similaires du radium venu en 1901 avec Danlos à la thérapeutique.

Un juge au procès me téléphona, à l'époque, un matin, pour se documenter sur « l'art de mourir » (comme l'a écrit dans un autre sens le docteur Binet-Sanglé) par les dangereux et terribles rayons : « brûlures et émiettement atrocement douloureux ou anémie aplastique pernicieuse », lui répondis-je. — « Nous ne pourrons rien accorder, me dit-il, cette maladie professionnelle n'est pas prévue »... Il en fut ainsi et les grands journaux s'émurent. Le *Journal* notamment, avec Lucien Chassaigne, fulmina fort justement, mais en méconnaissant quelque peu le projet de loi déposé.

On sait du reste combien compte le personnel médical hospitalier (?), à plus forte raison, les ingénieurs des usines à appareils ou substances de radiations — tous importent peu en général : l'élément infirmier a d'abord obtenu; puis, tout récemment, les externes des hôpitaux de Paris eurent la grande faveur (?) de ne plus payer leurs soins, si, hospitalisés là où ils avaient contracté leur mal; les internes ont ce droit, voire une rente avec M. Mourier, depuis peu. Quant aux chefs, il ne leur est rien accordé. L'accident est prévu, c'est un progrès, mais nullement l'impotence longue ou définitive, ni la mort. Il y a donc encore beaucoup à faire, à prévoir même de futurs progrès lourds de rançon, sans doute.

Le corps médical ne reste pas inactif. Notre confrère, Paul Boudin, docteur en droit, s'est déjà fait souvent entendre en haut lieu dans les Conseils de l'Assistance. Le professeur Reynès, de Marseille, avec l'Association des médecins des hôpitaux, revendique les mêmes droits. La thèse de Paris de Pierre Mougeot soutient « la protection du Corps médical des hôpitaux contre les risques professionnels ». La question progresse : ce ne sera du reste qu'étendre le droit commun, puisque déjà appliqué aux ouvriers, aux apprentis...

Que de morts, que de radiologues blessés et continuant quand même leur œuvre, œuvre de mort pour eux, œuvre de sauvetage pour les malades, et cela, faute de pouvoir se retirer, faute de vivres ou de rentes, ou de faire autre chose. A un certain âge, il est dur de changer de situation. Cependant, l'électrologie non dangereuse, quoique maintenant trop négligée et dédaignée, peut rendre de très grands services, même hospitaliers, et occuper les radiologistes blessés.

Envoyons donc notre documentation pour faire aboutir la loi, dont le rapporteur bien disposé est le docteur Fié, député de la Nièvre, envoyons-la au ministère du Travail, 3e bureau de la direction du travail, 80, rue de Varenne, 7e. La Confédération des travailleurs intellectuels, C. T. I. m'a également chargé d'établir un rapport pour notre groupe parlementaire de la Chambre. Si nous le voulons, la loi Durafour sera rapidement votée, et nos martyrs auront au moins la consolation

morale, soit de vivre tranquilles le peu de temps leur restant à... souffrir, soit et surtout de laisser les leurs à l'abri du besoin. Et ce ne sera que justice !

FOVEAU DE COURMELLES.

LIVRES NOUVEAUX

Dermatologie (1), par Jean GATÉ, médecin des hôpitaux de Lyon.

La Dermatologie est une science ardue pour les non initiés; il faut en chercher les raisons dans la richesse et la complexité souvent déconcertante de sa terminologie, dans les ressemblances objectives que présentent fréquemment des dermatoses essentiellement différentes, dans les surprises parfois désagréables que réserve une thérapeutique spéciale cependant apparemment très simple. L'auteur de ce précis a eu pour objectif de rendre si possible moins rebutante l'étude de cette branche de la médecine, par ailleurs si intéressante et d'une réelle utilité pratique pour le praticien.

Dans une première partie sont longuement exposées les ressources thérapeutiques que le praticien a à sa disposition. L'hygiène générale avec l'étude des régimes et des climats; les moyens biologiques (vaccins, tuberculine, injections intraveineuses et intra-musculaires, médications désensibilisantes et médications de choc, opothérapie, crénothérapie); les traitements locaux groupés sous les deux rubriques : physiothérapie (pansements humides, lotions, pulvérisations, cataplasmes, bains, décapage des téguments et ablation des croûtes, épilation, air chaud, héliothérapie lumière artificielle, thermo et galvano-cautérisation, scarifications, neige carbonique, électricité, haute fréquence, radiumthérapie et radiothérapie) et chimiothérapie (poudres, pommades, pâtes, crèmes, glycérés, vernis, colles, antiphlogistiques, antiprurigineux, antiseptiques, antiparasitaires, décapants et kératolytiques réducteurs, cicatrisants et kératoplastiques) constituent autant de chapitres où le médecin pourra trouver des indications précises sur les divers agents thérapeutiques, sur leur action et leur mise en application.

La seconde partie envisage les lésions élémentaires dont la connaissance parfaite est indispensable au dermatologiste.

Enfin, dans la troisième partie, la plus importante, sont envisagées les différentes dermatoses. Celles-ci ont été groupées suivant leur aspect objectif (dermatoses essentiellement prurigineuses, d. érythémateuses, d. érythémato-squameuses, d. papuleuses, etc ..), suivant leur localisation (affections des ongles, des poils, des glandes sudoripares...), suivant les facteurs étiologiques (dermatoses parasitaires, d. bacillaires, leucémides, tumeurs). La bibliographie, les pathogénies compliquées, les longues descriptions anatomo-pathologiques ont été systématiquement laissées de côté; par contre chaque dermatose donne lieu à une étude séméiologique aussi précise et aussi claire que possible, à une discussion diagnostique, à un aperçu étiologique et à l'exposé détaillé de la thérapeutique appropriée.

Tel est le plan suivi par l'auteur dans ce travail qui s'adresse avant tout aux praticiens désireux de se familiariser avec la science dermatologique.

La syphilis nerveuse. Étiologie. Pathogénie. Prophylaxie. Traitement. Etudes cliniques et biologiques (2), par A. SÉZARY, médecin de l'hôpital Broca, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Nous ne connaîtrons bien la syphilis qu'après avoir précisé comment l'organisme et les différents viscères réagissent vis-à-vis du tréponème.

(1) 1 vol. in-16 de 438 pages, cartonné : 20 francs, plus hausse 20 p. 100 soit 24 francs (de la Collection des Consultations journalières).

(2) Un volume de 208 pages avec figures et 2 planches hors texte. — *Prix de base* pour la France, 20 fr., en plus hausse variable (40 p. 100, juillet 1926). *Prix fixe* pour l'Etranger, 0 dollar 80. — Paris, Masson et Cie, édit.

Il ne suffit pas d'étudier les lésions cutanées dans cette maladie pour posséder des notions satisfaisantes sur sa pathologie générale. Divers organes, en présence du tréponème, ne se comportent pas comme la peau. Parmi eux, il faut classer le système nerveux.

L'auteur traite d'abord de l'étiologie et de la pathogénie de la syphilis nerveuse. Cette étude n'a pas seulement un intérêt théorique, car elle nous fournit des directives importantes pour la prophylaxie et la thérapeutique auxquelles il consacre ensuite plusieurs chapitres.

On trouvera aussi dans ce volume une étude clinique sur la syphilis nerveuse multiloculaire et sur les rapports de la sclérose en plaques avec l'infection tréponémique.

Les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale y font l'objet d'un chapitre spécial.

Non seulement cet ouvrage présente un intérêt réel pour les syphiligraphes et les neurologistes en raison des faits nombreux recueillis par l'auteur, de ses recherches personnelles pendant bientôt vingt ans; mais aussi pour le praticien, en raison de la part importante donnée à la prophylaxie et à la thérapeutique.

L'arthroplastie du genou (1), par Charles-Henri CHEVALIER, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'arthroplastie est une opération sanglante ayant pour but de rendre la mobilité aux articulations ankylosées.

Elle comporte comme caractères techniques :

1° La libération de l'ankylose.

2° Le modelage des extrémités osseuses, de façon à reconstituer d'aussi près que possible leur forme primitive.

3° L'interposition entre les deux extrémités modelées d'une substance destinée à empêcher leur réunion nouvelle.

L'auteur ne s'est arrêté qu'à l'arthroplastie du genou car c'est là que les résultats diffèrent vraiment et complètement de ceux que fournissent les autres méthodes de mobilisations articulaires.

Dans cet ouvrage, il étudie les fondements de la méthode : anatomiques, pathologique, expérimentaux. Il passe en revue, d'une part, les différents procédés de mobilisation des ankyloses; d'autre part, les différentes techniques qui ont été proposées pour réaliser l'arthroplastie. Un procédé opératoire, que l'auteur a déduit du procédé de Putti, est exposé tout au long, avec figures explicatives.

Enfin, des observations françaises et étrangères, et en particulier la statistique de Putti, annexées à l'ouvrage ont pour but de montrer que l'arthroplastie du genou a derrière elle un passé suffisamment honorable pour qu'elle puisse à l'avenir être tentée avec sécurité.

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques [édition 1926] (2), par Louis VIDAL et DAREAU.

Aide-mémoire portatif comprenant :

1° Table par indications thérapeutiques des spécialités figurant dans cet ouvrage, facilitant la recherche du produit le mieux approprié au cas donné;

2° Dictionnaire donnant sur environ 1.200 spécialités pharmaceutiques médicales les renseignements essentiels (composition, formes, posologie, etc.) qui en permettent la prescription sans erreur;

3° Nomenclature purement nominale des principales spécialités pharmaceutiques médicales, avec noms et adresse des fabricants.

L. G.

(1) Un vol. de 152 pages avec 7 planches hors texte (Masson et Cie, éditeur). *Prix de base* pour la France : 12 francs plus hausse variable (40 p. 100, juillet 1926). — *Prix fixe* pour l'étranger : 0 dollar 48.

(2) Un volume de 600 pages, 135 × 90, 8e année. — Prix : relié carton, 12 fr. 50. — Paris, Office de vulgarisation pharmaceutique, 5, rue de Tracy.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE

L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE[1]

SIGNES FONCTIONNELS ET GÉNÉRAUX. — Outre la douleur déjà signalée avec cette sensation de brûlure, de cuisson maxima au niveau du bourrelet, il existe une *céphalée* plus ou moins vive.

D'autre part, les signes généraux sont ordinairement très marqués pendant toute la durée de la période d'état. D'après Trousseau, il n'y a pas de maladie où le mouvement fébrile et les troubles gastriques soient plus accentués.

La *température* est des plus variables.

Dans certains cas, elle affecte le type *continu*, s'élevant aux environs de 39 ou de 40 degrés; dans d'autres cas, elle prend le type *intermittent* avec des oscillations de 2 à 3 degrés.

Quel que soit le type, il existe des *variations* très brusques, la température se modifiant d'un moment à l'autre de 2 à 3 degrés.

Le *pouls* est en rapport avec la température.

Les *urines* sont rares, foncées, souvent albumineuses.

Les troubles digestifs *sont constants*, et on note de l'anorexie, de la constipation.

La langue est sèche, plus ou moins saburrale.

Le *système nerveux* est atteint.

On note de l'*insomnie*, de la *prostration*, ou au contraire de l'*agitation*.

Le *délire* est fréquent quand il y a extension au cuir chevelu; parfois il est calme et tranquille, d'autres fois intense, animé par un tremblement de la langue et des lèvres.

Enfin, l'examen du sang montre une augmentation de la fibrine, une leucocytose avec polynucléose.

Cette période d'état dure en moyenne de cinq à huit jours. Elle est un peu plus longue lorsque le cuir chevelu est frappé.

III. **Période de terminaison.** — Bientôt les signes fonctionnels s'atténuent; la température tombe, soit brusquement, soit en lysis, soit après plusieurs oscillations.

Cette défervescence est parfois accompagnée de phénomènes critiques : sueurs abondantes, polyurie, ralentissement du pouls.

L'examen du sang montre l'abondance des grands mononucléaires, la réapparition des éosinophiles.

Du côté de la plaque, les phénomènes inflammatoires se modifient.

La tuméfaction s'efface, le bourrelet disparaît, l'épiderme se fendille; et bientôt il ne reste plus à la place de l'érysipèle qu'une *desquamation furfuracée* de l'épiderme.

Au niveau du cuir chevelu il y a fréquemment une chute passagère des cheveux. Il est exceptionnel que l'alopécie soit définitive. Les sourcils tombent aussi parfois, mais repoussent également.

IV. **Complications.** — Au cours de l'érysipèle de la face, il faudra toujours craindre :

a. **La rechute.** — Elle se déclare en général après quelques jours de guérison; elle est le plus souvent atténuée et écourtée, prolongeant la maladie pendant quinze à vingt jours au total.

b. **Les récidives.** — L'érysipèle est un type de maladie **non immunisante**. *Une première atteinte prédispose l'organisme à de nouvelles attaques.*

c. **Des complications locales.** — Elles sont rares. Ce sont :

La SUPPURATION. — L'inflammation s'étend au tissu cellulaire sous-cutané et se manifeste, soit sous forme d'un *phlegmon érysipélateux* sous-jacent à la plaque, fait du reste rare à la face, soit sous forme de petits abcès à allure subaiguë ou froide apparaissant au déclin de la maladie.

La GANGRÈNE précoce due à la compression des vaisseaux du derme; elle siège au niveau des *paupières*, elle est *superficielle, sans gravité*, aboutissant à une cicatrice régulière sans rétraction.

TARDIVE, elle peut se voir chez les diabétiques et les alcooliques, augmentant encore la sévérité du pronostic.

d. **Des complications générales.** — Rares.

PAR PROPAGATION

Elles sont dues à l'envahissement secondaire des muqueuses voisines de la face par le streptocoque. C'est l'érysipèle qui rentre; aussi faut-il noter :

Au *niveau de l'œil* : de la conjonctivite, de la kératite ulcéreuse, de la thrombose des veines ophtalmiques, le phlegmon de l'orbite.

Au *niveau de l'oreille* : l'otite catarrhale ou suppurée (due le plus souvent non pas à une propagation directe de l'érysipèle cutané à l'oreille, mais à la suite de l'infection secondaire du nez et du pharynx).

Au *niveau des voies digestives* :

La *stomatite*;

L'*angine de Ludwig* (qui pour Widal et Chantemesse serait un phlegmon streptococcique du plancher de la bouche);

La *pharyngite érythémateuse*;

L'œsophagite, la gastrite, l'entérite sont des plus discutables.

Au *niveau des voies respiratoires* :

Coryza, intense avec jetage purulent, pouvant se compliquer de sinusite;

Laryngite;

Pneumonie érysipélateuse (Strauss), due au streptocoque, évolue vers la mort en trois ou quatre jours. Rare.

PAR GÉNÉRALISATION

Dues au passage du streptocoque dans le sang. Pour Lesné et Françon il y aurait streptococcémie dans un tiers des cas sans que la présence du streptocoque dans le sang fût suivie de localisations.

La septicémie streptococcique peut donc être complètement *latente*, décelée par l'*hémoculture* ou la gravité de l'état général.

La *pyohémie streptococcique* est rare, elle est anatomiquement caractérisée par de nombreux petits abcès miliaires disséminés dans tous les organes.

La streptococcémie peut être suivie de localisations :

a. *Cardiaques* : endocardite simple ou ulcéro-végétante (cette dernière mortelle), péricardite;

b. *Vasculaires* : les phlébites sont exceptionnelles;

c. *Pleurales* : pleurésies séro-fibrineuses purulentes;

d. *Articulaires* : polyarthrites, monoarthrites, arthrites suppurées ou rhumatismales;

e. *Hépatiques* : angiocholites, ictères.

f. *Rénales* : néphrite subaiguë, en général peu grave, donnant exceptionnellement lieu à de l'anurie ou à des accidents urémiques, mais pouvant être à l'origine d'une néphrite chronique.

g. *Nerveuses* : méningite et même poliomyélite (Lesné et Françon). (*A suivre.*)

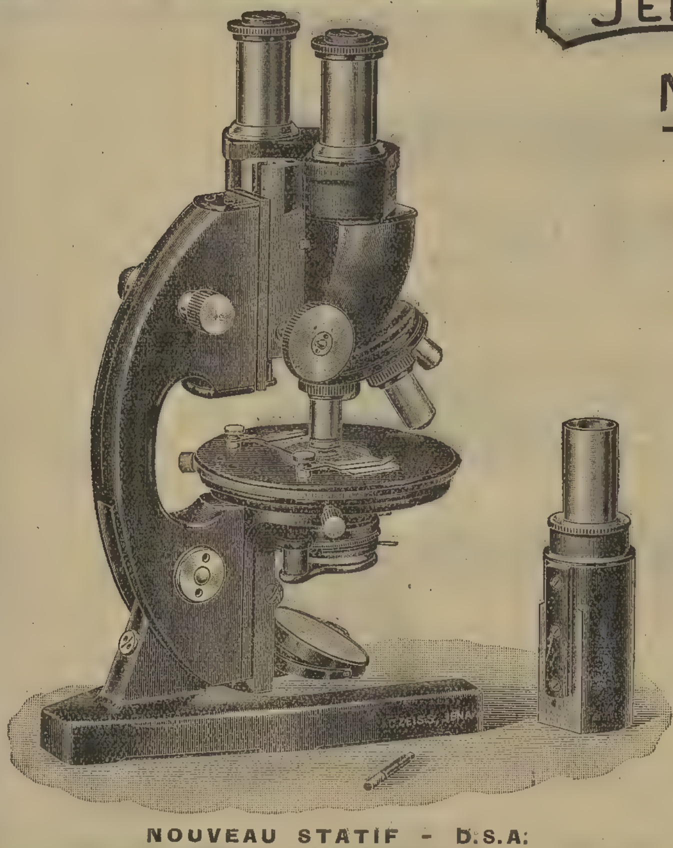
(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 90, p. 1454.

Coprologie microscopique, par M. LANGERON, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, et M. RONDEAU DU NOYER, préparateur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 132 pages avec 129 figures. — Prix de base pour la France : 12 fr., en plus hausse variable (40 p. 100, juillet 1926); prix fixe pour l'étranger : 0 dollar 48. — Paris, Masson et Cie.

Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten, par ORTNER. Bd II, 2 aufl., m. 15, geh., 18 geb. — Berlin und Wien, Urban et Schwarzenberg.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.
Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 15 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic du cancer du rectum. — Signes, diagnostic et complications de la phlegmatia alba dolens. »

MM. Avril, 18; Gomet, 20; Merger, 19; Hébert (J.), 20; Delthil, 22 1/2; Roy (Louis), 17; Duvernoy, 20 1/2; Dufour, 18 1/2; Megnin, 19; Mlle de Mayo, 26.

Séance du 16 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche. — Signes et diagnostic de la péricardite aiguë rhumatismale. »

MM. Périn, 16; Hébert (Roger), 20; Kaufmann, 28; Parent, 12; Porin, 21; Lebel, 19; Mlles Weiss, 25; Lebourdier, 15; MM. Bompard, 19; Joseph, 18.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du clinicat.* — Sont proposés :

Cliniques médicales. — Hôtel-Dieu : MM. Fatou, Surmont, Bouttier, titulaires; M. Pollet, adjoint; Cochin : MM. Hillman, Basch, de Brun, titulaires; Beaujon : M. Marchal, adjoint; Saint-Antoine : M. Weissmann, titulaire.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu : MM. Welti, Breton, adjoints; Cochin : MM. Lascombe, Godard, titulaires; Salpêtrière : M. Thalheimer, titulaire; Vaugirard : M. Chastang, titulaire; M. Ameline, adjoint.

Cliniques spéciales. — Oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) : M. Carréga, titulaire; M. Harburger, adjoint; Maladies nerveuses (Salpêtrière) : MM. Péron et Thévenard, titulaires; Maladies mentales (Sainte-Anne) : MM. Baruk et Lamache, titulaires; Maladies cutanées (Saint-Louis) : MM. Terris, Rime et Lefèvre, titulaires; Maladies infectieuses (Claude-Bernard) : M. Joannon, titulaire; M. Coste, adjoint; Première enfance (Enfants-Assistés) : MM. Debray, Chevalley, Broca (R.), titulaires; Médicale infantile (Enfants-Malades) : M. Boulanger-Pilet, titulaire; M. Lebée, adjoint.

Fondation de la Ville de Paris. — Gynécologique (Broca) : MM. Papillon et Walther, titulaire; Chirurgicale infantile (Enfants-Malades) : M. Aurousseau, titulaire; Propédeutique (Charité) : MM. Durand et Grellety-Bosviel, titulaires.

Fondation du duc de Loubat. — Thérapeutique (Pitié) : MM. Giroux et Théodoresco, titulaires.

— Bordeaux. — Deux emplois d'agrégé de médecine à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux sont déclarés vacants.

Un délai de vingt jours, à dater de la présente insertion au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (*J. O.*, 15 nov. 1926.)

— Lille. — M. Leclercq, agrégé sans limite de temps et chargé de l'enseignement de la médecine légale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, (emploi d'Etat), est nommé, à compter du 1er novembre 1926, professeur de médecine légale et médecine sociale (4e classe) à la Faculté. [Fondation de l'Université.] (*J. O.*, 15 nov. 1926.)

— Nancy. — La chaire d'hygiène et de bactériologie de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs tiires. (*J. O.*, 15 nov. 1926.)

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur André Le Grand est nommé professeur suppléant de physiologie.

M. le docteur Francis Bordet est nommé professeur suppléant et chargé du service de Clinique médicale à l'hôpital de la Charité (aile droite).

M. le docteur J.-B. Rieux, professeur, est chargé d'un enseignement complémentaire à l'asile des Cinq-Plaies.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur L.-H. Goizet (de Paris).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis.) — M. le professeur Jeanselme commencera ses Cliniques le vendredi 19 novembre, à 10 h. 1/2, et les continuera les vendredis, à la même heure, à l'amphithéâtre de la Clinique.

THÉRAPEUTIQUE (professeur : M. Paul CARNOT). — *Conférences sur les progrès récents de la thérapeutique endocrinienne (opothérapie et greffes)* en novembre et décembre les vendredis et samedis, à 17 h., au grand amphithéâtre :

Vendredi 19 novembre : professeur Gley. La physiologie thérapeutique de la thyroïde et des parathyroïdes.

Samedi 20 novembre : professeur agrégé Harvier. Les médications thyroïdiennes et parathyroïdiennes.

Vendredi 26 novembre : professeur agrégé Binet. La physiologie thérapeutique de l'hypophyse.

Samedi 27 novembre : professeur agrégé Baudouin. La médication hypophysaire.

Vendredi 3 décembre : professeur Hallion. La physiologie thérapeutique du pancréas.

Samedi 4 décembre : professeur Rathery. La médication insulinique.

Vendredi 9 décembre : professeur Pézard. Les hormones génitales.

Samedi 10 décembre : docteur Vignes. L'opothérapie génitale.

Vendredi 17 décembre : docteur Gayet. La physiologie thérapeutique des surrénales.

Samedi 18 décembre : professeur Sergent. La médication surrénale.

COURS COMPLÉMENTAIRE D'OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur Vaudescal, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique le jeudi 11 novembre 1926, à 18 h. (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, au même amphithéâtre, à la même heure.

Objet des conférences : Grossesse, accouchement et post-partum normaux. Pathologie de la grossesse.

CONFÉRENCES D'ANATOMIE DESCRIPTIVE. — M. H. Rouvière, professeur, a commencé ses conférences le samedi 13 novembre 1926, à 16 h. (grand amphithéâtre de la Faculté de médecine), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Sujet des conférences : Splanchnologie.

COURS LIBRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le docteur Auvray, chirurgien de l'hôpital Laënnec, commencera ses conférences cliniques, avec présentation de malades, le vendredi 26 novembre, à 11 h. (amphithéâtre Landouzy), et les continuera les vendredis suivants, à la même heure, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Tous les matins, à 9 h. 1/2, opérations et examens de malades dans les salles.

ÉCOLE DES HAUTES-ÉTUDES SOCIALES (16, rue de la Sorbonne, Ve). — Etudes médico-sociales, sous la direction de M. le docteur G. Ichok.

COURS. — L'action médico-sociale, professeur : M. le docteur G. Ichok (5e année du cours). Les mercredis de novembre et décembre, à 17 h. 30.

CONFÉRENCES. — I. La lutte contre le taudis, par M. G. Risler, président du Musée social, président de la section d'hygiène urbaine et rurale du Musée social.

II. L'œuvre de l'Institut Pasteur de Lyon. La lutte contre la tuberculose dans le département du Rhône, par M. le professeur P. Cazeneuve, de l'Académie de médecine, président de la Société d'hygiène publique, industrielle et sociale.

III. Le régime des mœurs en France et à l'étranger. Série d'exposés suivis de discussions, par M. Paul Gemähling, professeur d'économie politique à l'Université de Strasbourg, avec le concours de personnalités appartenant aux mondes médical, juridique et d'action sociale. Les jeudis de mars et avril 1927, à 17 h. 30.

IV. L'inspection du travail, par Mme G. Letellier, inspectrice au ministère du Travail.

V. La médecine de l'esprit, par le docteur Pierre Vachet. Le jeudi, à 17 h. 30, du 3 mars au 7 avril 1927.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDIANTS ET LA MOYENNE DE 7 AUX EXAMENS (1)

L'Union nationale des associations d'étudiants de France a le plaisir d'informer les étudiants en médecine qu'à la suite des démarches entreprises auprès des Pouvoirs publics pour la modification d'urgence du décret du 17 février 1926, M. le ministre de l'Instruction publique a bien voulu, recevant la délégation de l'Association générale des étudiants et de la corporative de médecine, suspendre pour cette année l'entrée en vigueur dudit décret. En conséquence, tous les étudiants de 1re, 2e, 3e et 5e année qui ont échoué à un seul examen pourront réparer cet échec à la « session de février-mars », la moyenne de 7 aux autres examens n'étant plus exigée.

Les effets du décret du 17 février 1926 ne peuvent être suspendus que pour cette année, car ce décret ayant été pris après réunion du Conseil supérieur de l'Instruction publique ne peut être abrogé qu'après avis conforme de ce Conseil et non par simple signature ministérielle.

En ce qui concerne la suppression totale de la « session de février-mars » pour la 4e année, M. le ministre de l'Instruction publique se réserve d'examiner plus profondément la question, étant donné que la modification du 4e examen relève d'un décret antérieur à celui du 17 février 1926.

PIERRE NIGAY,
Secrétaire permanent des Etudes de médecine de l'Union nationale des étudiants de France.

ORGANISATION D'UN REFERENDUM SUR LES ASSURANCES SOCIALES AUPRÈS DE TOUS LES MÉDECINS DE LA SEINE PAR LE SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE.

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, sur la proposition de M. Jayle, a décidé de consulter par la voie du referendum tous les médecins de la Seine sur l'assurance-maladie. Il a nommé une Commission composée de MM. Cibrie, Fanton d'Andon, Hartmann, Jayle, et Jolly qui a établi un texte. Ce texte a été soumis au Syndicat médical de Paris et à la Fédération des médecins de banlieue qui l'ont accepté, si bien que le referendum est fait au nom de ces trois groupements syndiqués de la Seine.

Tous les médecins vont donc être consultés sur cette importante question. Ils recevront, affranchie comme imprimé urgent, une enveloppe contenant un exposé des faits et cinq questions auxquelles ils sont priés de répondre dans le plus bref délai. Il serait très désirable que chacun répondît pour que le législateur soit bien fixé sur la volonté du Corps médical.

Les médecins, qui par un défaut de distributiou postale n'auraient pas reçu le referendum, sont priés de le demander au Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente, Paris (VIe), Fleurus 47-87.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 91, p. 1457.

REVUE GÉNÉRALE

LES ICTÈRES PAR INFLAMMATION CHRONIQUE DU PANCRÉAS

LÉSIONS ANATOMIQUES, CAUSES, SYMPTOMES, ÉVOLUTION

Par M. Pierre MALLET-GUY,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

(*Travail de la Clinique chirurgicale du professeur* L. Bérard.)

Il est fréquent de découvrir des lésions inflammatoires chroniques du pancréas chez des sujets ayant présenté, avant leur mort, le syndrome d'ictère chronique par rétention.

A l'autopsie, la tête du pancréas est augmentée de volume, indurée et l'examen histologique révèle des lésions de sclérose étouffant, de façon plus ou moins marquée, le parenchyme glandulaire.

Le plus souvent, cependant, il ne s'agit là que d'une lésion surajoutée, accessoire et la cause de la rétention biliaire est manifestement représentée soit par un calcul cholédocien, enclavé dans la portion pancréatique du canal, ayant déterminé autour de lui des phénomènes inflammatoires, — soit par une tumeur pancréatique englobée elle aussi dans une gangue réactionnelle de voisinage (dont les observations anatomiques de Roussy sont de bons exemples) — soit enfin par une lésion sténosante de l'ampoule de Vater ayant provoqué, en amont, le long du canal de Wirsung, une sclérose progressive, une pancréatite chronique.

De tels faits sont connus depuis longtemps déjà, l'anatomie pathologique générale, et la pathogénie des pancréatites chroniques ont été mises au point par Lancereaux, Klippel, Carnot, Opie, Gellé, dans toute une série de travaux classiques.

Ces lésions de pancréatite chronique peuvent fort bien se voir même en dehors de toute rétention biliaire : il s'agit là seulement d'une entité anatomo-pathologique dont la traduction clinique reste en général des plus vagues.

Le syndrome, qui nous intéresse, se définit au contraire d'une façon très précise : sous le nom de *pancréatite chronique avec ictère* nous rangeons les seuls faits d'*obstruction cholédocienne, dont la cause ne peut être retrouvée ailleurs que dans une inflammation chronique de la tête du pancréas.*

Il ne suffit pas qu'il y ait coexistence d'un ictère par rétention et d'une pancréatite chronique, il est nécessaire que l'on puisse établir une relation de cause à effet entre le syndrome clinique et la lésion glandulaire.

Riedel apporta, en 1896, les premières observations typiques d'ictère par pancréatite chronique.

Il en donna une excellente et très prudente définition : ce sont, dit-il, des rétentions biliaires sous la dépendance de « tumeurs inflammatoires, susceptibles de régression, de la tête du pancréas ».

Cette formule modeste, qui sert de titre à son travail, résume très exactement la question.

Riedel rappelle que, dans les interventions pour lithiase biliaire, souvent la palpation de la tête du pancréas révèle la présence de lobules indurés qui font penser à de petits calculs. Il montre qu'il peut exister, à un degré plus accentué, de grosses tumeurs qu'il convient d'individualiser, du point de vue chirurgical.

Une de ses observations concerne une femme âgée de cinquante-trois ans, qui fut opérée pour un ictère datant de plusieurs années déjà, et présenta à l'intervention d'une part une vésicule calculeuse, d'autre part une tuméfaction pancréatique. Ce fut l'autopsie qui renseigna sur la nature exacte de cette lésion, montrant seulement un état inflammatoire chronique.

Un autre malade, survécut au contraire à l'intervention qui avait révélé des lésions analogues et de même l'absence de calculs cholédociens. Le diagnostic de cancer, primitivement porté, dut être revisé car, deux ans et quatre mois après l'opération (qui avait consisté en une anastomose de la vésicule avec le duodénum), le sujet était vivant et restait parfaitement guéri.

Ces faits, très scientifiquement observés eurent un grand retentissement d'autant plus que peu après, en 1900, Mayo-Robson publia cinq observations analogues.

Bien vite, la littérature de la pancréatite chronique s'enrichit de la façon la plus copieuse : nous ne voulons pas en refaire ici l'historique détaillé que l'on trouvera parfaitement au point dans la thèse de Desjardins, le rapport de Villar au Congrès français de chirurgie de 1905, les travaux de Walter-Sallis.

De plus en plus, d'ailleurs, l'historique de la question se confond avec celui de la chirurgie biliaire en général.

Nous avons insisté sur ce point dans un travail récent et en l'absence de toute étude d'ensemble du syndrome précis ictère par inflammation chronique du pancréas nous avons dû en rechercher les limites naturelles le séparant de la lithiase cholédocienne et du cancer du pancréas : entre ces deux affections bien connues, s'étend en quelque sorte un terrain vague de la pathologie dont l'ancienne entité anatomique « pancréatite chronique » n'est certes point l'élément le plus clair et le mieux différencié.

Nous avons pu retrouver dans la littérature 106 observations nous semblant indiscutables auxquelles nous avons pu joindre 19 cas inédits, recueillis à Lyon.

Nous avons depuis observé deux exemples nouveaux de ce syndrome, à la clinique de notre maître, M. le professeur Bérard.

I. Lésions anatomiques. — Il convient de distinguer d'une part les lésions générales de l'appareil biliaire et du carrefour sous-hépatique, qui sont d'ordre banal, d'autre part les lésions pancréatiques qui définissent le syndrome.

1° Lésions de l'appareil biliaire et du carrefour sous-hépatique. — Les lésions mécaniques de sténose prédominent au niveau du *cholédoque sus-pancréatique* qui est très dilaté : il présente souvent des parois bleuâtres, très minces, qui le font ressembler à une grosse veine, mais peut également être épaissi, congestionné, ce qui est d'ailleurs exceptionnel, hormis le cas, que nous préciserons plus loin, de lithiase cholédocienne antérieure.

Le *cholédoque pancréatique* peut très souvent ne révéler aucun obstacle serré au cathétérisme chirurgical, et la sonde exploratrice s'engage alors sans difficulté jusqu'au duodénum.

Il pourra cependant, dans certains cas rares, être manifestement rétréci (Quénu, Bret) : coexistence d'un rétrécissement vrai et d'une pancréatite chronique.

Mais en général, ceci est caractéristique, il n'existe pas de lésions pariétales de la voie biliaire, qui est comprimée par la glande digestive qu'elle traverse, comme l'urètre par une prostate adénomateuse. Cette notion est du plus grand intérêt thérapeutique.

La tension élastique de la glande enflammée ne fait donc que comprimer le cholédoque, qui garde des parois saines. Cette compression s'exerce soit en un point relativement limité, soit sur toute la longueur du segment glandulaire du cholédoque (Bérard et Mallet-Guy).

L'ampoule de Vater serait pour certains auteurs (Deaver) le plus souvent anormalement béante, ou au contraire resserrée par une contraction spasmodique.

La vésicule biliaire peut être le siège des diverses lésions suivantes :

1° Distension simple : La paroi vésiculaire est saine, parfois anémiée, se prête bien aux sutures et l'état inflammatoire, que décrivait Desjardins comme un caractère constant des lésions vésiculaires, semble, le plus souvent, être réduit au minimum.

La vésicule a été trouvée seulement distendue, avec parois pratiquement saines, 73 fois 127.

2° Cholécystite chronique non calculeuse. — Lésion rencontrée 23 fois, sous la forme d'une petite vésicule rétractée cachée sous le foie et dans les adhérences, ou encore sous le type, plus caractéristique sans doute, d'une vésicule à la fois dilatée et épaissie, indice d'une rétention biliaire et d'une lésion d'origine inflammatoire (Bérard).

3° Lithiase vésiculaire (31 cas) : non pas une lithiase manifestement secondaire à la rétention biliaire caractérisée par la présence dans une vésicule mince de calculs tout petits et très nombreux, mais des lésions de cholécystite ancienne, ayant manifestement préexisté à l'obstacle interposé sur le cours de la bile.

Dans quelques ictères évoluant depuis de longs mois, *la bile* semble avoir perdu toute tension (Téleky, miss Anderson, Kehr), simple manifestation de l'insuffisance hépatique. Malgré les notions classiques, on peut noter la présence de bile blanche (Santy, Constantini).

Trop rarement fut faite l'étude bactériologique de la bile en rétention qui, une fois, renfermait du coli-bacille (Dujarier), une autre fois, du bacille d'Eberth (Moynihan) et enfin fut trouvée stérile (Santy).

Le *foie* est gros. Il peut être le siège de lésions de cirrhose biliaire ou veineuse (Chabrol) ou de lésions scléreuses d'origine syphilitique (obs. inédite).

Même en l'absence de toute lésion vésiculaire, l'*inflammation du péritoine sous-hépatique* peut être intense, injectant le petit épiploon (Cotte), intéressant naturellement la tête du pancréas (Quénu).

Fréquentes sont, de même, les *lymphadénites sous-hépatiques*, soit qu'il existe une lésion nette de la vésicule, soit que l'on note une infiltration inflammatoire du péritoine sous-hépatique (Deaver). Les ganglions hypertrophiés peuvent participer également à la compression de la voie biliaire principale (Jean).

2° Lésions pancréatiques. — On peut distinguer plusieurs *formes macroscopiques* qui correspondent à un mode particulier de l'inflammation de la glande ou posent un problème différent de diagnostic opératoire.

1° Une forme très intéressante à ce dernier point de vue est le *noyau isolé de pancréatite chronique* cantonné le long de la deuxième portion du duodénum, dans le triangle de Desjardins, ou au contraire sur le trajet pancréatique du cholédoque, remontant parfois avec le canal derrière le duodénum, indurant et tuméfiant le tubercule épiploïque (Bret).

Pratiquement un tel noyau isolé de pancréatite chronique peut apparaître à la palpation chirurgicale soit comme une zone indurée irrégulière et mal limitée, soit encapsulé à la manière d'un adénofibrome du sein (Villard).

Il a été comparé au marron d'Inde, à une olive, à une noix.

Certains protocoles d'autopsie montrent que, suivant sa localisation, ce noyau inflammatoire peut également comprimer les voies excrétrices du pancréas et entraîner une dilatation du canal de Wirsung (Körte, Terrier).

2° Très particulière également est la forme caractérisée par une *inflammation subaiguë massive de la tête du pancréas*. Toute la partie céphalique de la glande est augmentée manifestement de volume et présente une réaction péritonéale parfois assez vive : coloration rouge ou rosée de la tumeur, œdème sous-péritonéal (Villard) qui se propage aux organes voisins, au duodénum par exemple. Cette tumeur est ferme, rénitente, restant élastique.

3° Au contraire la forme anatomique la plus banale, *la pancréatite chronique indurée classique de la tête* ne correspond pas toujours à une grosse hypertrophie, mais dans tous les cas à une induration des plus nettes de la tête du pancréas.

Elle constitue une masse homogène ou plus souvent bosselée comme un sac de billes, dont les dimensions, très variables, avons-nous dit, peuvent parfois être considérables : tumeur de la grosseur du poing ou même des deux poings. La consistance est dite « de pierre, de bois, de fer ». Parfois des points particulièrement durs laissent croire à la présence de calculs (Ferron).

Souvent une gangue inflammatoire fixe la tête du pancréas ainsi indurée sur les plans profonds, rendant très difficile ou même interdisant le décollement pancréatique. Mais dans quelques cas, la tumeur reste mobile (Deaver).

4° *La pancréatite totale symétrique* représente une forme très intéressante tant au point de vue du diagnostic opératoire qu'à celui du mécanisme de l'inflammation glandulaire : le pancréas est pris en masse — tête, corps et queue — fait saillie sous le petit épiploon.

La réaction peut être absolument symétrique ou, au contraire dominer en certains points de la glande enflammée en masse (Owen, Bredel, Ehler).

L'histologie pathologique des pancréatites chroniques avec ictère montre la très grande fréquence des *lésions interstitielles non systématisées* (Lecène, J.-F. Martin) : sclérose pénétrant dans les lobules, dissociant les acini, dont le parenchyme garde son intégrité anatomique, et, semble-t-il, son plein fonctionnement. Les îlots de Langherans, loin d'être raréfiés, semblent même plus abondants que normalement. Ces lésions de sclérose ne sont pas dirigées par le système excréteur de la glande, il n'existe aucune systématisation de la réaction conjonctive.

Au contraire, *beaucoup plus rarement, la pancréatite interstitielle est péricanaliculaire,* et le canal pancréatique présente lui-même une inflammation chronique nette (Quénu). Il est évident que ces deux

types de lésions correspondent à une modalité différente de l'inflammation chronique du pancréas.

L'étape terminale des lésions histologiques est la *sclérose atrophique, détruisant le parenchyme*, ce qui est rare : les acini ont disparu, sont atrophiés ou réduits et comprimés par un tissu conjonctif dense (Schmidt, Téleky).

L'histologie peut révéler la nature même de l'inflammation pancréatique, exceptionnellement des *lésions bacillaires* (dont, on le sait, le seul caractère réellement indiscutable est la mise en évidence directe ou indirecte du bacille de Koch au niveau de la trame conjonctivo-vasculaire). De façon plus intéressante, des *lésions syphilitiques*.

Nous avons, à ce point de vue, indiqué, avec M. le professeur agrégé Favre, la possibilité d'ictères par lésions de sclérose avec édification épithéliale réactionnelle pseudo-néoplasique du pancréas. Ces lésions se rapprochent du pseudo-épithélioma pulmonaire syphilitique de l'adulte (Favre et Savy). Dans l'un et l'autre cas, on retrouve dans les préparations les images caractéristiques, soit des grands sclérokystes, soit des néoformations glandulaires multiples.

II. **Causes.** — L'étude des lésions anatomiques a montré l'importance du rôle des *affections biliaires* dans la pathogénie des pancréatites chroniques avec ictère.

La *lithiase biliaire*, dans sa forme cholédocienne, est au premier rang des affections causales des pancréatites chroniques en général, mais, au point de vue qui nous intéresse, seuls peuvent être retenus les cas de pancréatite « survivant » à l'évacuation d'un calcul de la voie biliaire principale et continuant à évoluer par elle-même (Hartmann, Arnsperger, Dieulafoy et Gosset).

La *cholécystite chronique*, calculeuse ou non calculeuse, est par contre la cause la plus fréquente du syndrome précis « pancréatite chronique avec ictère ». Par quelles voies se propage l'infection de la vésicule à la tête du pancréas ? *Par le cholédoque*, a-t-on prétendu d'abord, l'inflammation se faisant de proche en proche ou bien par l'intermédiaire de la *bile refluant dans le canal de Wirsung*; le plus souvent par *voie lymphatique* (Körte, Thiroloix, Mlle Maugeret, Arnsperger, Deaver), la chaîne ganglionnaire du petit épiploon constituant un relais au niveau duquel pourra persister, après cholécystectomie, l'infection.

En faveur de cette hypothèse « lymphatique », plaide la fréquence des adénites du petit épiploon et surtout la localisation même de la sclérose qui, avons-nous vu, est diffuse, non systématisée et, dans la très grande majorité des cas, non dirigée par le système excréteur de la glande pancréatique.

Parmi les causes connues du syndrome ictère par inflammation chronique du pancréas, il convient de placer, après les affections biliaires, les *infections spécifiques*. La syphilis peut donner des gommes comprimant le cholédoque (Trinkler), des lésions histologiquement spécifiques, ou encore rester masquée sous l'apparence d'une sclérose banale que seule la connaissance des circonstances étiologiques permet de rapporter à sa véritable origine (Barling, Terrier, Thomson, Castaigne et Dujarier, White, Alamartine, Aigrot). Le traitement d'épreuve a pu préciser un diagnostic douteux en hâtant notablement la guérison (observation inédite).

La *tuberculose* semble plus rarement intervenir dans la pathogénie de ce syndrome. La caséification du noyau inflammatoire chronique peut en affirmer la nature bacillaire (Mayo, Villaret et Chabrol).

Dans d'autres cas, coexistent des lésions tuberculeuses pulmonaires (Delore).

Le problème pathogénique, relativement simple dans ces deux groupes de faits (affections biliaires, infections spécifiques), devient beaucoup plus complexe dans un groupe important de cas où la *cause semble rester parfaitement indéterminée.*

Les *documents anatomiques*, qui pourraient servir à orienter vers la solution du problème, sont des plus pauvres. Le seul point que l'on puisse retenir est le suivant :

Dans le quart des pancréatites chroniques sans lésion vésiculaire apparente, existent des réactions inflammatoires du péritoine sous-hépatique, avec lesquelles coïncide souvent une adénopathie du petit épiploon. On ne se trouve donc plus en présence seulement d'une pancréatite chronique isolée, mais bien d'un état inflammatoire généralisé à tout le carrefour sous-hépatique, et dont la pancréatite n'est plus alors qu'un élément particulier.

Le problème est d'ailleurs seulement alors reculé d'une étape, mais point tranché. Quelle est l'origine de cette inflammation sous-hépatique : lésions discrètes de la vésicule, de l'appendice, de l'intestin (Deaver)? Ne s'agit-il point d'un état inflammatoire secondaire à la pancréatite, ou au contraire est-ce la péritonite sous-hépatique qui, première en date, se propage aux viscères sous-jacents ? (Pourtroy.)

Peu précis sont aussi trop souvent les *documents étiologiques.*

La notion d'âge ne donne aucune indication puisque l'âge des malades oscille entre huit et soixante-quatorze ans. On ne peut dire en particulier à quoi correspondent les formes de l'enfant (Phélip, Lavenson).

La femme est plus souvent atteinte que l'homme, mais sans qu'il y ait une forte disproportion.

Sept fois se retrouve dans les antécédents la notion d'une typhoïde antérieure, et, dans plus de la moitié des cas, sans lésion grossière des voies biliaires. L'existence d'incontestables *pancréatites typhiques* est prouvée par la mise en évidence dans la bile vésiculaire du bacille d'Eberth (Moynihan). Ce que l'on sait de la persistance prolongée de ce bacille dans la vésicule permet d'interpréter d'autres cas où des délais assez longs ont séparé la typhoïde du début de l'évolution clinique de la pancréatite chronique (Griffiths, Patel).

En dehors de ces faits, il est bien difficile de préciser l'origine d'une proportion encore notable de cas de pancréatite chronique avec ictère. Notons encore la possibilité de coexistence d'une *inflammation duodénale* qui a été *vue* une fois (Delore) mais *supposée* et incriminée bien souvent. Nous sommes alors dans le domaine des discussions théoriques pures : l'alcoolisme, facteur dont nous n'avons pas noté la particulière fréquence, déterminerait une duodénite qui, elle-même, provoquerait une inflammation chronique du pancréas par l'intermédiaire, soit d'une infection biliaire, soit d'une inflammation sous-péritonéale et ganglionnaire, soit, enfin, par voie canaliculaire ascendante.

Cette dernière hypothèse, à laquelle se rattache la notion du triangle d'infection (Desjardins), a un grand intérêt dans la détermination du processus des scléroses dans certains diabètes (Gellé) : « La

notion des infections ascendantes domine toute la pathologie du pancréas », a pu dire Carnot.

Cependant, il semble, dans la très grande majorité des cas, s'agir ici d'un tout autre mécanisme, l'intégrité du système excréteur de la glande, l'absence habituelle de toute systématisation de la sclérose interdisant la généralisation de cette théorie à la pathogénie du syndrome que nous étudions.

On a cependant essayé récemment de renouveler cette hypothèse en faisant intervenir comme élément essentiel l'état de la papille de Vater : dilatée, elle laisserait refluer le contenu duodénal dans le canal de Wirsung et y déterminerait des lésions inflammatoires chroniques ; fermée par un spasme entretenu par la duodénite elle-même, la papille permettrait, provoquerait même le reflux de la bile dans le canal de Wirsung, ce qui entraînerait les mêmes lésions pancréatiques.

Cette interprétation, empruntée à la pathogénie des pancréatites hémorragiques, ne nous semble pas recevable pour expliquer dans sa généralité la genèse des pancréatites chroniques avec ictère dont la cause n'est point manifeste.

Il est aussi plausible d'admettre qu'il peut s'agir d'une infection d'origine sanguine, mais le plus sage est sans doute d'admettre que, dans un certain nombre de cas, on ne sait rien de la pathogénie de l'infection.

Comme il est nécessaire, au point de vue chirurgical, d'admettre une hypothèse qui puisse diriger le traitement, il nous semble que dans le doute c'est à une infection partie de la bile vésiculaire qu'il faut croire. Ce n'est là évidemment qu'une hypothèse de travail que rien ne prouve, mais que justifie, dans une mesure suffisante, la grande fréquence des lésions manifestes de la vésicule à l'origine du syndrome ictère par pancréatite chronique.

III. **Symptômes.** — Les difficultés du diagnostic étiologique précis d'un ictère chronique, les nombreuses possibilités d'erreur, ici particulièrement multipliées, exigent une analyse minutieuse des signes qui peuvent être plus ou moins caractéristiques de la pancréatite chronique, cause de la rétention biliaire.

Le malade se présente avec un ictère chronique par rétention datant souvent de quelques mois et qui a été précédé de signes, surtout fonctionnels, réalisant par leur ensemble la *période de début*.

Cette phase initiale peut se montrer sous deux formes assez dissemblables.

Dans un premier groupe de faits, depuis de longues années, existent des *signes de cholécystite chronique*, douleurs, troubles digestifs, sur lesquels viennent se greffer les premières manifestations de l'atteinte du pancréas : crises douloureuses d'une intensité anormale ou répétées avec une fréquence inaccoutumée, ictère passager, frissons et poussées thermiques faisant parfois songer à des crises de fièvre intermittente.

Ainsi, dans cette forme de cholécysto-pancréatite avec ictère, la phase de début est marquée par la substitution progressive des crises douloureuses pancréatiques aux coliques vésiculaires et par la superposition de signes cholédociens.

En même temps l'état de la malade s'aggrave nettement, les troubles digestifs s'accentuent, l'amaigrissement, l'asthénie apparaissent. Tandis que, jusque-là, la maladie vésiculaire était bien supportée et permettait, entre les crises, à la femme de mener sa vie habituelle, l'apparition clinique de la pancréatite chronique l'oblige souvent à cesser assez vite son travail et à s'aliter.

Ce mode de début est particulièrement net dans les cas de cholécystite lithiasique, il peut ne se manifester que de façon très atténuée ou même faire défaut lorsqu'il s'agit d'une cholécystite chronique non calculeuse, laissant alors parfois quelques doutes sur l'antériorité de la maladie vésiculaire.

Lorsque les symptômes d'une affection antérieure ne se superposent pas à ceux de la phase d'installation de la maladie pancréatique on peut retrouver dans toute leur pureté ses premières manifestations cliniques.

La période de début est alors caractérisée par des crises douloureuses abdominales, et certains signes progressifs, mais encore discrets dans leur intervalle.

Cinq ou six mois avant le début de l'ictère chronique, parfois un an et demi, deux ans, huit ans (Villard) auparavant surviennent de façon à peu près constante des *crises douloureuses* dont seul le degré est variable. La crise survient le plus souvent sans rapport direct avec l'ingestion alimentaire. La douleur siège de façon élective au creux de l'estomac, elle s'étend à droite, mais aussi sous le rebord costal gauche (Bérard) et s'irradie avec une fixité particulière en arrière, dans la région lombaire, parfois entre les deux épaules. Elle reste en tous cas, avant tout, médiane, et la sensation de transfixion qui l'accompagne a pu la faire confondre avec la douleur d'un ulcère pénétrant de la petite courbure.

La crise dure quelques heures, elle peut augmenter d'ailleurs de durée à mesure qu'évolue la maladie. Rares sont les vomissements. Parfois une élévation thermique peut suivre la crise douloureuse, à 38°, 38°5 et s'annonce par des frissons. Il est rare que l'ictère se montre déjà.

Ces épisodes douloureux, très irréguliers dans leur répétition, laissent souvent, après eux, des signes digestifs et généraux progressifs : dégoût pour la graisse et la viande, anorexie, nausées, perte des forces, amaigrissement.

L'ictère peut exceptionnellement être le premier signe, précédant même les douleurs. Il peut se montrer de façon fugace avant de s'installer définitivement, mais le plus souvent les signes de rétention biliaire apparaissent pour ne plus quitter la scène, à la suite d'une crise douloureuse particulièrement intense et prolongée.

La *période d'état* est essentiellement définie par l'*ictère par rétention* qui, une fois apparu, intermittent ou progressif, ne se plie à aucune règle fixe, échappe à toute description systématique. Il reste peu intense ou, au contraire, se fonce peu à peu jusqu'à virer à l'ictère noir.

La vésicule est, soit distendue, soit au contraire rétractée, ce qui est, évidemment, plus fréquent dans les cholécysto-pancréatites. La syphilis pancréatique avec ictère donne, au contraire, une grosse vésicule.

Les crises douloureuses, atténuées, laissent comme témoin une contracture localisée de la paroi épigastrique, douloureuse à la palpation. Le point précis de la douleur provoquée est variable — il est rare d'ailleurs que l'on puisse nettement le localiser. La notion d'une zone douloureuse, objectivée par la contracture importe seule. Il est exceptionnel que l'on perçoive une tumeur.

La température reste normale dans son ensemble, mais un tracé thermique, systématiquement pris, met en évidence quelques clochers, espacés à intervalles de huit à dix jours. Les formes syphilitiques du syndrome que nous étudions sont généralement exemptes de réactions thermiques et de frissons.

L'amaigrissement devient souvent très notable : 10, 15, 20 kilogrammes et l'asthénie peut être très marquée. La diarrhée pancréatique est très rare, ce qui d'ailleurs était à prévoir, étant donné l'intégrité histologique du parenchyme glandulaire, généralement conservée.

Cliniquement, le syndrome ictère par inflammation chronique du pancréas peut ainsi se présenter suivant sa cause, l'état des lésions qui le conditionnent, l'absence ou la présence de certains symptômes, sous trois aspects cliniques :

1. Tableau presque pur d'une lithiase cholédocienne.

2. Syndrome de lithiase cholédocienne mais avec une grosse vésicule, des douleurs à siège anormal.

3. Signes de cancer du pancréas au contraire auxquels seuls l'examen méthodique et l'interrogatoire systématique permettront d'ajouter quelques signes discordants : variations de l'ictère, frissons, clochers thermiques, douleurs...

Il convient de mentionner une quatrième forme clinique caractérisée par la substitution à l'ictère de son équivalent physiologique la *fistule biliaire*, reliquat d'une intervention pour lithiase cholédocienne compliquée d'une pancréatite chronique de voisinage (que par exception le drainage cholédocien n'aura pas fait céder).

Les *épreuves de laboratoire*, qui peuvent être très intéressantes pour étudier l'évolution postopératoire d'une pancréatite chronique, n'ajoutent qu'un bien modeste appoint à l'étude clinique que nous venons de faire.

La glycosurie est exceptionnelle.

L'enthousiasme suscité par certaines réactions dites « pancréatiques » telles que la réaction de Cammidge est bien tombé, mais le *tubage duodénal* permet de recueillir quelques précisions physiologiques intéressantes :

— Rendre plus probable l'hypothèse d'un obstacle inflammatoire, dans le cas d'une rétention incomplète, par l'étude microscopique et bactériologique de la bile excrétée ;

— Déterminer le déficit pancréatique de façon, non point quantitative, mais seulement grossière et approximative, l'étude des digestions artificielles offertes au liquide duodénal permettant d'affirmer ou de nier l'existence de la trypsine, non d'en mesurer la valeur diastasique absolue ;

— Permettre aisément l'étude radiologique de l'anse duodénale au moyen d'injection opaque, faite par le tube (Chabrol) et, éventuellement, mettre en évidence une hypertrophie massive de la tête pancréatique refoulant le duodénum.

Dans le cas de fistule biliaire, l'exploration radiologique du trajet après injection opaque pourra montrer l'image de la sténose du cholédoque comprimé dans son passage pancréatique (obs. de Bérard et Mallet-Guy).

IV. **Évolution**. — L'évolution spontanée de la pancréatite chronique avec ictère paraît progressive, mais longue : le syndrome de rétention biliaire a pu ainsi persister chez certains malades un an, quatorze mois, deux ans, quatre ans, sept ans...

On a prétendu que, toujours, la lésion chronique était précédée d'une *phase aiguë*. Ce qui semble plus fréquent, c'est la possibilité d'évolution par poussées successives, dont la trace se retrouve dans l'interrogatoire du malade. Il est exceptionnel que l'on puisse saisir à son stade initial le syndrome de pancréatite chronique sténosante. Nous estimons cependant, à la lecture des observations publiées, que le début de la lésion est insidieux et, dès l'origine, les symptômes intermittents.

Nous croyons avoir observé, dans un cas, publié avec notre maître le professeur Bérard à la Société de chirurgie de Lyon, les stades initiaux préictériques d'une pancréatite chronique.

D'abord manifestée par des troubles digestifs vagues, elle entraîna des crises douloureuses biliaires du type que nous avons décrit, fut opérée alors et guérit : la radiologie des voies biliaires montra une sténose marquée du cholédoque intrapancréatique, qui aurait vraisemblablement évolué en entraînant une rétention biliaire. Aucun phénomène aigu n'avait marqué le début de la pancréatite chronique.

La pancréatite chronique abandonnée à elle-même peut *s'aggraver* : outre les dangers évidents de la persistance indéfinie de la rétention biliaire, elle expose aux deux modalités évolutives suivantes :

1° **Atrophie progressive de la glande**, dont nous avons passé en revue le processus anatomique. A ces formes ultimes, pratiquement très rares, chez lesquelles la sclérose étouffe et supprime le parenchyme glandulaire, correspondent les faits cliniques, exceptionnels, eux aussi, de déficit glandulaire exo et endocrine, que peut parfois réaliser la syphilis.

2° **Aggravation progressive du procesuss inflammatoire**, qui entraîne la compression des organes voisins, du duodénum (Delore, Niederle) et parfois aussi de la veine cave inférieure (Vautrin). Une telle forme grave évolutive pourra se compliquer de suppuration : on trouve alors, à l'autopsie, au centre du foyer de pancréatite chronique un abcès (Schmidt, miss Anderson, Delore).

Cependant, la caractéristique essentielle des pancréatites chroniques avec ictère est la *curabilité*, notion qui domine leur traitement. Elles sont de façon très certaine, hautement curables par les méthodes chirurgicales, par le drainage biliaire particulièrement. Le sont-elles aussi *spontanément*, ou sous l'action d'un seul traitement médical ? Il est très difficile de trancher ce problème, car on ne peut parler de « pancréatite chronique » qu'avec des preuves indiscutables à l'appui et il semble difficile, en dehors de l'opération ou de l'autopsie, de recueillir par l'examen clinique ou même par les méthodes modernes d'exploration biliaire et duodénale des arguments d'un poids suffisant.

Il est vraisemblable que les syphilis pancréatiques avec ictère peuvent retirer grand bénéfice d'un traitement spécifique. D'autre part, certains faits de guérison, après laparotomie exploratrice ou après intervention ne dérivant pas le cours de la bile et n'exerçant pas une action directe sur le pancréas (telle qu'une cholécystectomie simple), semblent bien démontrer la possibilité de guérison spontanée des inflammations chroniques du pancréas comprimant le cholédoque.

Owen systématisa, de façon quelque peu paradoxale, cette notion de facile curabilité sous l'in-

fluence de la laparotomie exploratrice : il se fit le défenseur de cette intervention irrationnelle, disant qu'il existait plusieurs formes de pancréatite chronique, que l'une d'entre elles, catarrhale, peut s'améliorer après une laparotomie simple, tandis que l'autre nécessite le drainage biliaire.

L'absence de lésion pariétale, définitive, du cholédoque, — seulement comprimé, aplati par l'hypertrophie inflammatoire de la glande qu'il traverse — permet aisément de comprendre *le mécanisme de la guérison opératoire par simple drainage extérieur de la bile.*

Le rôle essentiel, que jouent les inflammations vésiculaires dans la pathogénie de la pancréatite chronique, explique que, dans plus de la moitié des cas où elle a été pratiquée, la cholécystostomie, opération la plus simple et la plus bénigne, ait entraîné une guérison complète et rapide, et que dans un quart encore des cas ainsi opérés, seule persista quelque temps une fistule incomplète alors que la lésion pancréatique était guérie et avait rendu à la bile son passage normal.

Les formes les plus curables paraissent être celles qui ne s'accompagnent d'aucune lésion vésiculaire manifeste.

Dans un certain nombre de faits, la cholécystotomie a une valeur curative trop faible, spécialement lorsqu'une cholécystite ancienne a été trouvée à l'intervention. Mais dans ces cas, sauf exception, l'inflammation du pancréas et la compression du cholédoque qu'elle entraîne cédera toujours à la thérapeutique beaucoup plus puissante, que constitue l'opération de Kehr.

Il est aisé de suivre l'évolution postopératoire des pancréatites chroniques lorsqu'un drainage externe a été pratiqué.

La fermeture de la fistule biliaire, ou bien le rétablissement de la circulation normale, malgré la persistance d'une fistule partielle, établissent bien la fin de la sténose de la voie biliaire principale.

Tout autre est le problème posé par la création d'une *dérivation interne*, en l'espèce le plus souvent une cholécystogastrostomie. Nous avons montré (Barbier et Mallet-Guy) qu'il était cependant possible de suivre, grâce au tubage d'Einhorn, le retour possible de la perméabilité cholédocienne, malgré l'inondation biliaire gastrique que détermine l'anastomose. D'autre part — et c'est là un signe capital — l'on peut également démontrer, tant par la comparaison des milieux gastrique et duodénal que par l'exploration radiologique (Mallet-Guy et Beaupère), l'oblitération de la bouche anastomotique, signe indiscutable de la résolution de l'obstacle pancréatique, si l'opéré est resté guéri.

Il serait très simple de se faire une idée précise sur l'évolution d'une pancréatite chronique, si celle-ci présentait comme signe constant une altération de la sécrétion trypsique. Ce serait également d'un grand intérêt pour résoudre le problème, si souvent ardu, du diagnostic. Or, nous avons dit que le déficit de la sécrétion pancréatique était généralement nul. Ce ne sera donc que dans de rares cas (Bérard et Mallet-Guy) que la surveillence de la valeur digestive du suc pancréatique permettra de suivre l'évolution de l'inflammation glandulaire.

Nous ne voulons pas reprendre ici, en détail, l'étude comparée des résultats du drainage biliaire externe et des anastomoses avec le tube digestif. Disons seulement que chacune de ces interventions s'adresse à une catégorie différente de malades — qu'il est des sujets que ne guérit pas la cholécystostomie et que guérira une anastomose itérative, — qu'il existe par contre d'autres malades, présentant sans doute des lésions particulièrement inflammatoires, que la cholécystogastrostomie n'améliore point et pourra même laisser évoluer vers la suppuration.

BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques concernant les auteurs cités dans cette Revue générale ont déjà été publiées par nous dans les travaux suivants :

P. Mallet-Guy. *Pancréatites chroniques avec ictère, causes, diagnostic et traitement. Valeur et résultats éloignés de la cholécystogastrostomie*, préface de M. le professeur Bérard, Paris 1925, 308 pages et 8 hors-texte, Masson et Cie, édit.

Villard, Savy et Mallet-Guy. Pancréatite chronique avec ictère. Cholécysto-gastrostomie, *Soc. méd. et sc. méd.*, 27 mai 1925; *Lyon méd.*, 1925.

Barbier et Mallet-Guy. L'exploration gastro-duodénale par le tube d'Einhorn, *Soc. de méd. et sc. méd.*, 17 juin 1925; *Lyon méd.*, 1925, t. CXXXVI, p. 720-725.

Bérard et Mallet-Guy. Pancréatite chronique avec ictère guérie par la cholécystostomie, *Soc. de chir. de Lyon*, 25 juin 1925; *Lyon chir.*, 1925.

Barbier et Mallet-Guy. Valeur du tubage duodénal dans le diagnostic des rétentions cholédociennes, *Journ. de méd. de Lyon*, 5 janv. 1926, p. 25-28.

Bérard et Mallet-Guy. Syndrome vésiculaire pseudo-lithiasique lié sans doute à l'évolution d'une inflammation chronique du pancréas, *Soc. de chir. de Lyon*, 3 juin 1926; *Lyon chir.*, 1926.

P. Mallet-Guy. Eléments de diagnostic du syndrome pancréatite chronique avec ictère, *Soc. de méd. et sc. méd.*, 9 juin 1926; *Lyon méd.*, 1926, t. CXXXVIII, p. 241-250.

P. Mallet-Guy et Beaupère. Exploration radiologique des bouches de cholécystogastrostomie, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juin 1926, t. XVI, p. 686-706.

P. Mallet-Guy. Conditions et possibilités de diagnostic des pancréatites chroniques avec ictère, *Arch. franco-belges de chir.*, 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1926)

Sur un signe biologique marquant le retour de la respiration spontanée dans les cas de mort apparente. — M. Stefan Jellinek. L'ultime signe de vie donné par l'homme et l'animal au moment de sa mort n'est pas « le dernier souffle », mais presque toujours le mouvement de déglutition lui succédant dans un intervalle de quelques secondes.

Ce dernier mouvement observé sur les mourants, on peut l'observer sur les hommes et les animaux en état de mort apparente comme *primum revivens*. M. Jellinek l'interprète comme le premier signe du retour à la vie précédant de quelques secondes la respiration spontanée. Il est de première importance; car s'il se produit, la respiration spontanée ne manque pas de réapparaître immédiatement ou au bout de quelques secondes. La continuation des essais de réanimation, malgré ce signe, met le succès en danger, car tout mort apparent est non seulement gravement malade mais malade mortellement.

Sur la formation des abcès de fixation. — M. Auguste Lumière et Mme Montoloy apportent quelques éclaircissements au mécanisme de la formation des abcès de fixation. Prenant pour base les principes de la théorie colloïdale formulée par M. A. Lumière, les auteurs constatent tout d'abord que certains microbes sont pathogènes parce que leurs produits d'excrétion, réagissant sur les colloïdes du plasma sanguin, donnent des floculats qui dérèglent l'équilibre des fonc-

tions de la vie organo-végétative par suite des excitations qu'ils exercent sur les terminaisons nerveuses endo-vasculaires du sympathique; ils occasionnent par ce processus les symptômes pathologiques propres aux affections microbiennes aiguës.

Ces floculats ainsi que les microbes qui peuvent se rencontrer dans le sang sont éliminés par les macrophages qui les englobent, les digèrent ou les expulsent par diapédèse.

L'inaptitude des leucocytes à former des abcès proviendrait du fait que ces cellules occupées à l'enrobement, à la digestion et à l'élimination des matériaux floculés auraient perdu leur tropisme habituel.

PRIX DÉCERNÉS PAR L'ACADÉMIE DES SCIENCES EN 1926

PRIX MONTYON (médecine et chirurgie). — Des prix de 2.500 francs sont décernés : 1° à MM. Maurice Blanchard et Gustave Lefrou, de l'Institut Pasteur de Brazzaville; 2° à MM. Louis Fournier, médecin à l'hôpital Cochin, et Louis Guénot, assistant à l'hôpital Cochin; 3° à M. Etienne Burnet, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

Des mentions honorables de 1.500 francs sont attribuées : 1° à M. le docteur Jules Le Calvé; 2° à M. le docteur W.-B. Palgen, de la Faculté de pharmacie de Nancy; 3° à M. Alfred Weiss, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Strasbourg, pour ses recherches cliniques et expérimentales sur la colectomie.

Des citations sont décernées : à MM. Maurice Cuvigny, Leroux-Robert, Raymond Turpin, Marcel Sendrail, Charles Dejean.

PRIX BARBIER (2.000 fr.) décerné à MM. Jules Bridé, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris, et André Donatien, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur d'Algérie.

PRIX BRÉANT. — Un prix de 3.500 fr. est décerné à M. Yves Kermorgant; un prix de 1.500 fr. à M. Charles Pérard, vétérinaire sanitaire de la Ville de Paris.

PRIX GODART (1.000 fr.) attribué à M. Christian Champy, professeur agrégé de la Faculté de médecine. Une mention honorable à M. Jacques Benoit, préparateur d'histologie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

PRIX MÈGE (300 fr.) à M. Alberico Benedicenti, professeur de pharmacologie à l'Université de Gênes.

PRIX BELLION (1.400 fr.) décerné à M. S. Nicolau, assistant à l'Institut Pasteur.

PRIX LARREY (750 fr.) attribué à MM. Charles Spire, médecin principal de 2e classe, et Pierre Lombardy, médecin-major de 2e classe.

PRIX MONTYON (physiologie, 1.500 fr.) partagé entre MM. Marcel Duval, docteur ès sciences; Auguste Quidor, professeur à l'Ecole Colbert, et Marcel Hérubel, préparateur à la Faculté des sciences.

PRIX LA CAZE (10.000 fr.) décerné à M. Georges Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

PRIX POURAT. — Un prix de 1.000 fr. décerné à M. Stefan Mutermilch, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; un prix de 1.000 fr. à M. Albert Berthelot, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

PRIX MARTIN-DAMOURETTE (1.400 fr.). — Prix partagé entre MM. Henry Chabanier, chef de laboratoire à la Faculté de médecine; Maurice Chiray, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et Yon Pavel, assistant à la Faculté de médecine de Bucarest.

PRIX PHILIPEAUX (900 fr.) attribué à M. Henri Simonnet, docteur ès sciences naturelles. Une mention honorable à M. Emile Wagner, vétérinaire-major de 2e classe.

PRIX FANNY EMDEN (3.000 fr.) partagé entre MM. Louis Delherm et Albert Laquerrière, électroradiologistes des hôpitaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1926)

Antisepsie des voies urinaires par le salol. — M. Pierre BAZY. Le salol est un antiseptique puissant dans les infections urinaires. Il agit avec un succès constant pour supprimer ou prévenir les accès de fièvre qui accompagnent assez fréquemment les cathétérismes dilatateurs chez les porteurs de rétrécissement urétral infectés. Il est le plus puissant des antiseptiques dans les infections urinaires aiguës. Il peut donner des résultats supérieurs aux autres antiseptiques dans les infections à allure apyrétique ou chronique.

Pour agir, il doit être donné à des doses assez élevées : 2g50 à 3 grammes par vingt-quatre heures. Il est bien toléré par les voies digestives et ne provoque qu'exceptionnellement des phénomènes d'intoxication.

Le Congrès international de la tuberculose de Washington. — M. Léon BERNARD résume les travaux de la cinquième conférence de l'Union internationale contre la tuberculose qui vient d'avoir lieu à Washington. Trois questions y ont été traitées et discutées : le rôle de la contagion chez l'adulte, rapportée par Ronzoni; la structure anatomique du tubercule depuis sa formation jusqu'aux cavernes, rapportée par Allen Krause; la tuberculose et le lait, rapportée par W. Park.

L'Union internationale a décidé de modifier ses statuts en vue d'universaliser sa composition, et de tenir sa prochaine conférence à Rome, en 1928.

L'auteur insiste sur l'accueil chaleureux réservé aux Français par leurs confrères américains, au lendemain de l'hospitalité si cordiale qu'ils avaient reçue au Canada, ainsi que sur la fidélité de l'amitié américaine envers la France.

Pour finir il examine rapidement trois questions actuellement débattues aux Etats-Unis : le déclin de la mortalité tuberculeuse, qu'il attribue pour une part prépondérante aux efforts de la lutte antituberculeuse menée là-bas par les services publics d'hygiène en coopération avec la puissante Association nationale de la tuberculose, dont le Congrès fort intéressant a suivi la Conférence internationale; — la tentative d'application des méthodes de médecine préventive aux cardiopathes; — enfin l'évolution actuelle de la prohibition, qui semble marcher vers la faillite.

Par contre, l'ensemble des institutions publiques et privées d'hygiène, des installations universitaires médicales, les solutions administratives du problème de la population demeurent des modèles incomparables.

Les Botocudos du Brésil et les femmes à plateaux des Saras Djingés du Chari (Afrique équatoriale). — A l'aide d'un film très curieux et de belles projections, M. CAPITAN montre que la mode africaine qui consiste à déformer les lèvres pour y enchasser des plateaux de bois ayant jusqu'à 25 centimètres de diamètre, se retrouve aussi chez certains indigènes du Brésil. Faut-il en conclure qu'il y a eu des relations entre le vieux monde et l'Amérique du Sud avant la découverte de Christophe Colomb?

Note sur les infections septicémiques à bacilles de Friedlander. — MM. Georges BROUARDEL et Jacques RENARD présentent quelques remarques sur cette modalité clinique des infections à bacilles de Friedlander. Ils se demandent tout d'abord si la multiplicité des cas publiés depuis quelques mois est due comme on l'a pensé, soit à une diffusion plus grande du germe incriminé, soit à un accroissement de sa virulence à Paris. Tout en considérant la chose comme possible, ils croient plutôt que c'est la pratique de l'hémoculture faite systématiquement dans les infections fébriles qui permet de rapporter à leur véritable cause des infections sans cela restées indéterminées ou qualifiées faussement.

D'après les cas qu'ils ont observés, ils font un tableau clinique succinct de cette forme de l'infection à bacilles de Friedlander, dont aucun symptôme n'est pathognomonique; la seule certitude est donnée par l'hémoculture, facile à pratiquer, rapide, exubérante, sur tous les milieux usuels.

L'utilisation des méthodes de sérologie indirecte comme l'agglutination ou la déviation du complément ne leur a pas donné de résultat.

La terminaison fatale est à peu près la règle, la thérapeutique est décevante, les vaccins préparés ont été sans effet.

Il convient de signaler que dans certains cas, pendant la convalescence, il a pu être isolé un bactériophage actif contre le germe isolé par hémoculture. S'agit-il là d'un agent actif de guérison, ou n'est-ce, au contraire, qu'un test humoral d'immunité comparable à l'apparition des agglutinines, c'est ce que, à l'heure actuelle, il n'est pas possible de déterminer.

L'hygiène des crèches hospitalières. — M. E. LESNÉ. La mortalité encore considérable des nourrissons hospitalisés (35 p. 100) tient à plusieurs raisons : ils rentrent à l'hôpital dans un état tellement grave, qu'ils succombent souvent dans les cinq jours qui suivent leur admission; ils sont pour la plupart hypotrophiques et nourris au biberon; enfin, ils sont séparés de leur mère. La mortalité des nourrissons hospitalisés avec leurs mères et allaités par elles, n'atteint en effet que 26 p. 100.

Les bébés supportent mal le séjour prolongé à l'hôpital et finissent par s'y infecter et s'y cachectiser. Il faudrait donc éviter le plus possible leur hospitalisation en multipliant les consultations de nourrissons et en favorisant le traitement à domicile par la distribution de secours aux mères et la multiplication des infirmières visiteuses.

Pour les maladies aiguës graves et les maladies chroniques incurables qui rendent l'hospitalisation nécessaire, on doit multiplier le nombre des chambres où la mère admise avec son enfant peut continuer à l'allaiter ou au moins à le soigner.

La présence dans une crèche de nourrices au sein est indispensable pour les enfants privés du sein maternel.

La cuisine laiterie avec infirmière spécialisée est une nécessité dans la crèche hospitalière.

Chaque enfant sera isolé dans un box fermé et un personnel spécialisé et nombreux prendra les précautions d'asepsie indispensables afin d'éviter la contagion intrahospitalière.

Le séjour à l'hôpital sera aussi court que possible et le nourrisson sera bientôt dirigé sur un hôpital périurbain de convalescents si sa santé est encore trop précaire pour bénéficier des centres de placements ruraux.

Sur ces différents points, bien des progrès ont été réalisés et les résultats obtenus à la crèche de l'hôpital Trousseau sont très intéressants, mais les améliorations déjà apportées doivent être complétées et généralisées.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1926)

Un cas d'aréflexie tendineuse généralisée. — M. DUCOSTET. Dans ce cas, l'étude des chronaxies, à laquelle s'est livré M. Bourguignon, a montré qu'il y a « anisochronaxie », c'est-à-dire disparition du synchronisme qui, à l'état normal, est complet entre les chronaxies motrices et les chronaxies sensitives correspondantes. L'altération légère constatée sur les chronaxies des muscles pourrait être liée à de simples modifications humorales.

Syndrome de fixité du regard dans le sens vertical, par hypertonie (aspect spécial du syndrome de Parinaud), chez un malade présentant un syndrome extrapyramidal avec troubles pseudo-bulbaires. — MM. ALAJOUANINE, DELAFONTAINE et LACAU.

Un cas d'anarthrie. — M. JARKOWSKI présente un malade atteint d'anarthrie. Il ne peut articuler aucun mot et ne paraît même pas capable de prononcer mentalement aucune parole. Il est incapable de lire ou d'écrire, mais il comprend très bien le langage parlé. Le malade a été atteint d'hémiplégie, mais l'hémiplégie a rétrocédé. L'anarthrie a persisté sans modification depuis l'ictus.

M. SOUQUES critique le terme d'anarthrie appliqué à un cas où il y a des troubles de la lecture : ce n'est pas là l'aphasie motrice pure.

M. FOIX estime que les lésions corticales de la partie antérieure de la frontale ascendante peuvent donner lieu, tantôt à de l'anarthrie, tantôt à de l'anarthrie avec alexie, tantôt à de l'alexie pure.

M. FROMENT demande que, dans les cas dits aphasie motrice ou anarthrie, on fasse la numération des phonèmes que le malade est encore capable d'articuler correctement dans la parole automatique (chants, jurons, séries de mots, prières), ainsi qu'il l'a demandé depuis longtemps. Il fait observer que la démonstration du trouble de la coordination articulaire qu'implique le terme d'anarthrie reste à faire. Si complets soient-ils, les examens anatomo-pathologiques, même avec coupes sériées, ne sauraient en dispenser ni en tenir lieu.

Lipiodol intra-épendymaire chez un syringomyélique opéré. — MM. SICARD, HAGUENAU et Ch. MAYER ont fait opérer un syringomyélique cervical à évolution progressive et non influencée par la radiothérapie. Après laminectomie, on pratiqua une ponction et une minime incision intercordonale pour assurer la libre communication entre la poche épendymo-syringomyélique et le liquide sous-arachnoïdien; puis on injecta quelques gouttes de lipiodol descendant dans le canal épendymaire distendu. Or, le lipiodol s'arrête « en flammèches » au niveau de la XIᵉ vertèbre dorsale, marquant ainsi la limite inférieure de la cavité syringomyélique, à $0^{m}35$ environ au-dessous de la ponction chirurgicale. Les suites opératoires furent simples, et le malade, présenté plusieurs mois plus tard, est très amélioré, surtout dans la force motrice de ses membres supérieurs.

Lipiodol descendant et ascendant dans un cas de kyste gliomateux profond du cerveau. — MM. SICARD, ROBINEAU et HAGUENAU ont eu l'occasion, au cours d'une craniectomie pour syndrome d'hypertension avec stase papillaire, d'injecter, par l'aiguille de ponction qui avait ramené de la profondeur cérébrale un liquide jaunâtre, 1 centimètre cube de lipiodol ascendant et descendant. On peut ainsi délimiter, avec une remarquable netteté, les parois du kyste, et par conséquent sa topographie et ses dimensions.

La malade fut d'abord améliorée, mais succomba quelques mois après aux progrès de la néoplasie. L'autopsie confirma les données radiologiques. L'examen révéla la nature gliomateuse.

Le double profil radiographique vertébral droit et gauche. — MM. SICARD, HAGUENAU et Ch. MAYER présentent les épreuves radiographiques d'une métastase vertébrale au cours d'un cancer du sein. Or, les radiographies, prises dans la même séance et sous une même incidence, en décubitus latéral droit et gauche, montrent en profil droit une vertèbre normale, en profil gauche une vertèbre à bord supérieur détruit, échancré, aminci. Il est donc nécessaire, dans les cas de lésion vertébrale suspecte, d'avoir recours non seulement aux épreuves classiques, antéro-postérieure et latérale, mais encore d'interroger successivement les deux épreuves latérales droite et gauche.

Forme céphalalgique de la sclérose en plaques. — MM. FOIX et Maurice LÉVY présentent une malade, atteinte de sclérose en plaques, chez laquelle l'ensemble des symptômes, et notamment la céphalée, auraient pu faire conclure à une tumeur cérébrale. Ils rapportent à ce propos les observations de deux autres malades, chez lesquels la céphalée a été également le symptôme prépondérant du début de l'affection. Dans le premier cas, la céphalée s'est accompagnée de névrite optique et de cécité. Il a existé également des phénomènes hémiplégiques qui ont rétrocédé complètement. Dans le second cas, la céphalée s'est accompagnée de démarche ébrieuse et de signe de Babinski, et, ultérieurement, d'une poussée évolutive paraplégique. Dans le troisième cas, la céphalée a été, au début, le seul symptôme avec benjoin colloïdal positif dans le liquide. Ultérieurement ont apparu les troubles de la démarche caractéristiques. Les auteurs insistent sur l'intérêt de ces formes céphalalgiques et sur la fréquence relative de la céphalée comme signe de début de la maladie.

Les injections intraveineuses de salicylate de soude dans le traitement de la sclérose en plaques. — MM. Ch. FOIX, J.-A. CHAVANY et Maurice LÉVY signalent, sous toutes réserves, l'influence, qui paraît favorable, des injections intraveineuses de salicylate de soude dans la sclérose en plaques. Ils présentent une malade dont la poussée paraplégique, la première il est vrai, est, à l'heure actuelle, guérie en apparence depuis six mois. Six autres malades, à des phases plus avancées de l'affection, ont tous présenté une amélioration plus ou moins marquée en coïncidence avec ce traitement. Chez aucun il n'est survenu d'aggravation depuis le début du traitement. Les auteurs tiennent, en terminant, à faire de nouveau toutes réserves, étant donné le temps relativement court de leur observation et la fréquence des rémissions au cours de la maladie.

La technique utilisée est dérivée de celle de M. Carnot : injection intraveineuse, pendant vingt jours consécutifs, de

0g50 de salicylate dans 5 centimètres cubes de sérum glucosé à 10 p. 100. Dix jours de repos. Reprise d'une nouvelle série de vingt injections journalières à la même dose.

M. SICARD a remarqué que tous les traitements semblent agir, dans la sclérose en plaques, comme dans la paralysie générale, lors des premières années de l'affection : impaludation, iodaseptine, rayons ultra-violets. Mais aux stades avancés de la maladie, aucun traitement ne présente plus aucune efficacité.

M. GUILLAIN estime que la sclérose en plaques n'est pas toujours également grave. Il y a des cas relativement légers, qui se fixent dans un degré d'impotence modéré. Tous les scléreux ne sont pas évolutifs. Il en est pour eux, à cet égard, comme pour les tabétiques. M. Guillain recommande, comme traitement de la sclérose en plaques, les injections intramusculaires d'hexaméthylène tétramine, associées à des injections intraveineuses d'argent et au salicylate de soude par la voie buccale. Ce traitement lui a paru doué d'une certaine efficacité.

M. BABINSKI prescrit également le salicylate de soude par la voie buccale.

M. FOIX a observé des améliorations même dans des cas qui paraissaient fixés depuis longtemps.

Phénomènes de décérébration, de torsion spasmodique et d'athétose. Leurs relations cliniques et pathogéniques (à propos d'un cas de torsion spasmodique en hyperpronation du bras droit, avec contracture athétoïde intentionnelle par lésion vasculaire). — M. Gustave ROUSSY et Mlle Gabrielle LÉVY ont pu observer, chez une femme de soixante-quatre ans, à la suite d'un léger ictus, une torsion spasmodique du bras droit en hyperpronation, coïncidant avec des manifestations athétosiques à l'occasion des mouvements volontaires.

Ce spasme tonique, qui réalise une attitude de décérébration typique sans hypertonie au repos, s'accompagne de contracture intentionnelle athétoïde. Il leur paraît particulièrement intéressant, du fait qu'il matérialise les relations qui existent entre certains phénomènes de spasme, de décérébration et d'athétose.

Il leur semble justifié, pour des raisons exposées longuement, d'attribuer la symptomatologie observée à une lésion vasculaire, qui a atteint le noyau rouge et ses connexions.

L'état parkinsonien ne serait-il pas générateur d'acidose? — MM. J. FROMENT et L. VELLUZ (de Lyon) communiquent les premiers résultats d'une étude, chez le parkinsonien, des processus chimiques inhérents au fonctionnement du muscle.

Des recherches antérieures (Koch, Turries) n'avaient porté que sur le *métabolisme albuminoïde* considéré comme lié à la fonction tonique. Partant des protides constitutifs du muscle, il aboutit à la formation de la créatine et de la créatinine. De sept cas nouveaux (parkinsoniens post-encéphalitiques, surtout figés, 110 dosages) étudiés à ce point de vue, ne se dégage encore aucune conclusion nette.

Par contre, chez onze parkinsoniens post-encéphalitiques figés peu ou pas tembleurs (350 analyses), ils ont pu déceler une perturbation marquée du *métabolisme hydrocarboné*, considéré comme lié à la fonction clonique; partant des glucides musculaires, il aboutit à la formation de composés acides.

Les auteurs ont mis en évidence une très forte *augmentation du taux de l'ammoniaque urinaire*.

Le *coefficient de Maillard-Lanzenberg* (inférieur à 8 à l'état normal) atteignait 15 (3 cas), 18 (4 cas), 25 (2 cas). Ses variations horaires étaient de plus très marquées (elles sont à peine appréciables à l'état normal, et restent faibles même chez les cirrhotiques, qui ont un coefficient élevé). Elles passaient de 11 à midi (minimum habituel) à 25 le soir à six heures (maximum habituel).

La sécrétion ammoniacale de l'épithélium rénal (mécanisme de protection) étant exagérée, on doit en inférer que l'état parkinsonien est générateur d'acidose. D'ailleurs l'ingestion de 15 grammes de bicarbonate de soude a fait tomber le coefficient de 12 et de 18 à quelques dixièmes.

L'étude de la réserve alcaline (premiers résultats donnés) et du phosphore sanguin (recherches en cours) montreront si le parkinsonien reste au premier stade de l'acidose ou atteint les suivants.

Quoi qu'il en soit, on voit déjà qu'il serait imprudent de borner ses recherches si l'on veut s'aider des constatations chimiques pour résoudre l'inconnue de la rigidité parkinsonienne.

S'agit-il bien d'une hypertonie? On l'a admis sans preuve décisive. Ne s'agit-il pas plutôt d'un état de contraction diffus, plus ou moins soutenu, que la dystasie parkinsonienne rendrait nécessaire?

Rigidité et roue dentée varient, soit dans le même sens, soit en sens contraire, suivant l'attitude statique du parkinsonien. — MM. J. FROMENT et A. CHAIX (de Lyon) reprennent l'étude des variations de la rigidité et de la roue dentée suivant l'attitude statique générale du parkinsonien, variations sur lesquelles l'un d'eux, avec G. Gardère, a attiré l'attention.

Dans le repos complet (fauteuil colonial), rigidité et roue dentée, variant dans le même sens, tendent à s'effacer. Elles reparaissent dans la station non étayée, debout ou même assise, et s'exagère dans la station prolongée.

Dans les attitudes statiques difficiles à tenir, la rigidité atteint son maximum, et toute roue dentée disparaît.

On peut dire que la rigidité et la roue dentée (de même que la perte des mouvements automatiques associés) n'existent ou peu s'en faut, qu'en fonction de l'attitude statique générale du corps.

La roue dentée appartient-elle en propre à la rigidité parkinsonienne, ou est-elle le fait de toute rigidité de déséquilibre? — MM. J. FROMENT et A. CHAIX (de Lyon) montrent qu'au cours de l'épreuve de Romberg aggravée de rapides mouvements de tête dans tous les sens, le test du poignet figé est nettement positif chez l'ataxique; dès qu'il oscille, on sent non seulement ce poignet se raidir, mais encore, par instant, des crans d'arrêt, comme si le poignet était à crémaillère. Mêmes constatations peuvent être faites chez le sujet normal qui, les yeux fermés et les pieds joints, passe plusieurs fois et lentement de la station sur les talons à la station sur la pointe des pieds.

Les tracés myographiques enregistrent le phénomène sous forme d'une ligne ondulée à festons plus ou moins amples et plus ou moins nombreux, qui marque un mode de résistance des antagonistes comparable à celui que l'on connaît dans l'état parkinsonien.

Bien loin d'appartenir en propre à la rigidité parkinsonienne, la roue dentée paraît donc être le fait de toute rigidité de déséquilibre. Si elle est plus marquée et plus constante dans l'état parkinsonien, c'est que celui-ci est au premier chef un *état dystasique*.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 16 novembre. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Lejars, Nobécourt et Basset. — M. PARIS (J.). La rumination chez l'homme. — M. GUÉRIN. Sarcomes du vagin chez l'adulte. — M. CONSTANT (P.). Etude sur le traitement des pleurésies purulentes.

Jury : MM. Gilbert, président; Bezançon, Carnot et Villaret. — M. MEURISSE (J.). Etude des hémiplégies par embolies. — M. VELIOVITCH (Danitza). Les hémoptysies tuberculeuses chez les gazés. — M. MEYSENC (J.). Atonie gastrique.

Jeudi 18 novembre. — Jury : MM. Bernard, président; Jeanselme, Claude et L. Lavastine. — M. CLERCY (A.). De la syphilis du cœur. — M. STOROGE (V.). L'hygiène sociale et les étrangers en France. — M. TERRIN (P.). Les compensations idéo-affectives.

Vendredi 19 novembre. — (Thèses vétér.) Jury : MM. Couvelaire, président; Ombrédanne, Sébileau, Moussu, Robin, Bourdelle, Petit et Henry. — M. FOURMONT. Fièvre de lait chez la chèvre. — M. LALAUZE. L'otite externe du chien. — M. CHOLET. Etude des interruptions congénitales de l'intestin.

Samedi 20 novembre. — (Thèses vétér.) Jury : MM. Bezançon, président; Jeannin, Tiffeneau, Dechambre, Nicolas, Petit et Robin. — M. BOUDIER. Les tempéraments chez l'homme et les animaux. — M. EGWILLER. Etude du déterminisme du sexe. — M. SROUMZA. La médication colloïdale en général.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Séance du 18 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic des fractures du rocher. — Signes et diagnostic de l'érysipèle de la face. »

MM. Louvet (Louis) et Dany (Henri), 18; Vanier (J.), 22; Guyot (Jean), 20; Hebert-Suffrin, 17; Hepp (Jacques), 18; Blanquine (Paul), 11; Darré (Jean), 25; Bocquentin, 23; Mlle Rouget (Denise), 22.

Hôpitaux de province. — Lisieux. — Le poste de chirurgien en chef de l'hôpital de Lisieux est vacant par suite de décès du regretté docteur Ouvry.

Adresser les demandes de candidatures avec titres et références scientifiques au président de la Commission administrative à Lisieux (Calvados).

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — Une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante dans la catégorie des fonctionnaires, en remplacement de M. Ernest Schnerb, décédé.

Le ministre nomme les auditeurs sur une liste double de présentation dressée par le conseil supérieur.

Les candidats sont invités à produire leur demande accompagnée d'un exposé de leurs titres, dans un délai d'un mois, expirant le 20 décembre 1926, au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène, 5e bureau, 7, rue Cambacérès). (*J. O.*, 19 nov. 1926.)

Ministère de l'instruction publique. — Obtention des grades et titres de l'enseignement supérieur. — Le *Journal officiel* du 19 novembre publie un décret aux termes duquel nul ne pourra désormais obtenir le bénéfice d'aucune des mesures spéciales et provisoires édictées pendant et après la guerre à l'égard des aspirants aux grades et titres de l'enseignement supérieur, qui ont été mobilisés ou ont été retenus dans les régions envahies; ces mesures cessent définitivement d'être en vigueur.

Les dispositions de l'article précédent ne sont pas applicables aux grands blessés de la guerre qui auront été, jusqu'au moment de leur demande, dans l'impossibilité absolue d'entreprendre ou de poursuivre des études en vue de l'obtention desdits grades et titres, exclusivement pour des raisons de rééducation ou de séjour dans les hôpitaux.

Le bénéfice des facilités d'études accordées par décisions ministérielles individuelles antérieurement à la promulgation du présent décret reste acquis aux intéressés.

Ministère des colonies. — La station thermale de Capvern (Hautes-Pyrénées) est ajoutée à celles où les fonctionnaires du service colonial et des services locaux des colonies peuvent être envoyés en traitement dans les conditions prévues par les décrets en vigueur.

La durée du traitement dans cette station est fixée à vingt et un jours.

La vaccination antityphoidique obligatoire. — MM. Henri Cher, le docteur Gallet et Fernand Merlin ont déposé sur le bureau du Sénat une proposition de loi tendant à la rendre obligatoire pour tous les Français.

La proposition se borne à poser le principe de l'obligation. Elle remet à un règlement d'administration publique, rendu sur le rapport du ministre de l'Hygiène et après avis de l'Académie de médecine, le soin de fixer les modalités de l'application de la loi.

Prix de la Société des chirurgiens de Paris. — La Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne, chaque année, quatre prix :

1° Prix de chirurgie générale (prix Dartigues).
2° Prix de chirurgie urinaire (prix Cathelin).
3° Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Pauchet).
4° Prix de chirurgie gynécologique (prix Paul Delbet).

Chaque prix est de 1.000 francs.

Le règlement est identique pour les quatre prix :

1° Le prix est décerné au meilleur travail, original et inédit, présenté à la Société, chaque année avant le 31 décembre.

2° Les travaux doivent être envoyés au secrétaire général au moins en deux, et de préférence en cinq exemplaires, imprimés ou dactylographiés.

3° Les candidats doivent être de nationalité française.

4° Les manuscrits ne sont pas rendus aux auteurs.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de la Société : docteur Charles Buizard, 3, rue de la Trémoille, Paris (VIIIe).

UNE PIÈCE MÉDICALE. — La Renaissance vient de donner la première représentation de *La Vocation*, pièce en quatre actes d'André Pascal et de Pierre Delbet.

La brillante collaboration du professeur Pierre Delbet et du docteur Henri de Rothschild (André-Pascal) a obtenu un très vif succès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Le Goïc (de Paris), Gigon, ancien sénateur de la Sarthe; Leredde (de Paris), Verdalle, ancien médecin des hôpitaux de Bordeaux, médecin à La Bourboule.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR ANDRÉ LEMIERRE

M. le professeur Lemierre a pris possession mercredi soir de la chaire de bactériologie. Sa leçon inaugurale a été l'occasion d'une imposante manifestation de sympathie.

Bien avant l'heure de la leçon le grand amphithéâtre était rempli par les étudiants, et c'est à grand'peine que les amis de Lemierre purent trouver à se placer. L'entrée des professeurs, en particulier celles de M. Widal et de M. Chauffard fut saluée par de véritables ovations.

On remarquait dans l'hémicycle et sur les gradins la présence de M. le Doyen, de MM. les professeurs Chauffard, Widal, Nobécourt, Rathery, Sicard, Sergent, Pierre Duval, Roussy, Rouvière, Léon Bernard, Legueu, Brumpt, Guillain, Couvelaire, Vaquez, F. Bezançon, Ombrédanne, J.-L. Faure, Carnot, Tiffeneau, Gilbert, Prosper Merklen, de MM. Alglave, Auvray, Lœper, Guéniot, Gougerot, Guinon, Brulé, Pasteur Vallery-Radot, Hahn, Clerc, Lereboullet, Babonneix, Busquet, de Jong, Philibert, Bénard, Baudouin, Weissenbach, May, Léri, Lance, Brühl, Halbron, Léon Kindberg, Noël Fiessinger... Enumération très incomplète car un grand nombre d'amis de Lemierre n'avait pu pénétrer dans le grand amphithéâtre. C'est dire l'accueil chaleureux qui fut fait au nouveau professeur dont le caractère et les travaux sont si justement admirés et estimés. Dans ce moment si solennel de la carrière de notre vieil ami, notre pensée allait vers les absents, en particulier vers le regretté maître Richelot, trop tôt disparu, qui aurait été si heureux d'assister à la leçon inaugurale de celui qui fut pour lui un véritable fils.

En commençant sa leçon, M. Lemierre remercia d'abord les vingt-six professeurs qui lui accordèrent leurs voix, et en particulier M. le Doyen, dont la bienveillance à son égard ne s'est jamais démentie. Suivant une pieuse coutume il adressa un respectueux souvenir à ceux qui furent ses initiateurs au début de ses études médicales : Hallopeau, le vénéré maître de l'hôpital Saint-Louis; notre cher maître et ami Albert Mathieu, esprit droit et clinicien sagace, puis M. Gaston Lion, actuellement médecin de la Pitié.

Ses maîtres au cours des années d'internat furent Sebileau qui lui fit aimer la pathologie chirurgicale et comprendre la nécessité de la collaboration entre le médecin et le chirurgien. Deux cliniciens, Pierre Teissier et M. Letulle l'intéressèrent ensuite l'un aux maladies infectieuses, l'autre à l'anatomie pathologique. Mais celui de ses maîtres qui eut sur lui une influence décisive ce fut M. Widal. En vrai chef d'école, en vrai « patron », M. Widal associa son interne à ses travaux et en fit son collaborateur. « Le meilleur de ce que je sais c'est à vous que je le dois », déclara Lemierre en se tournant vers lui. Ces paroles furent le signal d'une longue et émouvante ovation que l'auditoire fit au maître illustre de Cochin.

La chaire de bactériologie médicale est de création récente : son premier titulaire, Fernand Bezançon, n'est pas seulement un grand savant dont l'œuvre est considérable, c'est aussi un organisateur. Les cours de bactériologie créés par lui, autrefois dans le laboratoire de Cornil et dont tant d'entre nous furent, avec Lemierre, les élèves, le laboratoire de bactériologie, la chaire qu'occupe aujourd'hui Lemierre en sont le témoignage.

Lorsque M. Bezançon quitta la chaire de bactériologie, à laquelle il avait donné une orientation nettement médicale, pour prendre la chaire de clinique médicale de Saint-Antoine, la Faculté a choisi pour lui succéder un homme de laboratoire qui fût en même temps un clinicien, indiquant ainsi nettement dans quel sens doit rester orienté l'enseignement de la bactériologie.

Tirer de l'examen du malade le maximum de renseignements, ne demander que le supplément au laboratoire, telle est la règle que veut suivre M. Lemierre.

Après avoir fait cette déclaration de principe, il esquisse en un rapide exposé, un véritable chef-d'œuvre, l'historique de la bactériologie, exposé méthodique merveilleusement clair qui lui permet d'établir en même temps un programme complet d'enseignement.

M. Lemierre indique que la bactériologie primitivement limitée à l'identification des germes, à l'aide du microscope, a peu à peu débordé de ce cadre si étroit pour s'apparenter progressivement à *la physiologie*, à la *séméiologie* et devenir la base d'une *thérapeutique* grosse de résultats acquis et pleine des plus beaux espoirs.

Les travaux de Pasteur sur la rage marquent le début des belles recherches, qui avec Roux, Nocard, Vaillard, Louis Martin, puis avec M. Widal et ses élèves ont conduit progressivement à l'établissement d'une véritable séméiologie humorale dont le sérodiagnostic et la cuti-réaction marquent les étapes.

La prophylaxie des maladies infectieuses et leur thérapeutique a vu s'ouvrir les plus larges horizons avec la sérothérapie et la vaccinothérapie, plus récemment enfin les travaux de Ramon, sur les anatoxines, ont élargi encore le domaine magnifique dont l'exploration par le clinicien rend passionnante l'étude de la maladie et des malades,

Sa foi dans l'avenir de la bactériologie associée à la clinique, Lemierre la proclame avec énergie, et en terminant, il adjure les étudiants de se faire les apôtres de la bonne nouvelle que Jenner et Pasteur sont venus apporter sur la terre.

F. L. S.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OBSTÉTRIQUE -- GYNÉCOLOGIE

Par M. le Dr ECALLE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

Recherches sur la physiologie de l'amnios humain. (KEIFFER. *Gyn. et obst.*, t. XIV, p. 1.) — Il fut toujours admis que le vernix caseosa, souvent si abondant sur le nouveau-né, était un produit élaboré par les glandes sébacées du fœtus au cours de sa vie intra-utérine. Or, les belles recherches de Keiffer semblent pouvoir lui faire attribuer une tout autre origine.

Après avoir démontré que la cellule épithéliale amniotique était capable de sécréter non seulement le liquide amniotique mais aussi des graisses et des substances protoplasmiques mal définies, il lui attribue le rôle le plus important dans la formation du vernix caseosa. La peau fœtale n'intervenant dans la production du vernix que par ses cellules épithéliales desquamées, agglomérées à la matière grasse et peut-être par une très faible quantité de graisse issue des glandes sébacées, l'épithélium amniotique jouerait le rôle principal dans l'élaboration du vernix.

Partant de ce fait bien démontré, Keiffer se demande si le vernix caseosa, absorbé rapidement par la peau du nouveau-né, ne constitue pas un aliment utile au fœtus au cours de sa vie intra-utérine, et si l'application sur les téguments des enfants débiles d'une substance chimiquement semblable au vernix caseosa ne favoriserait pas leur développement.

De la césarienne transpéritonéale suprasymphysaire. (BRINDEAU. *Presse méd.*, 10 mars 1926.) — Dans les cas impurs, le pronostic de la césarienne corporéale reste toujours sérieux, la suture du muscle utérin difficilement étanche permettant à l'infection de la cavité utérine de se propager à la grande cavité péritonéale. Aussi, bien des accoucheurs abandonnent actuellement la césarienne corporéale et lui préfèrent la section basse du segment inférieur. Ce procédé présente de nombreux avantages. Longueur moindre de l'incision abdominale, hémorragie moins abondante au cours de l'intervention. Choc opératoire plus rare. Mais la préférence des accoucheurs pour la césarienne basse tient surtout aux deux points suivants : 1° La section de l'utérus porte sur une zone qui ne se contracte pas. La suture sera donc au repos et l'on évitera ainsi les désunions secondaires dues en grande partie aux tiraillements postopératoires de la cicatrice du fait des contractions musculaires; 2° La section utérine porte sur une zone où le péritoine est facilement décollable. La suture pourra donc être enfouie sous deux feuillets de péritoine primitivement décollés et rabattus sur elle. La cicatrice utérine sera donc séparée de la cavité péritonéale par une double péritonisation. De ce fait les adhérences à l'intestin et à l'épiploon seront exceptionnelles et l'on n'observera pour ainsi dire jamais d'occlusion postopératoire. Cependant ce procédé est plus long et l'extraction du fœtus est souvent difficile.

Dans cet article, l'auteur décrit minutieusement sa technique adoptée du reste dans la plupart des services parisiens, et passe en revue les principales indications de la césarienne basse. Il l'a pratiqué lui-même 59 fois dans les cas les plus divers, avec un seul décès.

A propos de la césarienne transpéritonéale basse. (COUVELAIRE et PORTES. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1925, n° 1925; PORTES et RISACHER. *Id.*, mai 1926, n° 5.)

Résultats de 17 observations de césariennes basses conservatrices. (LE LORIER. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, juin 1926, n° 6.)

Contribution à l'étude de la césarienne tardive. (ENGELHARDT. *Th. de Paris*, 1926.)

A propos de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne transpéritonéale basse. (M. WETTERWALD. *Gyn. et obst.*, t. XIII, n° 2, p. 131.) — Sur 101 femmes opérées depuis 1916, 45 ont eu une ou plusieurs grossesses ultérieures, soit 54 grossesses. Ces grossesses se terminèrent 13 fois par une seconde section césarienne et 40 fois par un accouchement par les voies naturelles à terme, 34 fois sans aucune intervention. Mais il faut ajouter un cas où la femme succomba à la suite d'une rupture de la cicatrice utérine. La femme ayant déjà subi une césarienne basse peut donc ultérieurement accoucher spontanément, à condition bien entendu que la césarienne n'ait pas été pratiquée pour un cas de dystocie pelvienne. L'étude des statistiques publiées semble démontrer que dans ces cas la rupture de la cicatrice est moins fréquente que pour les césariennes corporéales. Cependant l'observation citée plus haut montre que cette éventualité ne saurait être complètement écartée.

Manœuvre pour faciliter l'engagement de la tête saisie par le forceps au détroit supérieur. (LANTUÉJOUL. *Gyn. et obst.*, t. XIII, n° 5, p. 351.) — L'auteur propose une méthode assez simple qui, en mobilisant le bassin autour d'une tête maintenue par le forceps, permet de l'engager. Le forceps étant appliqué sur la tête arrêtée au détroit supérieur, la parturiente est placée en position de Crouzat, jambes pendantes, cuisses en hyperextension sur le bassin. Puis la tête étant solidement maintenue par le forceps deux aides fléchissent lentement les cuisses sur le bassin de façon à les remettre progressivement dans la position obstétricale.

Au cours de ce mouvement on modifie les rapports du bassin et de la tête, et la situation la plus favorable à la descente peut être saisie au passage.

Les interventions chirurgicales dans le traitement du placenta prævia. (DESOUBRY. *Th. de Paris*, 1925.) — Les interventions d'ordre chirurgical peuvent être indiquées dans certains cas d'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur et se trouvent justifiées :

1. Lorsque le diagnostic d'insertion centrale peut être posé avant tout travail ou lorsque le doigt introduit dans le col au début du travail trouve les cotylédons recouvrant totalement l'orifice interne.
2. Lorsque, en présence d'hémorragies répétées, le col paraît manquer de souplesse ou d'élasticité, comme cela se présente le plus souvent chez la primipare.

Accessoirement d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte : valeur du bassin des parties molles, âge de la parturiente, etc.

Par contre, chez les multipares à col souple, il y a le plus souvent intérêt à s'en tenir aux méthodes obstétricales anciennes.

Parmi les méthodes chirurgicales il semble que l'opération de choix soit la césarienne basse suprasymphysaire. Le fait d'inciser le segment inférieur au niveau de l'insertion placentaire ne constitue pas une grosse complication tandis que l'incision basse rend possible l'observation du segment inférieur et de la région qui saigne. D'autre part, les femmes qui ont déjà saigné peuvent être considérées comme des subinfectées et relèvent de la césarienne basse. La césarienne haute classique n'est indiquée qu'à la première hémorragie si celle-ci est

d'emblée très abondante et si la femme peut être considérée comme non suspecte d'infection.

En présence d'une hémorragie très abondante ou d'une infection déjà sérieuse, l'hystérectomie constitue la seule méthode chirurgicale utilisable.

Sur le paludisme congénital. (MAGLIOLI. *Th. de Paris*, 1926.) — Le passage de l'hématozoaire de la mère au fœtus a été démontré maintes fois d'une façon indiscutable. Cependant la contagion du fœtus in utero serait pour l'auteur moins fréquente qu'on pourrait le supposer à priori. L'hématozoaire, circulant dans le sang maternel, trouve bien dans le placenta des conditions éminemment favorables à son développement : circulation ralentie, présence de glycose, oxygénation limitée. Aussi le sang placentaire maternel renferme l'hématozoaire dans près de la moitié des cas examinés. Par contre, à part quelques cas publiés, la recherche de l'hématozoaire dans le sang du cordon est presque toujours négative. Le passage de l'hématozoaire de la mère au fœtus se ferait cependant à la fin de la grossesse, favorisé par l'altération des parois des villosités choriales.

L'auteur décrit, enfin, les diverses formes que peut prendre le paludisme chez le nouveau-né, et insiste sur la cyanose, le refroidissement des extrémités précédant l'élévation de la température qui se produit à la fin de l'accès.

Certaines formes larvées, herpétiques, gastro-intestinales et nerveuses seraient d'un diagnostic particulièrement difficile si l'on ne pouvait se baser sur les accidents maternels.

Une maternité pour tuberculeuses. (COUVELAIRE. *Gyn. et obst.*, t. XIII, n° 6, p. 428.) — Après avoir décrit le fonctionnement du pavillon spécial de son service transformé en maternité pour tuberculeuses et les mesures prises pour séparer dès la naissance les enfants de leur mère, l'auteur expose les résultats obtenus tant pour les mères que pour les enfants. Il semble que l'influence de la grossesse soit à peu près nulle dans la plupart des cas de tuberculose à évolution fibreuse. Par contre, dans les formes évolutives, on peut observer quelquefois pendant la grossesse, plus souvent après l'accouchement, une aggravation plus ou moins rapide de l'infection tuberculeuse entraînant, dans la moitié des cas, la mort de la femme dans l'année qui suit l'accouchement.

La tuberculose maternelle qui n'entraîne pas par elle-même la mort du fœtus in utero peut cependant avoir une influence défavorable sur le développement pondéral du fœtus. D'autre part, l'élevage de ces nouveau-nés séparés de leur mère est difficile à réaliser d'une façon parfaite dans un service hospitalier, et ce fut un beau progrès de voir à la Clinique Baudelocque la mortalité infantile des enfants nés de mères tuberculeuses être ramenée progressivement dd 33 à 11,7 p. 100.

L'allaitement au lait de femme est presque indispensable pour ces enfants.

Cependant, malgré tous les soins, un certain nombre de ces enfants succombent assez vite après leur naissance, avec un syndrome de dénutrition progressive, sans que leur mort puisse être expliquée par une lésion anatomo-pathologique spécifique ou non.

Une maternité pour tuberculeuses. (LACOMME. *Th. de Paris*, 1926.)

La tension artérielle et le pouls dans l'hémorragie rétro-placentaire. (BALARD. *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 13 déc. 1925.) — Grâce à la réunion d'un grand nombre d'observations où la tension artérielle avait été prise avant l'apparition du syndrome de l'hémorragie placentaire l'auteur apporte une preuve de plus à l'hypothèse admise par tous mais difficile à vérifier, que l'apoplexie utéro-placentaire est la conséquence d'un à-coup d'hypertension agissant sur les parois des petits vaisseaux.

Anatomie pathologique de l'apoplexie utéro-placentaire. (J. RAFAEL MESTRE. *Gyn. et obst.*, t. XIII, n° 5, p. 332.) — L'auteur fait une étude minutieuse des lésions de la paroi utérine dans l'apoplexie utéro-placentaire. Les hémorragies intramusculaires plus nombreuses le long des bords de l'utérus et près de sa surface péritonéale trouvent souvent des vrais plans de clivage entre les faisceaux musculaires. D'autres fois le sang en s'extravasant modifie la disposition des faisceaux en les dissociant. L'aspect variable des globules rouges plus ou moins bien conservés, quelquefois détruits par de grandes cellules macrophages semble indiquer que le début de ces hémorragies peut se faire un certain temps avant l'apparition des signes cliniques.

A côté des lésions hémorragiques on peut encore noter de l'œdème localisé autour des foyers, mais souvent disséminé dans toute la paroi utérine, des modifications du tissu musculaire souvent dissocié, mal coloré, quelquefois présentant une véritable dégénérescence granuleuse avec altération des noyaux mais on ne peut encore préciser si ces lésions sont secondaires à l'apoplexie ou apparues avant elle. Les parois vasculaires peuvent être augmentées de volume. Mais il est difficile d'y déceler une solution de continuité même au centre d'un foyer hémorragique : par contre on peut noter autour de certains vaisseaux une prolifération du tissu conjonctif.

De la pituitrine ou extrait hypophysaire. (R. DE COTRET [de Montréal]. *Gyn. et obst.*, t. XIII, 1926, p. 276.) — Résultat d'une vaste enquête faite par l'auteur auprès de plus de 300 accoucheurs de tous pays. Les réponses reflètent les opinions les plus diverses et souvent contradictoires sur l'utilité des extraits hypophysaires quoique en résumé la grande majorité des auteurs étrangers ne se montrent pas favorables à leur emploi.

De l'anesthésie obstétricale et en particulier de l'action du chloroforme associée à celle de l'hypophyse. (FUNCK-BRENTANO. *Paris méd.*, 19 juin 1926.) — L'auteur apporte ici les résultats obtenus dans son service dans l'emploi des différents anesthésiques obstétricaux. L'association de la morphine et de la scopolamine entraîne le plus souvent une analgésie légère, mais son usage peut présenter certains inconvénients surtout pour l'enfant. La morphine seule semble aussi efficace et présente moins de dangers. L'action de l'héroïne est trop passagère. Le somnifène employé en injections intramusculaires supprime dans certains cas la douleur mais entraîne trop fréquemment une période d'agitation extrême à laquelle peut faire suite un état subcomateux de trente-six à quarante-huit heures.

A ces différentes méthodes l'auteur préfère l'emploi combiné du chloroforme et de l'hypophyse en y ajoutant dans certains cas la morphine.

Lorsque chez une multipare tout est normal et que la dilatation du col atteint deux francs on peut faire une injection d'hypophyse et supprimer la douleur par le chloroforme. Lorsque le col est souple l'accouchement se produit alors rapidement avec le minimum de souffrance pour la parturiente.

Chez la primipare il est prudent d'attendre que la dilatation ait atteint une paume de main pour employer l'hypophyse et le chloroforme. C'est alors que l'on pourra atténuer les douleurs de la dilatation par l'usage de la morphine.

En opérant ainsi avec prudence, l'auteur affirme n'avoir jamais eu dans plus de mille cas personnels aucun des accidents imputés à l'hypophyse.

Thérapeutique de l'infection puerpérale par les pansements intra-utérins au filtrat de cultures de streptocoques. (RAVINA. *Th. de Paris*, 1926. LÉVY SOLAL et SIMARD. *Presse méd.*, 1925, n° 52.) — Les découvertes du professeur Besredka sur l'immunité locale ont trouvé une nouvelle application en obstétrique dans le traitement de l'infection puerpérale. Lévy Solal, Simard et Ravina ont préconisé chez les infectées des pansements intra-utérins au filtrat de cultures de streptocoques. Ces filtrats sont préparés avec des souches de streptocoques puerpéraux aussi fraiches, aussi nombreuses et aussi virulentes que possible. Une longue bande de gaze imbibée de ces filtrats est ensuite appliquée par tamponnement dans la cavité utérine. Ce pansement intra-utérin est laissé vingt-quatre heures et peut être renouvelé deux ou trois fois.

Cette méthode a été utilisée :

1° Dans le traitement préventif de l'infection (cas douteux après opérations obstétricales difficiles ou délivrance artificielle). Dans le plus grand nombre de cas les résultats ont été favorables bien que plusieurs fois les suites de couches aient été fébriles ;

2° Dans le traitement précoce de l'infection déjà manifeste au moment de l'accouchement. (Infection amniotique, par ex. : femmes arrivées à l'hôpital déjà infectées.) Les résultats ne sont pas bons. Ravina enregistre 3 morts pour 4 succès;

3° Dans le traitement de l'infection ayant débuté dans les premiers jours des suites de couches, les résultats sont favorables, toutes les malades ont guéri. Quatre d'entre elles avaient présenté une hémoculure positive;

4° Dans le traitement tardif de l'infection : les résultats sont mauvais. Le filtrat doit donc être appliqué d'une façon précoce dès la première élévation de température, ce qui empêche l'utilisation d'un auto-filtrat trop long à préparer. En pratiquant enfin des intradermoréactions avec ces filtrats streptococciques, ces auteurs ont pu constater chez certaines femmes et notamment chez les femmes qui ont succombé, une réaction négative, ce qui démontrerait chez elles une absence d'immunité naturelle vis-à-vis du streptocoque. Enfin les injections intraveineuses de ces filtrats quelquefois efficaces au début d'une septicémie restaient sans action sur la septicémie en évolution.

Radiothérapie du cancer de l'utérus. (Laborde et Wickham. *Bull. de l'assoc. franç. pour l'étude du cancer*, juillet 1925.) — Dans les formes opérables, bien que la curiethérapie utilisée seule permette souvent d'obtenir la guérison, les auteurs conseillent l'exérèse chirurgicale qui peut être précédée de quelques séances de curiethérapie préopératoire.

Dans les formes inopérables, la curiethérapie combinée à la röntgenthérapie permet d'obtenir la guérison dans 29 p. 100 des cas. D'autres fois, la curiethérapie permettra de pratiquer l'hystérectomie dans un cas primitivement inopérable lorsqu'on aura constaté la mobilité de l'utérus et la disparition de l'infiltration des culs-de-sac.

Dans les formes envahissantes, la curiethérapie pourra être utilisée pour amener la diminution des hémorragies et des douleurs sans que l'on puisse compter sur elle pour obtenir la guérison.

Comment doit-on concevoir actuellement le traitement du cancer du col de l'utérus? (Villard et Michon. *Lyon méd.*, 15 février 1925.) — Les statistiques rapportées par ces auteurs montrent que pour les cas datant de plus de cinq ans, la proportion des guérisons donnée par la curiethérapie utilisée seule est inférieure à la proportion des guérisons obtenues par l'exérèse chirurgicale. Tous les cas opérables doivent donc être opérés. La curiethérapie rendra de grands services dans les autres cas.

Torsion axiale de l'utérus fibromateux. (P. Hitzanidès. *Gyn. et obst.*, t. XIII, n° 2.) — La torsion de l'utérus autour de son axe, ou plutôt la torsion de la partie supérieure de l'utérus autour de la portion supra-vaginale du col allongée et rendue souple par des modifications anatomiques spéciales est une complication assez rare des fibromes pédiculés, la torsion du pédicule se transmet au corps utérin et l'entraîne; dans les fibromes sessiles, la mobilisation du fibrome détermine la torsion de l'utérus. Cette torsion détermine un étirement et un allongement de l'isthme utérin pouvant aller jusqu'à la rupture musculaire.

L'oblitération des artères est rare, celle des veines plus fréquente. Cependant, les lésions du fibrome sont moins accusées que dans les cas de fibromes à pédicule tordu, et sont en rapport avec le degré de l'oblitération vasculaire, on peut cependant noter de la gangrène ou du sphacèle de la tumeur. Cliniquement, l'évolution de cette complication peut être dramatique avec douleurs abdominales violentes, phénomènes syncopaux, schock, vomissements. Lorsque le palper sera possible on pourra noter le changement de position de la tumeur, l'augmentation de son volume, son ramollissement, et sa sensibilité. Souvent, le diagnostic sera fait au cours de l'intervention. D'autre fois, la torsion se fait d'une façon insidieuse et amène une succession de crises relativement légères. Au bout d'un certain temps, la gangrène, la suppuration de la tumeur, la péritonite sont à craindre. Dans les torsions serrées, le sang des règles peut s'accumuler au-dessus de l'isthme et constituer une hématométrie. La mortalité dans les cas non opérés est de 63 p. 100, elle tombe à 8 p. 100 pour les cas opérés. Tout utérus fibromateux tordu devra donc être opéré le plus tôt possible.

Recherches sur le rôle de la coagulabilité sanguine dans la production des phlébites post-opératoires. (Chauvin, Esmenard et Yaur. *Gyg. et obst.*, t. XIII, n° 2, p. 121.) — Des recherches très intéressantes publiées dans ce mémoire, il résulte que la coagulabilité sanguine est peu modifiée par l'acte opératoire. On peut en effet trouver rarement un très léger retard à la coagulation et plus souvent, au contraire, un léger accroissement de la coagulation sanguine. Les opérations gynécologiques qui sont le plus fréquemment suivies de complications phlébitiques n'influent pas plus sur la coagulabilité sanguine que de minimes traumas opératoires. D'autre part, la coagulabilité sanguine des phlébitiques est toujours augmentée, mais cet accroissement est toujours léger. Ces modifications ne semblent pouvoir expliquer à elles seules la formation du caillot de sorte que la thrombose post-opératoire ne paraît pouvoir être attribuée à une augmentation de la coagulabilité sanguine à la suite de l'acte chirurgical.

Opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites. (Forgue. *Paris méd.*, 19 juin 1926.) — La chirurgie des annexes devient de plus en plus conservatrice, soit que l'on cherche à garder à la femme la possibilité d'une fécondation, soit que l'opération vise simplement à la conservation de tout ou partie d'un ovaire, en vue d'en conserver la sécrétion interne.

La salpingolyse ou libération du pavillon tubaire, la salpingostomie ou la salpingostomatoplastie essayent de répondre au premier but. Cependant la résection du pavillon et la création opératoire d'une nouvelle bouche tubaire n'ont encore qu'une valeur très médiocre pour donner à la femme des chances de fécondation ultérieure. Quelques grossesses ont été obtenues à la suite de l'implantation intra-utérine de l'ovaire ou à la suite de l'opération d'Estes qui consiste à abraser une corne utérine et à appliquer un fragment ovarien ayant pivoté sur son meso, sur l'orifice utérin de la trompe qui apparaît au centre de la surface cruentée.

Il est beaucoup plus facile, par contre, de conserver un ovaire en totalité ou en partie au cours d'une hystérectomie, mais la menstruation ne peut persister que grâce à l'hystérectomie fundique où l'on procède à l'ablation du fond de l'utérus et des deux trompes. La conservation avec la partie basse de l'utérus d'une étendue de muqueuse utérine suffisante avec un ovaire ou un fragment important d'ovaire suffit pour conserver la menstruation.

Stérilité d'origine tubaire. (Douay. *Gyn. et obst.*, t. XII, p. 80.) — Quand on suppose une stérilité d'origine tubaire on peut sans laparotomie se faire une idée de la perméabilité et de la valeur fonctionnelle des trompes en ayant recours, soit à l'insufflation tubaire, soit à une radiographie après injection d'un liquide opaque aux rayons X.

L'insufflation ou méthode de Rubin a été expérimentée depuis deux ans dans le service du professeur J.-L. Faure, par l'auteur. L'appareil utilisé, d'un maniement très facile, comprend un réservoir muni d'un manomètre, relié d'un côté à une soufflerie et de l'autre à une sonde intra-utérine présentant un dispositif très simple pour obturer le col.

Normalement, lorsque la pression atteint 100 millimètres, la trompe perméable se laisse traverser par le gaz, d'où chute brusque de la pression du réservoir à 60 millimètres environ. Cette épreuve positive permet d'affirmer la perméabilité de la trompe. Lorsque l'épreuve est négative la conclusion est plus difficile à poser et demande de nouvelles épreuves à plusieurs jours d'intervalle.

L'insufflation tubaire demande certaines précautions.

La pression ne devra jamais dépasser 200 à 250 millimètres pour éviter une fissuration ou une rupture de la trompe possibles avec ces pressions élevées.

Une infection même légère des voies génitales constitue une contre-indication, de même il faut éviter de la pratiquer sur des utérus saignants, au voisinage des règles, ou de traumatiser la muqueuse utérine pour éviter la pénétration du gaz dans les vaisseaux.

La méthode radiographique donne des résultats plus discutés, elle exige l'injection d'un liquide très fluide comme le lipiodol, mais l'injection de ce liquide semble présenter plus de dangers que l'injection du gaz.

Grâce à l'emploi de ces procédés on peut reconnaître le

siège de certaines oblitérations tubaires et y remédier chirurgicalement par une salpingostomie.

Radiographie des trompes de Fallope obturées pour déterminer le siège de l'obstruction. (KENNEDY. *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, vol. VI, n° 1.) — Kennedy injecte une solution de bromure de sodium à 20 p. 100 et diagnostique par la radiographie le siège de l'obstruction qui se produit dans le tiers des cas au niveau de l'isthme et dans les deux tiers des cas au niveau du pavillon.

Les médicaments antispasmodiques combinés à l'insufflation transutérine de gaz dans la stérilité. (S. R. MEAKER. *Journ. of amer. med. Assoc.*, vol. LXXXII, n° 26.) — Un spasme de la portion interstitielle de la trompe peut faire poser à tort le diagnostic d'obstruction dans l'épreuve de l'insufflation tubaire. L'auteur recommande, après échec sous une pression de 150 millimètres, de tenter une nouvelle insufflation le lendemain après administration de benzoate de benzyle. En cas de succès la médication antispasmodique peut être ultérieurement utilisée dans le traitement de la stérilité.

Salpingoplastie, insufflation et implantation des trompes. (UNTERBERGER. *Monat. f. Geb. und Gyn.*, oct. 1925, p. 64.) — L'insufflation présente une grosse valeur diagnostique et peut être utilisée au cours de l'intervention, elle permet de reconnaître le siège de l'obstruction.

Or, les oblitérations du pavillon relèvent de la salpingostomie qui a donné à l'auteur 5 succès (grossesse) sur 57 cas opérés. Les oblitérations de l'isthme sont justiciables de l'implantation de la trompe dans la paroi utérine; l'auteur a obtenu 1 succès sur 3 cas opérés par cette méthode.

Exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol. (COTTE et BERTRAND. *Gyn. et obst.*, t. XIV, f. 2.) — L'exploration radiologique de l'utérus et des annexes après injection de lipiodol dans la cavité utérine est actuellement une question très étudiée en gynécologie. Cotte et Bertrand l'ont pratiquée dans une cinquantaine de cas. Ils injectent de 5 à 6 centimètres cubes de lipiodol dans la cavité utérine sans anesthésie, mais sous le contrôle de l'écran. Ils n'ont jamais observé d'accidents. Quelques malades opérées peu de temps après l'injection ne présentaient ni rougeur, ni réaction inflammatoire d'aucune sorte du côté du péritoine bien qu'il fût possible plusieurs fois de retrouver dans le pelvis quelques gouttes d'huile iodée.

L'interprétation des clichés radiographiques permet de diagnostiquer facilement une déformation de la cavité utérine : saillie d'un fibrome, malformations congénitales, cloisons, etc. Le diagnostic de l'oblitération tubaire est plus difficile. Une trompe oblitérée près du pavillon reste distendue par le lipiodol et donne une image nette et durable. Si elle est perméable le lipiodol passe dans la cavité péritonéale, s'accumule dans les culs-de-sac et ne donne plus alors qu'une image assez brouillée. Enfin, l'absence de toute trace de lipiodol en dehors de l'utérus permet de diagnostiquer une oblitération de la portion juxta-utérine des trompes. Mais dans ces cas le diagnostic est souvent délicat.

Dans les salpingites chroniques le lipiodol permet donc de préciser le siège de la lésion et de cette manière de juger si une salpingostomie est possible. Cette méthode de diagnostic doit donc pouvoir étendre le champ de la chirurgie conservatrice des annexes.

De l'importance des mesures de pression au cours des injections intra-utérines de lipiodol. (C. BÉCLÈRE. *Gyn. et obst.*, t. XIV, f. 2.)

VOIES URINAIRES

Par M. le Dr DE BERNE-LAGARDE,

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

Transfusion du sang et tumeurs vésicales. (JEANBRAU [de Montpellier]. *XXVIe Cong. franç. d'urol.*, 5-9 oct. 1926.) — Il s'agit d'un sujet atteint de polype vésical et arrivé au dernier terme de la cachexie par hématuries répétées depuis plusieurs années. Deux transfusions de sang permirent au patient de se remonter au point de supporter l'ablation de sa tumeur par la taille, et quatre transfusions ultérieures de 250 centimètres cubes chacune suffirent pour obtenir le rétablissement complet du malade. M. Jeanbrau attire l'attention sur la nécessité de faire aux sujets profondément anémiés par des hématuries répétées depuis des mois ou des années une série de transfusions peu abondantes de 200 centimètres cubes environ. Une seule transfusion, même très abondante, est insuffisante car elle ne donne qu'une amélioration temporaire. On peut d'ailleurs utiliser du sang d'hyperazotémiques enlevé à des malades dans un but thérapeutique. En effet, P.-Emile Weil a montré que la transfusion est aussi efficace avec du sang plus riche en urée que le sang normal. D'ailleurs, en admettant qu'on transfuse 300 centimètres cubes de sang d'un urémique ayant 3 grammes d'urée dans le sang, on n'introduit dans le corps du transfusé que 1 gramme d'urée, substance peu toxique par elle-même.

Adénomites simulant la dégénérescence cancéreuse de la prostate et disparaissant après plusieurs mois de drainage hypogastrique. (JEANBRAU [de Montpellier]. *XXVIe Cong. franç. d'urol.*, 5-9 oct. 1926.) — L'auteur a observé trois prostatiques cystostomisés pour rétention chez lesquels les caractères de l'adénome au toucher rectal et vésical avaient fait porter le diagnostic d'adénome en pleine dégénérescence cancéreuse. Or, sans aucune autre thérapeutique que le drainage hypogastrique maintenu pendant seize mois, quatorze mois, dix mois, la prostate diminua de volume et de consistance au point de présenter tous les caractères d'une glande adénomateuse simple.

M. Jeanbrau put pratiquer l'énucléation et les malades guérirent aussi simplement que des prostatiques ordinaires. L'examen histologique d'un de ces adénomes énucléés, fait par M. le professeur Grynfeltt, montra qu'il s'agissait seulement de lésions inflammatoires chroniques.

Il faut donc être assez circonspect dans le pronostic chez des prostatiques atteints d' « adénomite » et ne pas affirmer d'emblée l'existence d'une dégénérescence néoplasique. Il faut revoir ces malades tous les deux mois et enlever leur adénome dès que celui-ci a récupéré sa souplesse et que l'état du malade permet l'intervention.

L'hémospermie. (Jules JANET [de Paris]. *XXVIe Cong. franç. d'urol.*, 5-9 oct. 1926.) — Après avoir éliminé les hémospermies très fréquentes du premier coït des convalescents d'épididymites blennorragiques, l'auteur a recueilli trente-quatre cas d'hémospermies en dehors de la blennorragie.

Dans l'hémospermie, c'est tantôt l'urètre antérieur, tantôt l'urètre postérieur, tantôt les vésicules séminales qui saignent.

C'est un phénomène banal, aussi banal que les petites hémorragies nasales dans le rhume de cerveau. Il n'a rien à voir avec la tuberculose génitale ou urinaire.

Exceptionnellement, il constitue le symptôme initial du cancer de la prostate.

Sur la coexistence de la tuberculose rénale et de la grossesse. (DUBOIS [d'Amiens]. *Th. de Paris*, 1926, 92 pages; Jouve, édit.) — Lorsque la grossesse survient chez une femme atteinte de tuberculose rénale, l'aggravation des signes de cette affection est souvent immédiate et se produit

dans les premiers mois. Le milieu de la grossesse est généralement tolérable. La fin de la grossesse et l'accouchement donnent un coup de fouet décisif.

Dans certains cas, que l'auteur croit fréquents, la grossesse révèle un rein tuberculeux jusque-là latent. L'infection colibacillaire des voies urinaires, si commune à ce moment, est une des causes d'aggravation. Elle réchauffe la suppuration tuberculeuse, la rend fétide, met le rein en rétention, augmente son volume, allume la fièvre, signes plutôt rares dans la tuberculose rénale. On a confondu plusieurs fois avec la pyélonéphrite gravidique.

La grossesse donne plus de formes douloureuses en ce qui concerne le rein et l'uretère; ces douleurs réno-urétérales, dont l'existence est précieuse pour la détermination du côté quand l'exploration vésicale est impossible ou difficile, relèvent soit de facteurs mécaniques, soit de l'infection secondaire.

Le diagnostic se fait par les procédés habituels. Dans certains cas l'exploration vésicale a été impossible et il a fallu, une fois, faire le cathétérisme urétéral à vessie ouverte. Le pronostic est assez sombre si l'on n'intervient pas. La mort pendant la grossesse est cependant rare.

La néphrectomie est le seul traitement rationnel : cette indication est facile à remplir quand le diagnostic est certain, le côté connu, le rein opposé suffisant, l'état général bon. Si la grossesse a dépassé sept mois, il faut autant que possible attendre l'accouchement. Si la cystoscopie et le cathétérisme urétéral sont impossibles et les signes de localisation absents, on peut avoir recours, à titre tout à fait exceptionnel, à l'avortement provoqué dans l'espoir qu'on pourra ensuite et rapidement explorer et opérer.

En cas de fièvre élevée, de très gros rein en rétention, de très mauvais état général, d'insuffisance d'examen, la néphrotomie, opération de nécessité, doit être suivie de néphrectomie secondaire. La voie lombaire est à suivre; la guérison opératoire est la règle.

La grossesse peut être interrompue par la néphrectomie (dans 30 p. 100 des cas). En général, elle continue jusqu'à terme et se termine par la naissance d'un enfant bien portant. De nouvelles grossesses peuvent évoluer normalement, parfois même lorsque le second rein est devenu tuberculeux.

En cas de tuberculose rénale double, compliquée de grossesse et appartenant au type chirurgical :

Dans les cinq premiers mois, provoquer l'avortement et enlever le rein le plus atteint.

Dans les quatre derniers mois, instituer un traitement médical pour tenter de mener la grossesse à terme.

Relations du rein droit et de l'appendice au point de vue pathologique. (LAQUIÈRE. *Journ. d'Urol. méd. et chir.*, t. XXII, nos 2 et 3, août et sept. 1926.) — 1° Le rein droit et l'appendice présentent des rapports anatomiques importants.

L'appendice peut s'accoler au rein, au bassinet, à l'uretère. De plus, les deux organes présentent des connexions vasculaires, lymphatiques et nerveuses.

2° Les rapports physico-pathologiques sont importants. On observe des phénomènes toxiques, infectieux, réflexes et congestifs. Les voies de l'infection sont particulièrement intéressantes : voie directe, voie veineuse, voie lymphatique et voie sanguine.

3° Les rapports en pathologie nous intéressent surtout. On peut observer :

Des lésions du bassinet (perforations, pyélite);

Des lésions de l'uretère (urétérite, périurétérite, rétrécissements, hydronéphrose, perforation);

Des phlegmons périnéphrétiques droits d'origine appendiculaire;

Des néphrites droites;

Des pyélonéphrites appendiculaires;

Des infections secondaires d'origine appendiculaire, localisées sur le rein droit par une affection préexistante (lithiase, hydronéphrose, rein mobile);

Des hématuries droites, de causes très diverses et encore discutées mais qu'on doit nettement rapporter à l'appendicite.

Dans tous ces cas, l'appendicectomie fait disparaître ces phénomènes. Enfin, l'appendicite est souvent associée au rein mobile, ce qui justifie une néphropexie avec appendicectomie par voie lombaire.

La suppuration de la loge rénale après néphrectomie pour tuberculeuse du rein et le traitement de l'uretère tuberculeux. (DOR. *Arch. franco-belges de chir.*, sept. 1926, p. 793.) — Pour l'auteur, la cause la plus fréquente de ces suppurations paraît être le moignon urétéral. Aussi, pour éviter l'infection de la loge rénale par l'uretère, il songe à l'isoler de l'atmosphère cellulo-graisseuse cruentée que constitue la loge rénale après la néphrectomie.

Le moignon urétéral est isolé dans un drain de 15 centimètres environ qui sort à la partie inférieure de l'incision. Cette dernière est suturée dans le reste de son étendue, sauf en un point où l'on drainera quarante-huit heures la loge péri-rénale.

Au cas d'uretère peu altéré, injecter de temps à autre par le drain qui isole le moignon et pour le momifier, de l'éther salolé ou iodoformé. En cas de gros uretère infiltré, suintant, se servir d'iode, de chlorure de zinc, de nitrate d'argent.

L'ablation définitive du drain engaineur dépend de l'état de la plaie opératoire et de la cicatrisation de la loge rénale. En général, ce drain peut être laissé en place quinze à vingt jours après l'opération. Mais il est parfaitement toléré quand on le laisse plus longtemps. Quand on l'a enlevé, il reste un trajet de calibre variable qui conduit directement à l'uretère. Dans ce trajet, tous les deux jours, on injecte un antiseptique faible et très rapidement les tissus se rapprochent et ont tendance à se combler. La cicatrisation doit se faire de bas en haut « en entonnoir ». En général, elle a lieu du huitième au quinzième jour après l'ablation du drain.

S'il persistait cependant un trajet fistuleux, il serait unique, mènerait directement au moignon urétéral et serait facilement accessible. On aurait ainsi évité l'inoculation de la loge, les fusées purulentes à directions multiples.

Chauvin et Tristant (*Arch. franco-belges de chir.*, nov. 1925, p. 1 008), préconisent au contraire :

1° Un seul petit drain;

2° De le placer le plus loin possible du moignon urétéral pour ne conduire vers ce dernier aucun germe d'infection associée. Le drain sera toujours dirigé en haut, dans la région du pôle supérieur, sous le diaphragme;

3° Drainer le moins longtemps possible. Après quarante-huit heures, le drain devient inutile et doit être retiré.

Les troubles génito-urinaires dans les petites hypertensions portales. (POTEL. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, mars 1926, t. XXI, n° 3, p. 193-202.) — L'auteur explique les troubles congestifs des prostatiques, surtout des prostatiques au début, par des poussées congestives passives d'origine porto-hépatiques.

La masse de toxines alimentaires résorbées congestionnent le foie, le sclérosent progressivement et diminuent sa perméabilité. Il en résulte une hypertension portale chronique qui distend les veines hémorroïdales puis les veines du plexus prostato-périnéal. Ces modifications anatomo-pathologiques s'effectuent lentement, sans bruit, pour donner naissance aux troubles dits « de petit prostatisme ». A la suite d'excès alimentaires plus marqués les capillaires hépatiques se bloquent, « la marée porte reflue », congestionne la prostate, empêche l'évacuation de l'urine occasionnant une crise de rétention aiguë.

L'absorption de grandes quantités d'eau provoque le même résultat : la marée trop brusquement abondante n'a pu traverser le filtre hépatique.

Ces notions ont une portée thérapeutique considérable. On avait d'ailleurs remarqué depuis longtemps qu'il suffisait de mettre les prostatiques au début à un régime végétarien pour voir disparaître, souvent pour un temps très long, les troubles dont se plaignait le malade.

De la cystite syphilitique. (AVRAMOVICI. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, juillet 1926, t. XXII, n° 1, p. 26, 31.) — Observation d'un cas de syphilis secondaire de la vessie. L'auteur attire l'attention sur un signe des plus intéressants : le retour périodique des manifestations de cystite.

Un cas de fracture du pénis. (REDI, *Journ. d'urol. méd. et chir.*, juillet 1926, t. XXII, n° 1, p. 36-44.) — Revue générale à l'occasion d'une observation personnelle.

Cowpérite calculeuse. (LAQUIÈRE et BOUCHARD. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, juillet 1926, t. XXII, n° 1, p. 47, 48.) — Tumeur périnéale, médiane, dure paraissant fuser en arrière

au-devant du rectum et prise pour une péri-urétrite chronique.

Au cours de la libération externe de l'urètre et sur le côté gauche de la portion bulbaire, ouverture d'une petite collection suppurée contenant une trentaine de petits calculs, jaune pâle, allongés, simulant des grains de blé. La paroi de la collection suppurée est réséquée sans qu'on intéresse les parois urétrales qui n'offrent aucune solution de continuité.

Les auteurs concluent qu'il s'agit d'un abcès de la glande de Cowper parce que :

1° Siège de la poche dans la région bulbaire ;

2° Position latérale de la poche ;

3° Indépendance de l'urètre ;

4° Structure de la paroi, surtout de la surface interne, lisse, tapissée par places d'épithélium.

La formation des calculs peut être expliquée par le dépôt de phosphates dans le liquide glandulaire infecté. Enfin, l'infiltration périnéale est manifestement due à la diffusion périglandulaire de l'infection.

Néoplasme bilatéral des testicules en ectopie iliaque, d'origine surrénale. (JUNGANO. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, août 1926, t. XXII, n° 2, p. 136-138.)

Kyste hydatique rétrovésical opéré par voie transvésicale. (COCHEZ et MARIEL. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, août 1926, t. XII, n° 2, p. 139-140.)

Anurie calculeuse et cathétérisme urétéral. (LOUBRIAT. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, août 1926, t. XXII, n° 2, p. 141.)

Complications urinaires des blessures de la queue de cheval. (MAISONNET [armée]. *XXVIe Congrès franç. d'urol.*, 5-9 oct. 1926.) — Les complications urinaires des blessures de la queue de cheval sont extrêmement fréquentes et graves, et les auteurs ont eu l'occasion d'en observer une vingtaine de cas au cours des dernières années. Elles sont sous la dépendance d'une rétention d'urine, partielle ou totale, constante. L'incontinence d'urine sans rétention ne s'observe pas, et l'existence de mictions automatiques inconscientes ne doit pas conduire à négliger la recherche d'une rétention.

Les constatations de la guerre et des auteurs conduisent à penser que les troubles urinaires que présentent les blessés de la queue de cheval démontrent l'existence de centres nerveux paramédullaires qui ont sous leur dépendance les phénomènes de la miction automatique, par opposition aux centres cérébraux qui règlent la miction consciente.

Le traitement des complications urinaires que présentent les blessés de la queue de cheval doit être prophylactique, et la cystostomie de dérivation doit être pratiquée lorsque les phénomènes de régression, presque constants à la suite de ces lésions, n'ont pas abouti à la disparition d'une rétention d'urine totale ou partielle.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 22 novembre. — Jury : MM. Balthazard, président; Couvelaire, Duvoir et Ecalle. — M. COHEN-SOLAL (René). Etude sur les vomissements gravidiques. — M. MAZIN (P.). Questions de jurisprudence médicale.

Mardi 23 novembre. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Jeannin, Nobécourt et Vaudescal. — Mlle COLOMBANI. Contribution à l'étude de l'adénome bénin de type décidual du corps de l'utérus. — M. ROULLET (E.). Etude du phénomène d'extinction de Schultz-Chautal. — M. LOUÉ (André). Chassaignac (sa vie, etc.).

Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten, par ORTNER. Bd II, 2 aufl., m. 15, geh., 18 geb. — Berlin und Wien, Urban et Schwarzenberg.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE

L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE[1]

PAR INFECTION SURAJOUTÉE

Les pneumopathies pneumococciques, dues à l'exaltation de virulence du pneumocoque, sont beaucoup plus fréquentes que la pneumonie érysipélateuse de Strauss; se manifestant sous différents types cliniques allant de la congestion pulmonaire simple et banale à la broncho-pneumonie. Elles aggravent singulièrement le pronostic.

Les complications de l'érysipèle de la face sont donc des plus *nombreuses*; mais elles sont aussi des plus *rares*.

FORMES CLINIQUES. — **1° Suivant la gravité de l'état et la durée générale**. — *a*. Forme ataxo-adynamique.

b. **Forme atténuée**.

c. **Forme abortive**.

d. **Erysipèle à répétition**. — Il est fréquent chez les lymphatiques, les sujets atteints d'eczéma, de coryza, de blépharite chronique, chez les sujets atteints d'une affection cutanée du visage (sycosis de la barbe).

Le type le plus fréquent de ces érysipèles à répétition est l'*érysipèle cataménial* qui récidive à chaque période menstruelle et s'atténue en général avec le temps.

e. **Erysipèle chronique**. — Il est l'aboutissant des érysipèles à répétition, se manifeste par un œdème dur de la peau avec épaississement du derme.

2° Suivant l'aspect de la plaque. — *a*. **Erysipèle hémorragique**. — Se manifeste sous des aspects un peu différents (érysipèle ecchymotique, érysipèle pétéchial couperosique, érysipèle hémorragique). D'une manière générale, c'est une forme grave d'érysipèle.

b. **Erysipèle blanc**. — La rougeur seule manque ; les autres symptômes existent.

Du reste, cette forme est assez spéciale à l'enfant; plus particulièrement encore au nourrisson et est rare à la face.

c. **Erysipèle scirrhoïde** (Borsieri). — La plaque prend un aspect chagriné dû à la présence de nombreuses et minuscules vésicules.

3° Suivant l'extension. — *a*. **Erysipèle serpigineux**. — Il ne s'étale pas régulièrement en tache d'huile. Il pousse en prolongements aberrants irréguliers et prend un contour sinueux.

b. **Erysipèle ambulant**. — Il quitte rapidement la face pour s'étendre au loin, gagner le tronc et les membres.

c. **Erysipèle fixe**. — A peu de tendance à l'extension.

4° Suivant le terrain. — Les érysipèles des diabétiques, des alcooliques, des hépatiques, des tarés sont des érysipèles graves. « Chez le diabétique, le cardiaque, le rénal, l'hépatique et l'alcoolique, l'érysipèle est une façon de mourir. » (Widal.)

PRONOSTIC. — Bénin dans la majorité des cas, l'évolution naturelle de l'érysipèle de la face étant la guérison. C'est la question du terrain qui joue un rôle de premier plan dans le pronostic (voir plus haut).

Survenant au cours des maladies aiguës il assombrit considérablement leur pronostic. Pourtant il a été considéré comme pouvant jouer un rôle curateur dans certains processus morbides (érysipèle salutaire).

DIAGNOSTIC. — **1° Positif**. — Il s'établit surtout d'après les signes locaux; les caractères typiques de la plaque érysipélateuse nettement limitée par son *bourrelet*.

De plus, on s'appuiera sur quelques signes décrits par Milian et qui ont une grosse valeur diagnostique.

a. Signe du maximum centrifuge;
b. Douleur à la pression;
c. *Inversion de l'oreille*.

2° Différentiel. — *A*. **Au début**. — En raison des signes généraux par lesquels l'érysipèle peut débuter, le diagnostic, dans certains cas, peut se poser avec la *scarlatine*, la *pneumonie*, l'*angine herpétique*.

B. **A la période d'état**. — Ce sont surtout les signes locaux qui vont être à discuter.

Le diagnostic est en général facile avec les affections suivantes :

ERYTHÈME SOLAIRE (notion d'étiologie).

ERYTHÈME PERNIO, s'observe en hiver, s'accompagne d'un prurit intense; n'est pas fébrile, frappe surtout le nez et les oreilles.

ERYTHÈME POLYMORPHE, est rarement localisé au visage seul.

URTICAIRE, ne s'accompagne pas de fièvre mais de démangeaisons intenses, est plus ou moins généralisé.

DERMITES NON STREPTOCOCCIQUES. — a. *Externes*. — L'application d'eau sédative, d'arnica, d'acide phénique, de thapsia, de teintures, les rayons X peuvent donner lieu à des dermites qui, si l'on néglige d'interroger le malade, ressemblent à première vue à l'érysipèle.

b. *Internes*. — Il en est de même pour certaines dermites d'origine alimentaire (intoxication) ou médicamenteuse (antipyrine, iodoforme).

L'ECZÉMA AIGU. — Pas de bourrelet, pas de fièvre, pas d'adénopathie ni de douleur à la pression.

ZONA OPHTALMIQUE. — Prête peu à discussion en raison du siège même de l'éruption et de ses caractères.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX.

Certaines affections s'accompagnant comme l'érysipèle de signes généraux plus ou moins intenses seront cependant facilement reconnues :

Oreillons,
Furoncles,
Fluxions dentaires,
Dacryocystites,
Phlegmons diffus,
Mastoïdite.

Donc en général facile avec toutes les affections précédentes, il peut être plus difficile avec la *lymphangite*, et, dans certains cas, du reste exceptionnels, devenir très difficile, car la *variole confluente*, l'*œdème malin des paupières* dû à la bactéridie charbonneuse, la *morve aiguë* peuvent, dans certains cas, simuler l'érysipèle.

TRAITEMENT. — *a*. **Interne**. — Tonifier l'organisme (toniques diurétiques). Si besoin est, injections de métaux colloïdaux.

b. **Local**. — Lavage des paupières, des narines, du pharynx, de la bouche avec des solutions antiseptiques.

Pansement des plaies ou écorchures que l'examen aura révélées en d'autres points du corps.

Quant à l'application de pommades ou d'antiseptiques sur la plaque, elle est des plus discutées; se méfier, d'une manière générale, des antiseptiques forts et irritants.

On a proposé :

Les applications d'un mélange à parties égales de traumaticine et d'ichtyol, renouvelées plusieurs fois dans la journée; les badigeonnages larges de teinture d'iode au 1/20 (Besset, Léchelle, Walther et Touraine).

c. **Prophylactique**. — De lui-même l'érysipèle est peu contagieux, néanmoins les mesures d'isolement et de désinfection restent en vigueur.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 90, p. 1454, et n° 92, p. 1486.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 23 novembre. — Questions données : « Complications des fractures de côtes. — Signes et diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique. »

MM. Dublineau, 18; Davioud, 22 1/2; Mlle Pithon, 26; MM. Audemar, 16; Vidal-Naquet, 15; Gavois, 10; Pellé et Buisson, 23 1/2; Asselin, 18; Garnier, 20 1/2.

— Prix Civiale. — Jury : MM. Caussade, Claisse, Méry, Launay, Auvray.

— Répartition, dans les services hospitaliers, de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1927-1928. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1927-1928, savoir :

MM. les élèves internes pour entrer en fonctions le 5 janvier 1927. — Internes et internes provisoires, le mardi 28 décembre 1926, à 14 h. 30.

MM. les élèves externes pour entrer en fonctions le 15 janvier 1927. — Ceux de 6e, 5e et 4e année, le mardi 4 janvier 1927, à 14 h. 15; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1924), le jeudi 6 janvier, à 14 h. 30; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1925), le samedi 8 janvier, à 14 h. 30; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1926), le mardi 11 janvier, à 14 h.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes le 5 janvier et le 1er mars 1927 : 1° à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à l'institution Sainte-Périne et à la fondation Chardon-Lagache; 3° à l'asile pour les enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées); 4° à l'hôpital Marin de San Salvadour (Var), sera ouvert le lundi 20 décembre 1926, à 9 heures dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du service de santé), à partir du lundi 29 novembre jusqu'au mercredi 8 décembre 1926 inclusivement, de 14 à 17 heures.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Clinicat obstétrical.* — Sont proposés :

Titulaires : MM. Lacomme et Ravina (Baudelocque); Denoy et Robin (Pitié); de Peretti della Rocca et Jacquet (Tarnier).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Frey, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin), en remplacement de M. le docteur Courbon, appelé à un autre poste.

— M. le docteur Guiard, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne), a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), en remplacement de M. le docteur Thibaud, admis à la retraite.

— Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), par suite du départ de M. le docteur Frey.

— Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne), par suite du départ de M. le docteur Guiard.

SUBVENTION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La Chambre des députés a voté mardi un amendement de M. Pinard augmentant de 40.000 francs le crédit relatif à l'Académie de médecine en vue d'assurer d'une façon convenable son éclairage et son chauffage.

LES ASSURANCES SOCIALES ET LES HONORAIRES DES MÉDECINS. — Dans sa dernière séance, la Commission sénatoriale de l'hygiène a entendu une délégation de l'Union des syndicats médicaux et a présenté certaines observations sur le projet concernant les assurances sociales, réclamant dans certains cas le droit de s'entendre directement avec les clients sur le taux de leurs honoraires.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES. — L'assemblée générale annuelle de l'Association pour le développement des relations médicales aura lieu le mardi 30 novembre, à 17 h., salle du Conseil, Faculté de médecine, sous la présidence de M. Yvon Delbos, député, ancien ministre de l'Instruction publique.

Ordre du jour. — 1° Allocution de M. le Doyen;

2° Compte rendu annuel, par M. le professeur Hartmann, président;

3° Compte rendu financier, par M. le docteur Lemaître, trésorier.

4° Renouvellement statutaire du tiers des membres du Conseil ;

5° Questions diverses.

Les membres soumis au renouvellement sont : MM. Bezançon, Carnot, Couvelaire, Dartigues, Hadgès, Lemaître, Michon, Pierra, Roger, Trèves.

Le Conseil propose de nommer, en outre, MM. Gros et Okinczyc qu'il a convoqués régulièrement à ses séances lorsqu'il y avait à discuter des questions intéressant les Américains ou les Polonais.

CHRONIQUE

LA HUITIÈME SESSION DU COMITÉ D'HYGIÈNE DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS

La huitième session du Comité d'hygiène s'est tenue à Genève le mois dernier, sous la présidence du professeur Th. Madsen, de Copenhague.

Il ressort de ses travaux que l'*organisation de l'hygiène* se poursuit avec activité dans le monde entier. Tous les pays d'Extrême-Orient, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont apporté la collaboration la plus utile. Il en a été de même des médecins des services coloniaux d'Afrique.

La *commission du cancer* a étudié un rapport sur la fréquence de la mortalité par le cancer du sein et de l'utérus; sur l'influence des races, et sur l'efficacité des promptes interventions chirurgicales.

La commission de la standardisation des sérums et des produits biologiques qui examine la possibilité d'arriver à des accords internationaux sur les méthodes employées pour mesurer l'efficacité des sérums et des antitoxines ainsi que de médicaments tels que l'insuline, l'extrait de thyroïde ou de pituitaire, etc., s'est réunie sous la présidence du professeur Th. Madsen.

Les travaux de la Commission durent depuis plusieurs années; ils ont comporté des conférences à Londres, à Paris et à Genève auxquelles les principaux Instituts de sérologie et d'épidémiologie du monde entier étaient représentés; ils ont provoqué également de nombreuses recherches dans les laboratoires conformément au plan d'ensemble élaboré par ces conférences.

En ce qui concerne le sérum antidiphtérique, les expériences faites au laboratoire central de Copenhague avec des sérums standardisés de Londres, Francfort, Copenhague et Washington, conformément à la résolution adoptée par la Conférence de Paris de 1922, ont permis de constater l'identité des standards. Les recherches effectuées dans ce domaine ont donc abouti à un succès.

La Commission a, en outre, décidé d'établir une unité internationale pour le sérum antitétanique. Les divers Instituts qui étaient représentés à la Conférence établiront un standard conforme à cette nouvelle unité. Afin de s'assurer de l'identité de ces standards, l'Institut national sérothérapique du Danemark fera faire chaque année des études comparatives sur les sérums standardisés en usage dans différents pays.

En ce qui concerne le sérum antidysentérique, la Commission a demandé que l'on ait recours à nouveau, comme l'avait proposé l'Institut sérologique de Copenhague, aux méthodes de recherches qui ont été appliquées pour ce qui concerne le sérum antidiphtérique. Les Instituts américain, britannique et polonais ont été priés de continuer, en collaboration, l'étude des nouvelles méthodes spécifiques pour le diagnostic, le traitement et l'immunisation de la fièvre scarlatine.

La Commission a décidé, d'autre part, d'entreprendre des études comparatives entre les standards existant (à Francfort, au Japon et à Paris) pour la tuberculine humaine et bovine. Tels sont les principaux résultats en ce qui concerne les sérums et réactions sérologiques.

Pour ce qui est des produits biologiques, le résultat le plus important est l'adoption et l'usage universel d'un standard international pour l'insuline, adopté par la Conférence pour la standardisation des produits biologiques qui s'est réunie à Genève en septembre 1925.

L'Organisation d'hygiène a publié des exposés sur la méthode de préparation du standard, sur les expériences internationales d'après lesquelles une unité a été établie et des méthodes en usage pour déterminer la valeur des préparations d'insuline par comparaison avec le standard.

Assistaient à cette réunion : le docteur H. H. Dale du « National Institute of medical Research de Londres » ; le professeur Louis Martin, directeur adjoint de l'Institut Pasteur de Paris; le professeur Nocht, directeur de l'Institut de médecine tropicale de Hambourg; le professeur Kolle, président de l'Institut de médecine expérimentale de Francfort; le professeur Madsen (de Copenhague).

Le Comité s'est encore occupé de la *maladie du sommeil*, du *paludisme*, de la *mortalité infantile*, des statistiques de *décès*, de l'*éducation physique*, de la *rage*, de l'*assurance-maladie* et des *échanges de personnel sanitaire*.

Des crédits ont été prévus pour la création de bourses d'études individuelles dans les pays d'Extrême-Orient et de l'Amérique latine.

Le Comité s'est enfin occupé des *bureaux de renseignements épidémiologiques*. Il a examiné un rapport du docteur Raynaud (d'Alger) sur la possibilité d'établir un bureau en Algérie centralisant les renseignements d'Afrique, et il a constaté les grands services rendus par le bureau de Singapour qui répand gratuitement toutes les semaines par T. S. F. les bulletins reçus de 112 ports d'Asie, d'Australasie et de la Côte orientale d'Afrique.

L. G.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

A VENDRE 5 TABLES OPÉR., montées sur chariot, susceptibles mouvements différents. Etat de neuf.
M. GÉRARD, 5, rue Rouelle, Paris-XVe.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DU CORPUSCULE INTERCAROTIDIEN

Par MM. Georges LECLERC et Jean DUBARD
(DE DIJON)
[SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE]

Les tumeurs du corpuscule intercarotidien n'ont plus aujourd'hui ce caractère d'exception que leur avait assigné les premiers auteurs allemands en particulier Marchand, qui en 1891, à l'occasion du jubilé de Wirchow, en avait donné la première description. A l'heure actuelle, la littérature médicale en compte environ une centaine; mais, néanmoins, la publication d'un cas inédit est toujours chose intéressante. D'autre part, la difficulté du diagnostic, l'incertitude du médecin vis-à-vis de la conduite à tenir, enfin, l'absence d'un travail résumant les connaissances acquises à ce jour sur cette question, nous paraissent suffire pour légitimer un essai de revue générale.

Le corpuscule normal. — Avant de commencer l'étude à proprement parler des tumeurs de la glande intercarotidienne, il ne nous paraît pas inutile de rappeler en deux mots ce qu'est le corpuscule lui-même.

Haller dès 1762 avait reconnu l'existence, en arrière de la bifurcation de la carotide primitive, d'un petit nodule arrondi, mesurant 6 millimètres de haut, 4 millimètres de large et 2 millimètres d'épaisseur, appliqué contre l'artère elle-même, par la gaine du paquet vasculo-nerveux, et relié par un petit pédicule artériel le ligament de Mayer.

Dans la suite, grâce aux travaux de Luschka, d'Arnold et de Siuitzer de Copenhague, on connut mieux ce petit corpuscule dont il faut cependant dire que même maintenant la signification reste imprécise. Les uns en faisaient, Andersch dès 1797, un ganglion nerveux. Après lui Luschka rapprocha le ganglion des capsules surrénales, ensuite, Arnold en fit une glande vasculaire. Aujourd'hui, on est revenu à la théorie de Luschka et on le rattache au système parasympathique. En effet, Stilling, dont les travaux ont été confirmés en 1900 par Kohn, a trouvé dans l'intérieur de la glande des cellules semblables à celles que l'on voit dans la couche médullaire des capsules surrénales, des cellules chromaffines.

Pour ces auteurs, la glande carotidienne se compose essentiellement d'un réticulum conjonctif dans les mailles duquel se trouvent des amas de cellules d'aspect épithélial, ces cellules sont volumineuses, arrondies ou ovalaires, mais presque toujours polyédriques par pression réciproque. Elles possèdent une affinité spéciale pour les réactifs chromiques : ce sont des cellules chromaffines. Outre son tissu conjonctif et ses éléments épithéliaux, la glande carotidienne possède un riche lacis de capillaires sanguins, à parois minces à contours irréguliers appartenant à la variété des capillaires sinusoïdes. Chez l'homme, à un âge avancé, la glande carotidienne subit des modifications dans sa structure. Les cellules épithéliales disparaissent en même temps que s'hypertrophient le tissu conjonctif et les vaisseaux.

Les artères nourricières tirent leur origine du fond de la bifurcation carotidienne, elles sont au nombre de quatre ou cinq et pénètrent dans la glande par son pôle inférieur. Les veines au nombre de trois ou quatre, s'échappent du côté opposé de la glande et vont se jeter dans la veine laryngée supérieure, la linguale et les veines pharyngées. Les nerfs sont très nombreux et proviennent de sources différentes, sympatique, pneumogastrique, glosso-pharyngien, grand hypoglosse. Les nerfs abordent la glande par son pôle supérieur, on peut suivre les fibres nerveuses, soit à myéline, soit sans myéline, jusque sur les minces travées conjonctives. Outre les fibres nerveuses, la glande possède encore quelques cellules nerveuses ganglionnaires comme tous les organes chromaffines.

Actuellement, on conteste la nature paraganglionnaire de la glande intercarotidienne, cela tient surtout au fait que les cellules ne sont pas toujours chromaffines, mais cet argument est de peu de valeur. Il repose sur le fait que le paraganglion type, le premier connu, la médullaire surrénale est chromaffine et que l'on a considéré la chromaffinité comme une réaction absolument caractéristique de tous les paraganglions possibles; or, il faut donner le nom de paraganglion à toutes les glandes endocrines de souche nerveuse fonctionnant pour les nerfs.

Les paraganglions ainsi définis ne fonctionnent pas forcément de façon identique ni probablement pour les mêmes nerfs. Dès lors, il n'y a aucune raison pour que leur produit de sécrétion soit identique et soit de l'adrénaline. Dans ces conditions si la chromaffinité caractérise les cellules adrénalinogènes, il n'y a aucune raison pour qu'elle existe dans les cellules qui en travaillant pour les nerfs sécrètent quelque chose. D'ailleurs, à ceux qui refusent la valeur paraganglionnaire à la glande carotidienne, nous pourrons répondre que notre tumeur a les caractères morphomologiques identiques à ceux des tumeurs médullosurrénales et ne ressemblent à rien autre.

Observation personnelle. — *Tumeur intercarotidienne. Ablation de la tumeur ayant entraîné la résection de la fourche des carotides. Guérison* (1). — Il s'agit d'une malade de trente-sept ans ayant dans ses antécédents une scarlatine à seize ans, une rougeole à vingt ans, une crise de rhumatisme articulaire aigu à trente ans et ayant eu deux enfants.

Elle entre dans le service de clinique chirurgicale en juin 1923 pour une tumeur du cou. C'est en 1916 qu'elle s'est aperçue pour la première fois de son existence. C'était à cette époque une petite glande de la grosseur d'une noisette située du côté gauche en arrière de l'angle du maxillaire. Cette tumeur augmenta progressivement de volume; depuis un an elle est cependant restée à peu près stationnaire.

Il n'existe aucune gêne dans les mouvements du cou, aucune douleur, pas de dysphagie de dysphonie ni de troubles de la respiration.

L'examen montre l'existence d'une tumeur du volume d'une orange occupant la région carotidienne moyenne du côté gauche. Elle s'étend en hauteur depuis une ligne passant par le bord inférieur du cartilage thyroïde jusqu'à un doigt au-dessous de la pointe de l'apophyse mastoïde; en avant elle arrive jusqu'au niveau de l'angle du maxillaire en s'engageant un peu dans la région sous-maxillaire; en arrière, elle s'arrête à trois doigts de la ligne des apophyses épineuses. C'est une tumeur ovoïde, de consistance assez dure et à peu près uniforme, située sous le sterno-cléidomastoïdien. Elle est mobile latéralement et immobile de haut en bas, elle ne suit pas les mouvements du larynx dans la déglutition. Elle est animée de battements très nets, perceptibles à la vue et à la palpation, et est, à l'auscultation, le siège d'un souffle systolique.

La première pensée qui vient à l'esprit est donc qu'il s'agit d'un anévrisme carotidien. Mais la tumeur ne présente qu'une

(1) G. Leclerc. *Soc. de chir. de Paris*, 1925.

expansion douteuse, et il n'est pas possible d'en obtenir la réduction, même partielle. En outre, les artères temporales et faciales ont leurs battements synchrones à la pulsation radiale.

Il ne s'agit pas non plus d'un ganglion néoplasique secondaire à une lésion de la bouche, du pharynx ou du larynx car l'examen de ces organes fait par notre collègue spécialisé montre leur intégrité.

Il n'existe d'ailleurs pas de ganglions autour de la tumeur, sauf dans les deux régions sous-maxillaires où on en perçoit quelques-uns.

L'examen des yeux montre une légère exophtalmie, mais celle-ci a, paraît-il, toujours existé, les réflexes pupillaires sont normaux.

Il existe un léger degré d'asymétrie faciale, le côté droit étant un peu moins développé que le côté gauche.

Le diagnostic de cette tumeur est très hésitant. La malade est présentée à la Société des sciences médicales de la Côte-d'Or où les opinions se partagent entre tumeur et anévrisme.

Le 11 juillet 1923 intervention (docteur Leclerc) ; anesthésie au kelène-éther suivie de chloroformisation à la sonde. Incision stellaire de Morestin. Après avoir sectionné le sterno, on peut inspecter les rapports de la tumeur et se rendre bientôt compte que la carotide primitive la pénètre par le bas et se perd dans la masse tumorale un peu avant la bifurcation. La tumeur n'est d'ailleurs animée d'aucun mouvement d'expansion. Elle est solide, plutôt dure. Ce n'est pas un anévrisme, mais très certainement une tumeur de la glande carotidienne.

En essayant de l'isoler, la carotide primitive se trouve ouverte à un moment donné. On se voit obligé de continuer l'opération et de réséquer la tumeur. Cette résection entraîne celle de la fourche carotidienne. En cours d'opération, la jugulaire interne est réséquée; le pneumogastrique n'est point reconnu.

L'examen de la pièce enlevée montre qu'il s'agit d'une tumeur de consistance ferme et présentant à la coupe un aspect qui rappelle celui des fibromes. La fourche carotidienne est absolument incluse dans la tumeur et les lumières vasculaires y sont deux fois moins larges que normalement. Il est certain que l'exérèse ne pouvait s'effectuer en respectant les vaisseaux.

Les suites opératoires furent assez compliquées. Il y eut surtout au début une dysphagie absolue qui obligea l'alimentation avec une sonde pendant une quinzaine de jours. Il y eut en outre une aphonie complète et des phénomènes pulmonaires assez importants, localisés surtout à la base droite. Mais il n'y eut aucun phénomène paralytique ni cérébral.

Au bout d'une quinzaine de jours, l'amélioration se fit progressivement et un mois après l'opération, l'état était le suivant : la malade commence à se lever, sa dysphagie a presque disparu, mais sa voix est toujours dysphonique. Elle se plaint de faiblesse générale, de douleurs et de sensations de constriction dans la région précardiale. En outre, elle tousse et crache toujours assez abondamment. L'examen montre que la plaie opératoire est cicatrisée; la langue se dévie fortement du côté opéré. Les pupilles, toutes deux très dilatées, sont égales. Le cœur est normal. L'auscultation des poumons révèle encore une respiration très soufflante avec des râles à la base droite.

Quinze jours après, la malade quitte le service; avant sa sortie, elle est examinée par mon collègue laryngologiste, le docteur Gault qui constate :

Une paralysie de la corde vocale gauche;

Une paralysie du voile à gauche;

Une paralysie du constricteur supérieur du pharynx à gauche;

Une paralysie de la moitié gauche de la langue.

En outre, anesthésie du voile du palais et de l'hémilarynx gauche.

Les nerfs intéressés paraissent donc être le glossopharyngien, le pneumogastrique et la branche interne du spinal.

La malade a été revue deux ans après. Elle avait toujours la voix un peu voilée et se fatiguait rapidement en causant. Elle s'étranglait assez facilement lorsqu'elle buvait sans précaution.

L'examen histologique de la pièce a été pratiquée par le professeur Pierre Masson (de Strasbourg) et on en trouvera plus loin la relation.

Etiologie. Anatomie pathologique. — Point commun avec beaucoup de néoplasmes, l'apparition d'une tumeur intercarotidienne ne paraît entrer en rapport avec aucun phénomène patologique connu. On n'a pas plus le droit d'invoquer la tuberculose que la syphilis, et dans de nombreuses observations, la nôtre en particulier, on peut dire que la malade était indemne de toute tare héréditaire ou acquise qui aurait pu en expliquer la pathogénie.

C'est une tumeur des jeunes, ou tout au moins débutant chez un sujet n'ayant pas encore atteint l'âge mûr. L'âge d'apparition varie entre dix-sept et trente-cinq ans bien que des interventions aient été pratiquées jusqu'à soixante ans. Ce fait est expliqué par la lenteur de l'évolution et par le silence symptomatique qui ont permis au malade de la supporter pendant des années (von Heinleth rapporte un cas opéré quarante ans après le début apparent).

Si l'âge semble jouer un rôle important, par contre le sexe n'influe pas. Les cas signalés se retrouvent à peu près en nombre égal chez l'homme et chez la femme. De même le côté est indifférent et on connaît autant de tumeurs droites que de tumeurs gauches; aussi il nous semble inutile de reproduire les explications d'Heinleth au sujet de la plus grande fréquence qu'il avait observée à gauche. Son hypothèse, basée sur la plus grande obliquité des vaisseaux étendus de la carotide au corpuscule gauche, invoqualt une irritation des capillaires, par un choc sanguin plus violent. Il nous a été permis, en feuilletant les statistiques à ce sujet, de nous rendre compte que le côté importait peu, et on ne peut retenir l'explication uniquement mécanique de von Heinleth.

Le point de départ de la tumeur est rétrocarotidien, bridée en arrière par la gaine du paquet vasculo-nerveux, le ganglion hypertrophié va se développer vers la surface en contournant lentement les carotides, et petit à petit la fourche de la bifurcation sera enserrée par le néoplasme. Puis dans la suite, les carotides seront complètement noyées dans le tissu tumoral, rarement isolées par un plan de clivage qui permettrait une intervention conservatrice au point de vue des artères. Le plus souvent, les tuniques sont intimement adhérentes, et il faudra soit se résigner à réséquer tumeur et fourche, soit sculpter les carotides dans la masse et qui en moyenne est comparable à celle d'un œuf. Quelquefois enfin, soit du fait d'un développement plus marqué vers le bas, soit du fait d'un volume inusité, la tumeur englobera véritablement la fourche. La bifurcation se fera, comme dans l'autre cas à l'intérieur de la tumeur elle-même. Nous avons encore retrouvé huit autres cas, dans lesquels la fourche carotidienne incluse rapportée par Baltauf 1892 (deux cas), Malinowsky 1899, von Heinleth 1900, Randisi 1912, Neuber 1913, Morestin 1916 et Descarpenteries 1922. La coloration assez uniforme est teintée de violet, rappelant celle du corps thyroïde, quoique certaines tumeurs aient une couleur brunâtre, d'autres au contraire blanchâtre. Il n'y a donc pas là au point de vue de la teinte une uniformité constante.

La surface est ordinairement lisse, ou à peine bosselée.

La consistance serait caractéristique, molasse, légèrement élastique. Nous voulons, non pas nous élever contre cette conception de mollesse le plus grand nombre des observations publiées (montre que c'est là la consistance ordinaire) mais attirer l'attention sur ce fait, que dans certains cas, la tumeur est au contraire très ferme. Nous avons vu dans l'obser-

vation précitée, que nous nous étions trouvés en face d'un cas de tumeur dure. Ce cas n'est pas non plus isolé, et en feuilletant rapidement les observations connues, nous avons pu rassembler quatre cas semblables publiés par Paltauf, Kopfstein, Faucon (thèse Anquez), Descarpenteries.

Quelle que soit leur consistance, il y a toujours, limitant la glande, une capsule fibreuse parfois très épaisse qui envoie quelques travées conjonctives dans son intérieur. Il n'est, à notre connaissance, qu'un cas dont la limitation paraît avoir été moins nette. Siniouschine dit que la capsule d'une tumeur carotidienne qu'il avait enlevée, adhérente au plan voisin envoyait des prolongements dans tous les sens.

Mais, les rapports les plus intéressants sont donnés par ceux que contractent avec le néoplasme les éléments du paquet vasculonerveux. Les artères sont logées soit dans des gouttières plus ou moins profondes à la surface de la tumeur, schéma 1, soit dans un canal complet, schéma 2. La plus régulièrement enfouie est la carotide externe, avec sa première branche, l'artère thyroïdienne supérieure. Malgré cet enclavement toutes les branches linguale, faciale, pharyngienne ascendante naissent en leur lieu normal. La carotide interne est plus tardivement prise, et dans de nombreuses observations elle n'était que logée dans une gouttière creusée à la face postérieure de la glande d'où il a été possible à l'intervention de la libérer. Cependant certaines tumeurs entourent complètement les deux carotides et même la fourche carotidienne, schéma 3, ce qui ajoute un facteur de gravité à l'extirpation.

L'état des tuniques est variable. Dans certains cas, l'existence d'un plan de clivage explique l'intégrité absolue des parois. Dans d'autres, au contraire, la paroi est intimement adhérente et semble envahie par le néoplasme.

Enfin, disons que si, ordinairement, le calibre des vaisseaux n'est pas modifié dans certains cas (voir notre observation), il existe un rétrécissement très réel et très visible des carotides, ce qui comme nous le verrons dans la suite peut avoir une importance au point de vue du pronostic opératoire.

Les connexions vasculaires de la glande achèvent de rendre plus intimes ces adhérences par l'existence d'un petit pédicule artériel et veineux connu sous le nom de ligament de Mayer.

La jugulaire interne dans la moitié des cas adhère à la face postérieure de la capsule, mais le plus souvent on arrive à l'en séparer.

Les nerfs peuvent aussi être engainés. Le pneumogastrique a dû être réséqué un certain nombre de fois. En ce qui nous concerne la paralysie de la corde vocale gauche signalée par l'examen laryngocospique en est une preuve. Le sympatique n'est le plus souvent qu'irrité, mais non envahi, c'est ainsi que beaucoup d'observations rapportent des cas d'enophtalmie, de mydriase, de rétrécissement de la fente paltébrale. Parfois c'est seulement l'un de ces trois termes que l'on retrouve chez un malade. La dilatation pupillaire est le plus fréquent.

La chaîne ganglionnaire lymphatique, quoique immédiatement contiguë, a toujours été indemne, sauf dans le cas de Kopftein-Maydl.

A la coupe, la tumeur semble gorgée de sang, avec une tranche de section finement granuleuse. De place en place, existent des îlots blanchâtres plus denses à l'aspect fibreux.

L'étude de la structure histologique des tumeurs du ganglion intercarotidien a fait l'objet de nombreux travaux, et l'interprétation des coupes examinées varie suivant les auteurs.

En France, ce sont Reclus et Chevassu qui ont, dès 1903, donné mémoire complet de la question.

Pour eux, la tumeur est entourée d'une capsule plus ou moins épaisse, formée de tissu conjonctif normal, banal. Dans cette coque, la tumeur est dans la plus grande partie de son étendue, constituée par deux éléments des vaisseaux et des cellules.

Les vaisseaux sont excessivement minces. La tunique musculaire n'existe plus, on trouve seulement un endothélium doublé par place et seulement sur les plus volumineux d'entre eux une couche conjonctive toujours fort mince.

Sur la coupe, ils sont représentés par de longues fentes plus ou moins rectilignes se bifurquant, se ramifiant, mais conservant toujours leur endothélium. Petit à petit, leur lumière se rétrécit et ils n'apparaissent plus alors que comme une simple travée à double contour. Exceptionnellement, on trouve des globules rouges à leur intérieur : les vaisseaux en somme sont plus des cavités hématiques, des lacs sanguins baignant les cordons cellulaires que des artères, car on ne retrouve plus à ce niveau les tuniques qui devraient les caractériser.

Au milieu de ce réticulum sanguin, sont disposées des cellules en amas plus ou moins volumineux, en cordons plus ou moins importants suivant l'angle par lequel leur axe a été intéressé par la section.

La cellule en elle-même est un champ polygonal, contenant des granulations abondautes, sans caractères spéciaux, si ce n'est la présence en quelques points d'une pigmentation brun foncé. Le noyau est volumineux, facilement colorable, mais n'atteint jamais les dimensions monstrueuses que l'on trouve réquemment dans les néoplasmes. Telle est pour Reclus et Chevassu, la structure de la tumeur de la glande intercarotidienne.

Anquez, qui en 1914 étudia un cas de tumeur semblable aboutit en ce qui concerne l'anatomie pathologique de la glande à des conclusions un peu éloignées de celles que nous venons de voir. Pour lui, il existe deux zones bien nettes. L'une interne, fibreuse, constituée par du tissu conjonctif ordinaire, l'autre externe épithéliale constituée par de nombreux cordons cellulaires. Il n'y aurait pas ses espaces endothéliaux et les vaisseaux conserveraient toujours leurs enveloppes fibreuses et musculaires. Enfin, et ceci est un point sur lequel Reclus et Chevassu n'ont pas insisté, les cellules malgré une fixation de début défectueuse, lui auraient donné une réaction de chromaffinité positive.

Lecène, dans une pièce provenant d'une tumeur enlevée par Descarpenteries, retrouve la disposition périépithéliale signalée par Reclus et Chevassu. Il retrouve aussi la formation en cordons pleins entourés d'une gangue conjonctive variable suivant les points du néoplasme envisagés. L'aspect de l'ensemble de la coupe est celui d'une glande intercarotidienne normale et de plus lui aussi aurait constaté en plusieurs points de la préparation la présence de granulations chromaffines.

Nulle part, les karyokinèses monstrueuses, d'infiltrations de tissu épithélial dans le stroma conjonctif, de prolifération anormale et, pour lui, cette tumeur n'est pas un néoplasme : c'est plutôt une hyperplasie du corpuscule rétro-carotidien normal, hyperplasie dans laquelle le tissu fibreux joue un rôle prépondérant.

Van Bogaert, en 1924, a étudié un cas de tumeur carotidienne bilatérale. A l'examen de la coupe il ne trouve pas l'abondance du tissu fibreux décrit précédemment par Lecène, mais l'ensemble de la préparation présente le même aspect : ce sont de nombreux cordons cellulaires diversement intéressés par les sections.

Ces cordons sont sinueux et s'anastomosent en figures complexes et polymorphes se peletonnant par place, mais nulle part on ne trouve de cavité centrale au milieu de ces pelotonnements malgré l'aspect pseudo-asineux de l'ensemble.

Les cellules qui constituent les boyaux épithéliaux ont des contours peu distincts : donnant l'illusion d'un syncytium. Leur limite n'apparaît qu'au fort grossissement et n'est pas constituée par des membranes nettes.

Individuellement chaque cellule est sphéroïde mais elle peut, suivant la place qu'on examine, prendre l'allure polygonale, par pression réciproque, une forme plus ou moins étirée, même fusiforme comme c'est le cas dans la couche souscorticale.

Le cytoplasme est fortement acidophile, finement grenu, peut-être chromaffine, mais l'auteur n'a pu vérifier cette propriété par suite d'une mauvaise fixation. Dans beaucoup de cellules on note une vacuole excentrique, remplie d'un liquide homogène, prenant facilement le bleu d'aniline.

Le noyau est de taille assez variable : du simple au double suivant les cellules, il porte un réseau de chromatine finement réticulé. De même, si la taille du noyau est assez variable sa forme est sujette aussi à des différences de cellule à cellule intéressantes à noter : parfois lobé, quelquefois étiré, fusiforme, ou même double, il est le plus souvent arrondi ou ovalaire.

Entre les travées cellulaires, on trouve de nombreux capillaires, dont la structure rappelle celle décrite par Reclus et Chevassu : c'est une simple assise endothéliale, séparant la masse sanguine des éléments cellulaires.

Cependant, en d'autres endroits la lame endothéliale est renforcée de tissu collagène important avec de temps en temps une fibre lisse ébauche de musculature.

Quant au tissu conjonctif proprement dit sa répartition est très capricieuse : elle va de la simple cloison séparant les cordons cellulaires, jusqu'à la masse globuleuse épaisse et presque visible à l'œil nu.

En résumé, pour Van Bogaert la tumeur carotidienne ou du moins le cas bilatéral étudié par lui, se présente comme une masse épithéliale, répartie en travées en relation intime avec des capillaires sanguins, et ici on évoque involontairement l'idée d'une glande endocrine.

Tous les caractères précités de cette tumeur ont été retrouvés par Paltauf et Kohn sur les glandes intercarotidiennes de l'embryon. Il faudrait ajouter aussi à l'étude de Van Bogaert la recherche de la chromaffinité : mais si cet auteur, pour des raisons de technique ne l'a pas faite, nous savons que d'autres dans des cas analogues de tumeur avaient trouvé cette réaction positive.

La tumeur qui fait l'objet de notre observation a été examinée au point de vue histologique par le professeur Masson (de Strasbourg), il a eu l'obligeance de nous communiquer le résultat de son examen très précis et très complet qui augmente beaucoup l'intérêt de notre cas.

La tumeur a une structure lobée et lobulée manifeste, chaque lobe répondant au territoire de distribution d'un large vaisseau sanguin, chaque lobule au groupe d'éléments tumoraux irrigués par les branches de ce vaisseau.

Les lobes sont séparés les uns des autres par des cloisons fibreuses plus ou moins épaisses dans lesquelles on reconnaît des amas de cellules humorales, vestiges de lobules involués, envahis par la sclérose. Du premier coup d'œil on se rend compte que la tumeur prolifère et s'accroît en certains points, alors que dans d'autres elle régresse sans présenter nulle part de lésions dégénératives brutales ni de foyers nécrotiques.

Les lobes en pleine évolution sont très pauvres en tissus conjonctifs.

Autour du vaisseau nourricier principal, dont la lumière large est bordée par un endothélium qui repose directement sur un étui conjonctif lâche et qui, dépourvu de tunique musculeuse, a les caractères d'un volumineux capillaire, on distingue les ramifications très nombreuses de celui-ci. Elles perdent rapidement leur gaine conjonctive et se divisent en d'innombrables sinusoïdes qui se distribuent aux éléments proprement dits de la tumeur.

Ces éléments sont des cordons irréguliers, anastomosés en tous sens et de section à peu près circulaire. Leur diamètre varie du simple au quadruple. Etroitement serrés les uns contre les autres, ils ne ménagent entre eux que la place occupée par les sinusoïdes dont l'endothélium est exactement appliqué sur eux, sans interposition de lame conjonctive. C'est dire que la lumière de ces vaisseaux est de forme très capricieuse et commandée par celle des cordons cellulaires sur lesquels ils se moulent.

Ce n'est pas à dire que les lobules tumoraux soient dépourvus de soutènement conjonctif. Dans les lobules jeunes, celui-ci est réduit à de minces faisceaux collegènes qui, émanés de la paroi des vaisseaux de distribution, se ramifient à l'infini en très minces fibrilles, entre l'endothélium des sinusoïdes et les cordons tumoraux. Dans les lobules plus âgés, ces faisceaux deviennent plus abondants et finissent par entourer les cordons. Ceux-ci, morcelés, se réduisent à de petits nids cellulaires enfouis dans le tissu fibreux. Les endothéliums disparaissent et en fin de compte, à la place d'un lobule tumoral, on ne trouve plus qu'un lobule fibreux.

Les cordons néoplasiques sont de taille très variable. Les uns ne comportent qu'un rang, les autres trois ou quatre épaisseurs de cellules.

Celles-ci ont les formes les plus variées. Celle qui domine est la forme sphérique. Dans ce cas la cellule, globuleuse, comporte un cytoplasme abondant, finement grenu, surtout à sa périphérie. Elle est bordée par une membrane nette, mais très mince. Le noyau, carrément central est à peu près ovoïde, mais à contours toujours irréguliers. Sa chromatine est grossière. Toujours il contient un volumineux nucléole.

A côté des cellules sphériques on en trouve d'autres, étoilées, anguleuses, logées dans les intervalles des précédentes et déformées par elles. Ces cellules ont un cytoplasme plus acidophile et plus homogène que les précédentes. Leur noyau est souvent accolé à la membrane et sa structure effacée.

Entre ces cellules et les cellules sphériques, on trouve tous les intermédiaires; il est manifeste qu'elles sont toutes de même nature, mais à un stade physiologique différent.

Outre les caractères énumérés ci-dessus, les cellules tumorales en offrent un autre, très spécial et qui mérite de nous arrêter : la vacuolisation. Dans nombre d'entre elles en effet, on voit apparaître des cavités arrondies qui naissent isolément les unes des autres, s'accroissent et finissent par fusionner. Elles donnent au cytoplasme un aspect particulier qui n'a que des analogies très lointaines avec celui des spongiocytes. Ce n'est pas la vacuolisation régulière qui creuse ces dernières de cavités égales et remplies de lipoïdes. C'est une sorte de fonte à localisations multiples qui creuse le cytoplasme de logettes à parois fragiles.

Cette vacuolisation est particulièrement intense dans les cellules profondes de certains cordons et ceux-ci, à un faible grossissement semblent creusés d'une cavité de sécrétion. Un examen plus approfondi montre qu'il n'y a pas de cavité bordée par des cellules, mais accumulation de cellules creusées elles-mêmes de grosses vacuoles.

Pour donner à cette vacuolisation toute sa valeur, il eût fallu déterminer le contenu des vacuoles. Faute de coupes à

congélation nous ne pouvons rien affirmer sur ce point. Mais par ce que nous savons d'autre part, nous sommes autorisés à penser que ce contenu n'était pas lipoïdique. Par leur genèse et leur formes, ces vacuoles sont en tout semblables à celles qu'on rencontre dans les cellules du paraganglion surrénal et dans les paraganglions surrénaux. Elle est semblable en outre à celle que l'on rencontre dans la glande carotidienne normale.

Notre observation présente une autre lacune regrettable : la fixation employée ne nous a pas permis de vérifier la chromaffinité de nos cellules tumorales.

Quoi qu'il en soit la provenance et la nature de notre tumeur peuvent être déterminées avec vraisemblance. Son siège dans la région de la fourche carotidienne, son architecture trabéculaire, sa circulation sinusoïdale, la forme de ces cellules et leurs divers stades fonctionnels sont assez caractéristiques pour que nous soyons autorisés à en faire un paragangliome issu de la glande intercarotidienne.

Apprécier sa malignité ou sa bénignité est plus délicat.

Le fragment qui a été examiné ne permet pas de dire s'il y a ou non invasion de tissus normaux par la tumeur. On trouve parmi les cellules tumorales un assez grand nombre de mitoses et celles-ci pourraient faire songer à une certaine malignité. Toutefois elle est peu probable du fait de la structure remarquablement organoïde de la tumeur, du manque absolu de monstruosité cellulaire et de l'absence totale de foyers nécrotiques.

Toutes les études histologiques que nous venons de résumer jusqu'à présent, ne nous ont montré en somme qu'une prolifération plus ou moins intense des éléments normaux que l'on rencontre dans la glande carotidienne normale.

Nous voulons cependant faire une mention spéciale pour l'observation de MM. Bérard et Dunet car c'est à notre connaissance le seul cas pour lequel l'examen histologique a montré des caractères évidents de malignité et dans lequel on a trouvé un noyau de généralisation au niveau du poumon. De nombreuses monstruosités cellulaires, un bourgeon néoplasique en battant de cloche faisant effraction dans l'intérieur d'une veine, enfin l'évolution rapide, ceci dit au point de vue clinique, de leur néoplasme, en montre assez la malignité.

Nous avons essayé de donner une vue d'ensemble sur l'histologie des tumeurs carotidiennes. Toutes les recherches sur ce point, sauf celles que nous venons de citer de Bérard et Dunet, concordent pour affirmer la structure typique de ces tumeurs, nous voulons dire par là, la reproduction d'un tissu normal. Déjà uniquement de l'étude microscopique on peut dire on est en présence d'une tumeur bénigne ; la symptomatologie va nous montrer que cette bénignité se retrouve aussi au point de vue clinique.

Symptomatologie. — La tumeur évolue depuis longtemps quand le malade vient consulter : il y a là une phase insidieuse variable avec les sujets, variable aussi avec l'activité du néoplasme. Ce n'est que quand le volume cause quelques douleurs ou forme une saillie par trop disgracieuse que le malade s'en préoccupe, toujours très tard, comme le montre le cas de von Heinleth opéré quarante ans après son début apparent.

On doit examiner le sujet de face, la tête en légère extension : on apprécie facilement l'étendue de la déformation et du même coup on constate que la tumeur est soulevée par des battements très nets isochrones au pouls. La peau ne présente à sa surface aucune modification.

Sous elle, on constate encore la présence du sterno-cleïdo-mastoïdien qui cravate la face superficielle de la tumeur, laissant cependant une partie de cette face sous-tégumentaire en avant.

Le palper bimanuel permet de la sentir bomber dans le pharynx, quand on fait des tentatives de réduction par la main externe : le néoplasme occupe donc nettement la région carotidienne, et en particulier la région des deux carotides secondaires puisque leur naissance se fait au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Le volume en est variable, la plupart des auteurs le comparent à un œuf de poule ou de pigeon; cependant il peut leur être très supérieur comme dans le cas que nous rapportons.

Nous avons suffisamment insisté sur les caractères de la consistance au chapitre de l'anatomie pathologique, pour ne pas y revenir ici. Rappelons simplement qu'à côté des tumeurs molles et plus fréquentes on peut rencontrer des tumeurs dures.

Mais, ce qui frappe le plus l'attention ce sont les battements que présente la tumeur, faciles à expliquer quand on sait que fréquemment la fourche carotidienne est englobée et que presque toujours la carotide externe est prise. Elles disparaissent quand on exerce une compression sur la carotide primitive. Il n'y a pas à véritablement parler d'expansion, ou celle-ci est très limitée et paraît être due à l'expansion des gros troncs artériels plutôt qu'à une expansion véritable de la masse. A l'auscultation il est possible de trouver un souffle mais ce dernier est loin d'être constant.

Les tumeurs de la glande carotidienne sont mobiles dans le sens transversal, elles sont au contraire très fixées dans le sens vertical. On peut les refouler vers le pharynx ou un doigt intrabuccal ira les sentir. Puis, quand on cesse d'exercer la pesée qui refoulait la tumeur vers le pharynx celle-ci revient prendre sa place en deux ou trois saccades qui correspondent aux pulsations. Le refoulement de la tumeur avait entraîné en même temps les carotides et ces dernières vont à chaque systole reprendre leur place primitive en ramenant la masse du néoplasme à son point de départ, ce phénomène serait caractéristique pour Reclus et Chevassu. La symptomatologie de ces tumeurs est pauvre en signes fonctionnels, on n'a jamais noté de compression vasculaire ou veineuse. Les compressions nerveuses sont assez fréquentes mais n'entraînent pas de troubles très notables, quelquefois cependant l'irritation du pneumogastrique donne un timbre rauque à la voix, celle du sympathique plus rare paraît surtout donner un peu de mydriase. Nous nous excusons de rappeler aussi brièvement la symptomatologie des tumeurs qui nous intéressent, mais comme Reclus et Chevassu l'ont montré, comme les différents cas signalés depuis la publication de leur mémoire en 1903 et enfin comme notre observation personnelle le prouve, ces tumeurs ont un développement extrêmement lent. Elles ne présentent que peu ou pas de signes fonctionnels ou généraux, une localisation très spéciale caractéristique qui permet de les reconnaître si on pense à leur possibilité. Aussi, il ne nous a pas semblé nécessaire d'alourdir cette petite revue générale par une description détaillée des symptômes, la lecture d'une observation étant beaucoup plus instructive parce que typique.

Évolution et pronostic. — Nous avons vu dans le cas que nous étudions que la tumeur a été opérée sept ans après que la malade se fut trouver « une glande » sous le maxillaire inférieur gauche. Cette lenteur se retrouve dans l'évolution de toutes les

tumeurs de la glande carotidienne, et le plus souvent celles-ci n'ont été opérées que quatre ans après le début apparent. Nous ne rappellerons pas le cas extrême de von Heinleth que nous avons déjà cité. En général, l'accroissement est progressif, tendant cependant à s'accélérer avec le temps, et c'est quelquefois cette évolution un peu plus rapide qui inquiète la malade et l'amène à consulter. Dans l'immense majorité des cas, l'accroissement ne s'accompagne d'aucune modification locale ou générale qui puisse faire penser à l'évolution d'une tumeur maligne : et de ce point extrêmement important découleront les conclusions que nous pensons devoir sortir de ce travail.

Les tumeurs de la glande carotidienne, en pratique, ne sont pas des tumeurs malignes. Cependant, dans des cas extrêmement rares, cette espèce de prolifération fibro-adénomateuse du tissu glandulaire peut dégénérer. Ces cas où la tumeur avait revêtu soit du fait de métastases, soit par les figures histologiques des coupes étudiées, représente environ 4 p. 100 des tumeurs observées. La littérature médicale actuelle compte une centaine de paragangliomes carotidiens et nous n'avons pu relever que quatre cas que l'on pouvait qualifier de malins.

Un cas de Kopfstein-Maydl où les ganglions lymphatiques voisins étaient envahis.

Un cas de Bérard et Dunet, où la tumeur présentait des caractères cliniques de malignité rappelant ceux d'un épithélioma branchial (diagnostic clinique), et dans lequel l'examen histologique montra des karyokinèses monstrueuses, de l'infiltration du tissu conjonctif et en outre un envahissement des capillaires sanguins par des bourgeons néoplasiques.

Enfin, l'autopsie montra un noyau de généralisation pulmonaire contrôlé histologiquement. Ce cas signalé par Bérard et Dunet, est certainement celui où la malignité du paragangliome ne peut être mis en doute.

Le troisième cas que nous annoncions est beaucoup moins certain. C'est simplement Marchand, qui rapportant une observation disait que « l'angiosarcome en question présentait des caractères non douteux de malignité. »

Enfin, le quatrième cas a été signalé par Wooly et Free qui, en étudiant leur pièce, ont saisi par place des zones de dégénérescence maligne de leur tumeur par suite de prolifération anormale d'éléments rappelant les grosses cellules de la glande normale.

Dans le même ordre d'idées, peut-on tenir comme maligne les tumeurs qui récidivent? Il nous semblerait téméraire de conclure par l'affirmative étant donné que le plus souvent ces récidives ont eu lieu chez des malades qui avaient bénéficié d'opération conservatrice et chez qui on avait pu énucléer plus ou moins bien la tumeur. Par conséquent, il est possible que chez ces malades on ait laissé à l'intervention un petit morceau de tissu glandulaire qui aurait continué à se développer et non pas à récidiver.

Donc, le plus souvent, les tumeurs du ganglion carotidien ne dégénèrent pas ou si elles dégénèrent, ce n'est que dans la proportion de 4 p. 100 environ.

Est-il possible de faire le diagnostic de malignité avant l'examen histologique? A cela, nous répondrons que dans certains cas, oui. Kopfstein et Maydl avaient reconnu l'envahissement des ganglions dans le cas qu'ils rapportent.

Bérard et Dunet méconnaissant la véritable origine de la tumeur n'en avaient pas moins fait le diagnostic de malignité sur les caractères cliniques.

Par conséquent, avant même d'être en possession des renseignements donnés par le laboratoire, il est possible de savoir si l'indication de l'intervention se pose d'une manière formelle et urgente.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'affection a été rarement posé d'une manière formelle. Cependant, il nous semble que si on avait présents à l'esprit la possibilité de cette tumeur, ses caractères propres, sa localisation à la région carotidienne en arrière de l'angle du maxillaire et surtout la solidarité qu'elle présente avec les gros vaisseaux, son diagnostic serait beaucoup plus facile, ou plutôt bien plus fréquemment posé, bien que la rareté de ce néoplasme en fasse quand même un diagnostic d'exception. Mais répétons que c'est cette rareté et le fait qu'on n'y pense pas, et non l'absence des signes caractéristiques qui cause toute la difficulté ; toute tumeur située au niveau de la fourche carotidienne, qui parait en contact intime avec les vaisseaux, qui est bien limitée et qui s'est développée très lentement, a bien des chances d'être une tumeur carotidienne.

Nous signalerons pour mémoire les adénites banales ou spécifiques qui, frappant plusieurs ganglions à la fois ne peuvent guère être confondues.

Le lymphoscarcome pourrait à la rigueur être pris pour une tumeur de la glande carotidienne, si son évolution rapide avec atteinte de l'état général ne permettait de l'en différencier.

Le branchiome est généralement facile à distinguer. Son évolution rapide, la multiplicité des adhérences qu'il contracte de tous les côtés, et qui le fixe complètement, sa dureté sont des caractères qui l'éloignent de la majorité des tumeurs de la glande carotidienne, mais rappelons que ces dernières peuvent revêtir une allure maligne, une consistance dure ; dans ces cas, le diagnostic peut hésiter et ne se confirmer qu'à l'intervention.

L'anévrisme carotidien peut se localiser à la même place. Il y a des battements, du souffle, phénomènes courants pour le paragangliome, mais l'expansion qui le caractérise, sa réductibilité permettent de l'en différencier. Enfin ici, la recherche des stigmates de spécificité pourra apporter à la clinique l'appui des réactions de laboratoire.

Parmi les autres tumeurs du cou dont le diagnostic pourrait avoir à se discuter, il faut signaler le goître aberrant ou le cancer thyroïdien aberrant. L'erreur a du reste été faite par Chevrier qui trouvant une tumeur due à la fourche carotidienne en fit un paraganglion et tomba à l'intervention sur un goitre aberrant confirmé par l'examen histologique.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1926)

Sur la transmission intra-utérine du virus tuberculeux de la mère à l'enfant. — MM. A. CALMETTE, J. VELTIS et LACOMME. Au cours de certaines affections tuberculeuses graves, le passage du virus tuberculeux de la mère au fœtus peut se produire moins exceptionnellement qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

L'infection tuberculeuse transplacentaire est le plus souvent réalisée par des éléments invisibles au microscope, filtrables à travers les bougies de porcelaine poreuse, pathogènes pour

le cobaye, et que les auteurs désignent sous le nom d'*ultravirus tuberculeux*. Le *bacille de Koch*, issu de cet ultravirus, représente un état plus avancé de développement des éléments filtrables qui le constituent, et paraît en être une forme de résistance.

Ces notions nouvelles, qui se dégagent des expériences de MM. Calmette, Valtis et Lacomme, ne peuvent entraîner aucune modification aux directives générales de la protection des enfants, issus de tuberculeuses, contre la contagion maternelle et familiale. Cette contagion reste incontestablement le plus important facteur de contamination des jeunes enfants après leur naissance. On en trouve une preuve évidente dans la comparaison de la mortalité des enfants *immédiatement séparés de leur mère phtisique* — ou *vaccinés par le BCG et non séparés* — avec celle des enfants nés dans les mêmes conditions mais *non séparés* et *non vaccinés*.

Sur le véritable régime spécifique du scorbut expérimental. — M. Bezssonoff.

Traitement des syncopes respiratoires par l'inhalation d'acide carbonique. — MM. L. Ambard et F. Schmid. La pratique de la respiration artificielle seule pour combattre les syncopes respiratoires est peu efficace, car si elle assure l'oxygénation des centres elle ne leur apporte pas le supplément d'excitant que nécessite leur dépression fonctionnelle. L'inhalation d'oxygène-acide carbonique ou plus simplement encore d'air-acide carbonique, réalisée d'abord par quelques manœuvres initiales de respiration artificielle, puis entretenue par la respiration spontanée du sujet dans des sacs contenant ce mélange gazeux remplit à la fois ces deux offices.

PRIX GÉNÉRAUX

(Pour les autres prix, voir *Gaz. des hôpit.*, n° 93, p. 1499.)

Prix Bordin [sciences physiques] (3.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Auguste Pettit, secrétaire général honoraire de la Société de biologie.

Prix Lallemand (3.000 fr.). — Le prix est attribué à Mme Yvonne Sorrel-Déjerine, ancien interne des hôpitaux de Paris. Une mention honorable est attribuée à M. Pierre Hillemand, ancien interne des hôpitaux de Paris.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1926)

L'insuline est-elle un agent curateur du diabète? — MM. Desgrez, Rathery et Froment exposent les résultats qu'ils ont obtenus chez les diabétiques à la suite d'une pratique de trois années. Ils divisent ceux-ci en trois groupes : dans le premier ils placent les sujets chez lesquels l'insuline ne produit de résultats qu'à la condition d'être couramment fournie aux malades. Elle n'agit que comme un médicament substitutif, à la façon de l'extrait thyroïdien dans le myxœdème. Le deuxième groupe comprend les sujets qui sont rebelles à l'action de l'insuline. Il est probable que, dans ces cas, le pancréas n'intervient pas seul dans le déterminisme morbide. Enfin le troisième groupe, le plus intéressant, concerne les sujets chez lesquels on peut admettre un rôle véritablement curateur de l'insuline. MM. Desgrez, Rathery et Froment rapportent des observations de malades chez lesquels la cure d'insuline a produit une amélioration vraie du diabète, se jugeant par la diminution des doses injectées, l'espacement des injections, le relèvement du coefficient d'assimilation hydrocarbonée, la transformation du diabète consomptif en diabète simple. Sans vouloir parler de véritable guérison, il semble bien que, dans ces cas, on puisse admettre une récupération fonctionnelle au moins partielle du métabolisme hydrocarboné, mais les malades doivent continuer à être très surveillés, dans la crainte de rechutes possibles. Ces conclusions sont extrêmement encourageantes. Traitement précoce, traitement intensif, à doses suffisantes optima, spéciales à chaque malade et variables d'un moment à l'autre, traitement prolongé parfois pendant des années, enfin surveillance pendant longtemps des sujets guéris, telles sont, pour ces auteurs, les règles indispensables à suivre [pour obtenir avec l'insuline, l'effet curateur.

Le rôle de la science dans l'avenir du corps médical. — M. G. Weiss revenant sur cette question si angoissante pour l'avenir de notre profession fait une communication que l'Académie a écoutée avec une attention toute particulière. Il montre quelle est l'influence sur le corps médical, des changements qui se sont produits dans les conditions d'exercice de la médecine, dans le recrutement et dans la formation des médecins.

Envisageant plus spécialement ce dernier facteur, il regrette que l'instruction prémédicale, ne soit plus comme jadis, au lycée même, assez littéraire et scientifique et pense que pour la plupart des étudiants, le P. C. N. n'aboutit qu'à la perte d'une année.

Comparant les méthodes allemandes et les méthodes françaises, il estime ces dernières incontestablement supérieures pour la formation du praticien; mais dans les laboratoires de recherche, il y aurait d'importants changements à faire, surtout en ce qui concerne le personnel.

Il appartient à l'Académie de médecine d'intervenir *énergiquement* auprès des pouvoirs publics pour leur montrer le danger que courent le corps médical et la science française si l'on n'apporte de sérieuses réformes à l'instruction prémédicale des médecins et à la situation du personnel des laboratoires de recherches.

— Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Vaillard, Guillain et Léon Bernard, l'Académie décide de discuter la communication de M. Weiss dans une prochaine séance.

Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse. — M. A. Couvelaire apporte le résultat d'une expérience de cinq années portant sur 357 cas, et de recherches expérimentales poursuivies depuis un an avec MM. Calmette, Valtis et Lacomme.

Le déchet initial (mortinatalité) qui atteint 15,6 p. 100 est notablement plus élevé chez les enfants nés de mères ayant présenté des formes graves.

La mortalité pendant le premier mois est passée successivement de 33 p. 100 à 13,2 p. 100 et pour la dernière série de 111 cas à 7,2 p. 100, grâce à l'amélioration des conditions d'élevage de ces enfants strictement séparés de leur mère. Ce fait capital élimine pour beaucoup de ces enfants morts avant un mois l'hypothèse d'une infection tuberculeuse congénitale. Il n'en est pas moins vrai que certaines morts par dénutrition progressive d'emblée restent inexpliquées.

Les recherches expérimentales (10 cas) amènent à penser qu'à côté de la très exceptionnelle tuberculisation congénitale avec lésions spécifiques, il existe une forme moins exceptionnelle de transmission transplacentaire d'un virus tuberculeux qui se caractérise par la constatation dans les ganglions de cobayes inoculés après ou sans filtration préalable de bacilles acido-résistants sans lésions anatomiques « ultra virus » dont on ne peut actuellement fixer la valeur pathogène. Ces faits nouveaux ne doivent pas faire oublier qu'un grand nombre d'enfants de tuberculeuses naissent vivants et s'élèvent aussi bien que des enfants issus de parents sains *s'ils sont protégés contre la contagion maternelle*.

M. Léon Bernard insiste sur l'importance des faits apportés par M. Couvelaire. Ils démontrent que la haute mortalité des premiers temps de la vie des enfants issus de tuberculeuses est liée aux conditions d'élevage de ces enfants, séparés de leur mère dès la naissance, et non pas à l'hérédité tuberculeuse. Les recherches si importantes de M. Calmette et de ses élèves ont mis en évidence, chez certains enfants de cette catégorie, la présence d'une variété spéciale, filtrante, du virus tuberculeux; mais ni les expériences sur le cobaye, ni les constatations humaines n'ont prouvé les aptitudes pathogènes de cette forme bactérienne particulière; bien au contraire, elle semble inapte à provoquer des lésions, notamment des tubercules, non plus que les réactions à la tuberculine. Au contraire, le parallélisme entre l'abaissement progressif de la mortalité de ces enfants et l'amélioration de leurs conditions d'élevage, que dévoilent les statistiques de Couvelaire, démontre le rôle déterminant de ces conditions.

Tuberculose pulmonaire expérimentale. — MM. les professeurs Gabriel Petit, L. Panisset et le docteur Ph. Kfouri ont réussi à triompher de la résistance bien connue du cheval à la tuberculose, en portant le bacille directement dans le pou-

mon, par la méthode d'inoculation endobronchique qui leur est personnelle, et sur l'ingéniosité de laquelle ils avaient déjà attiré l'attention de l'Académie de Médecine.

Produire à volonté, dans le poumon du cheval, à l'exclusion de tout autre organe, des lésions tuberculeuses à évolution lente et du type clinique humain, c'est étendre avantageusement le champ des données expérimentales, tant sur la tuberculose, que sur les propriétés acquises du sérum.

A propos de la microbiologie du choléra infantile. — M. A. LESAGE. On sait qu'il existe deux opinions sur la nature de la maladie estivale des nourrissons.

Une première considère l'affection comme une intoxication chimique due à une déviation anormale du processus digestif.

Une seconde invoque une origine parasitaire.

La liste des microbes considérés comme pathogènes s'est beaucoup trop allongée depuis une vingtaine d'années.

Or, la clinique étant toujours la même, la variabilité des microbes élimine leur action pathogène.

Il en est du choléra infantile comme de la fièvre aphteuse.

L'étude du sang pris en pleine vie, avec toutes les précautions aseptiques, et le plus près possible du début, décèle déjà une certaine variété de parasites filtrants ou non.

De plus, si l'on étudie la maladie estivale pendant une longue série d'années, on voit que cette flore sanguine varie suivant les locaux, suivant les étés.

On a l'impression que dès les premières heures, l'agent véritable déclanche le passage, dans le sang, d'une partie de la flore corporelle.

On voit donc que la question est des plus ardues. Cependant, il ne faut point se décourager de trouver l'agent pathogène.

L'étude du sang, à l'ultramicroscope, a permis, dans un certain nombre de cas, de déceler la présence d'un parasite mobile de volume variable de 1 à 4 μ formé d'un corps oblong brillant et cilié.

A certains moments de l'évolution du parasite, on note l'existence d'un ou de deux cils implantés à un pôle du corps qui se prolonge par un petit renflement.

Pour bien apercevoir cet élément, il est bon d'attendre que les lacs sanguins soient constitués et qu'il n'y ait plus aucun mouvement de courant. Pour se convaincre de l'existence de ce parasite, il faut d'abord examiner le sang de gros enfants, bien portants en apparence, et qui sont terrassés en ou deux jours par la maladie estivale. Il semble moins abondant dans le sang des enfants déjà atrophiés ou débiles.

Jusqu'à ce jour, l'auteur n'a pu cultiver ce parasite.

Or, suivant le principe pastorien dont il ne faut jamais se départir (isoler, cultiver, reproduire la maladie), on ne peut tirer aucune conclusion tant que ces trois termes ne seront pas démontrés.

Pourquoi ne mange-t-on pas de poisson en France? — MM. LOIR et LEGANGNEUX. Les trois facteurs qui jouent un rôle dans cette question sont : les pêcheurs, les mareyeurs, les consommateurs. Le pêcheur a peur de rapporter trop de poisson ; il limite sa pêche pour ne pas avilir les prix. Si on industrialisait la pêche, le mareyeur, assuré d'avoir du poisson, pourrait le livrer au consommateur dans les mêmes conditions que toutes les autres matières alimentaires. Le consommateur assuré de trouver du poisson dans les mêmes conditions qu'il peut obtenir de la viande lorsqu'il en désire, s'habituerait à consommer ce produit dont il connaît trop peu la valeur alimentaire.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux associés nationaux. En première ligne, MM. Denigès (de Bordeaux) et Témoin (de Bourges); en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Arthus (de Lausanne), Hugounenq (de Lyon), Laguesse (de Lille) et G. Lépine (de Lyon).

Au premier tour, M. Denigès est élu par 44 voix. M. Témoin est élu par 46 voix.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1926)

Pleurésie puriforme aseptique et infection streptococcique. — M. FAUVEL.

Un cas d'acrodynie. — M. LAMY.

Traitement atypique d'une sténose du cardia. — M. LARJET.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

SECRET PROFESSIONNEL. MÉDECIN

DIVORCE. SÉPARATION DE CORPS. PARTAGE. AGENDA DES VISITES

Les médecins et chirurgiens sont appelés par leur profession à recevoir des confidences et à connaître des faits d'une nature intime; leur conscience leur fait un devoir de ne pas révéler les secrets dont ils sont les confidents. S'ils manquent à cette obligation, ils ne sont pas seulement justiciables de leur conscience; la loi pénale punit les indiscrétions dont ils peuvent se rendre coupables (art. 378 Code pénal).

La volonté de révéler au public le secret confié constitue un élément nécessaire du délit : le législateur n'exige pas une intention spéciale de nuire à la personne dont le secret est divulgué.

Cet élément du délit pose une question très importante, c'est celle de savoir si la révélation d'un secret cesse, dans certaines circonstances, d'être un délit.

Il y a plusieurs cas que la jurisprudence a envisagés :

1° *Cas où le médecin est relevé par son client de l'obligation de garder le secret.* — Dès l'instant que l'on considère l'article 378 du Code pénal comme une disposition d'ordre public, on doit admettre que nul ne peut relever le dépositaire de l'obligation au secret. Cependant certaines décisions de justice ont admis qu'un malade pouvait autoriser son médecin à faire connaître le caractère de la maladie qu'il avait contractée;

2° *Cas où l'intérêt de la science est en jeu.* — Les ouvrages de science médicale contiennent souvent, à l'appui des doctrines développées, des observations et des notices qui résument les circonstances de la maladie, son traitement et ses résultats, ainsi que l'âge du malade, ses antécédents héréditaires et les affections dont il a été atteint. On ne saurait évidemment voir une révélation, constituant une violation du secret professionnel, quand le malade n'y est pas désigné; mais si cette désignation existe, il y a violation du secret professionnel;

3° *Cas où il s'agit de l'intérêt sanitaire.* — Le secret professionnel doit avoir des limites, lorsqu'il s'agit d'empêcher la propagation d'une maladie.

En dehors de ces trois cas, il y en a un quatrième qui doit attirer l'attention, c'est *celui où la révélation doit être faite en justice.*

La jurisprudence de la Cour de cassation est, dans son dernier état, fixée en ce sens que, ni en matière civile, ni en matière criminelle, le médecin ne doit être reçu à témoigner sur des faits qu'il n'a connus que par l'exercice de sa profession. En matière civile, il a été jugé que le médecin ne peut révéler dans une enquête, provoquée par une Compagnie d'assurances sur la vie, un fait secret de sa nature qui n'a pu être connu de lui qu'en raison des soins donnés à son client (Cass. 1er mai 1899, Sirey 1901-1-161); la Cour de cassation considère que l'obligation au secret professionnel, édictée par l'article 378 du Code pénal est absolue et que sa violation est toujours un délit, alors même qu'elle se produit en fait sous la forme d'une déposition en justice. Cependant, si un médecin est chargé d'une expertise médico-légale par le Tribunal, il ne saurait commettre le délit de révélation de secret en accomplissant son mandat.

A ce dernier cas se rattache une question qui présente un intérêt particulier. La voici : lorsqu'il s'agit de constater les droits pécuniaires des époux, à la suite d'un divorce ou d'une séparation de corps qui, dès que l'un ou l'autre est prononcé, dissout le régime de communauté sous lequel le mariage a été contracté, les agendas du médecin doivent-ils être compris dans l'inventaire prévu par l'article 242 du Code civil?

Une ordonnance du président du Tribunal civil de Rouen, statuant en référé, a répondu affirmativement :

« Attendu que l'inventaire prévu par l'article 242 du Code civil est assujetti aux formes et conditions prescrites par l'article 943 du code de procédure civile et doit comprendre tout ce qui peut servir d'élément à la liquidation et au partage de la liquidation de la communauté entre les époux en instance de séparation de corps ou de divorce, et même les papiers et documents strictement confidentiels, mais à condition qu'ils soient de nature à constater les droits pécuniaires des époux et à présenter un intérêt évident pour l'établissement des forces actives ou passives de la communauté; que tel est le cas de l'agenda de 1924 où sont inscrites les visites journalières du demandeur en séparation de corps, le docteur en médecine G... et le prix de ces visites. »

En conséquence, l'ordonnance déclare que l'agenda dont s'agit serait compris dans l'inventaire du notaire.

C'est un principe que l'inventaire est une mesure de protection exceptionnelle qui doit se restreindre à la garantie des intérêts pécuniaires de la femme et à la liquidation de ses droits et reprises légitimes. L'inventaire ne doit pas être appliqué aux documents purement personnels aux époux, tels que des notes intimes et des lettres missives n'ayant aucun rapport avec l'actif et le passif de la communauté.

Il est bien certain que l'agenda du médecin indiquant les visites journalières faites et le prix des visites est un élément qui permet de déterminer l'actif de la communauté.

Mais, s'il était fait mauvais usage de l'agenda du médecin par celui ou ceux entre les mains de qui il est susceptible de passer et s'il est divulgué un fait qu'il contient, le médecin ne saurait être poursuivi pour violation du secret professionnel. C'est pourquoi nous considérons que la décision rendue par le juge des référés de Rouen offre de grands dangers; et le médecin devra, malgré la décision rapportée ci-dessus, examiner s'il n'y a pas quelque inconvénient grave pour un de ses malades à faire la communication de ses agendas. En tout cas, s'il avait un doute, la prudence exige qu'il se fasse couvrir par une décision de justice.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 23 novembre. — Jury : MM. Achard, président; Jeanselme, Besançon et Villaret. — M. FIGEAC (M.). Contribution à l'étude des acro-contractives dans les syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques. — M. FRAYSSE. A propos d'un cas de tumeur maligne du médiastin. — M. THIOLAT. Etude sur la valeur des médicaments antisyphilitiques.

Jeudi 25 novembre. — (Thèses vétér.) Jury : MM. Balthazard, président; J.-L. Faure, Coquot, Moussu, Panisset et Petit. — M. CHICON. Contrôle administratif des viandes. — M. COLOMBIER. Etude sur l'arthrite infectieuse des vaches laitières.

Vendredi 26 novembre. — (Thèses vétér.) Jury : MM. Couvelaire, président; Gosset, M. Labbé, Moussu, Dechambre, Coquot, Nicolas et Robin. — M. TEERS. Contraction de l'utérus et ses suites chez nos femelles domestiques. — M. DELEAU. Le cheval de mine dans l'arrondissement de Valenciennes. — M. SIMONNET. Des besoins nutritifs des volailles.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS. — M. Bouchet, directeur de l'hôpital Beaujon, est nommé directeur de la Pitié.

M. Tisserand, directeur de l'hôpital Claude-Bernard, est nommé directeur de Beaujon.

M. Dupin est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Claude-Bernard.

M. Monteil, directeur de l'hôpital Ambroise-Paré, est nommé directeur de Boucicaut.

M. Couteaux est chargé des fonctions de directeur de l'hôpital Ambroise-Paré.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 25 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic des kystes hydatiques du foie. — Formes cliniques de la scarlatine sans diagnostic ni complications. »

MM. Polmer, 20; Lenègre-Thourin, 26; Chatagnon, 23; Gaucher (Maurice), 19; Moyse (Pierre) et Jonard (Karl), 24; Delaporte, 22 1/2; Mézard, 23 1/2; Aïdan, 18; Mlle Wertheimer, 25.

Séance du 27 novembre. — Questions données : « Phlegmons des gaines tendineuses de la paume de la main. — Signes et diagnostic des paralysies faciales périphériques. »

MM. Lançon (René) et Cohen-Deloro, 23; Jourdan, 29; Ravier, 25; Roquejeoffre, 20; Rouques et Mlle Dartin, 23; MM. Barthes, 25; Guran, 22; Lafaille, 21.

— PRIX CIVIALE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Caussade, Claisse, Auvray, qui acceptent; Méry, Launay, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Jury : MM. Bordas, Tanon, Sénéchal (M.), Français (H.), Flandin.

Question tirée : « Symptômes, diagnostic et traitement de l'œdème pulmonaire aigu. »

Questions restées dans l'urne : « Symptômes et diagnostic de l'ictère chronique par rétention. — Signes, diagnostic et indications thérapeutiques de l'occlusion intestinale. »

Lectures des copies. — Séance du 24 novembre. — MM. Grenet, 5; Vernotte et Baissette, 15; Crochet, 12; Bourgois, 16 1/2; Rouzaud, 17; Sigaud, 16; Langumier, 17; Lemaire, 16 1/2; di Ruggiero, 18.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LISIEUX. — M. le docteur Berthon, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hôpital de Lisieux (Calvados).

COMMISSION DU TARIF DES FRAIS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Sont nommés membres des deux sections de la Commission chargée de l'élaboration des tarifs de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail : MM. Fabry, conseiller à la Cour de cassation, en remplacement de M. Sachet, décédé; Pinot, maître des requêtes au Conseil d'Etat, en remplacement de M. Basset, nommé conseiller d'Etat.

Est nommé membre de la 1re section (tous accidents du travail autres que les accidents agricoles) : M. le docteur Vanverts, président de la Fédération nationale des syndicats médicaux de France, professeur de médecine opératoire à l'Université de Lille, en remplacement de M. le docteur Quivy, décédé.

GUERRE. — INDEMNITÉS DE SERVICE EXTRAORDINAIRE. — Un décret dispose qu'il sera attribué sur les fonds de la solde aux médecins et pharmaciens militaires chefs de famille qui, à partir du 1er janvier 1926, auront obtenu au concours le titre

de professeur agrégé du Val-de-Grâce, une indemnité forfaitaire dont le taux est fixé comme suit :

Officiers supérieurs........... 2.000 fr.
Officiers subalternes.......... 1.800

L'indemnité sera payée en une seule fois à l'expiration de la troisième année de fonctions de professeur agrégé au taux prévu pour le grade dont seront pourvus les intéressés à cette époque.

Les professeurs agrégés chefs de famille, en fonctions depuis moins de trois ans au 1er janvier 1926 dans l'une ou l'autre des deux écoles du service de santé militaire, recevront l'indemnité à l'expiration de leur troisième année de fonctions de professeur agrégé, et ceux qui sont en fonctions depuis plus de trois ans percevront, dès la publication du présent décret, une indemnité réduite égale à la moitié de l'indemnité prévue à l'article 1er. (*J. O.*, 24 nov. 1926.)

LES SERVICES A LA GENDARMERIE. — Il a été déposé à la Chambre une proposition de loi de M. Bergeon et d'un grand nombre de ses collègues tendant à accorder au ministre de la guerre un contingent de croix de la Légion d'honneur destinées à récompenser les services gratuits rendus par les médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes et vétérinaires civils aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles ainsi qu'aux chevaux de l'arme.

CONCOURS D'ADMISSION A DES EMPLOIS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN AIDE-MAJOR DES TROUPES COLONIALES. — L'arrêté du 19 avril 1926, relatif à l'ouverture d'un concours en 1926 pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien aide-major des troupes coloniales, est complété par les dispositions suivantes :

« Les candidats au concours ouvert le 6 décembre 1926 à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour dix places de médecins stagiaires de l'assistance médicale en Indochine qui n'auront pu être nommés à ces emplois à la suite dudit concours et qui auront été classés avec la note passable et au-dessus, peuvent être admis dans le corps de santé des troupes coloniales, jusqu'à concurrence de douze places de médecins aides-majors de 1re classe, dans les conditions déterminées par l'arrêté du ministre de la Guerre du 26 avril 1926, s'ils en font la demande écrite au président du jury, et s'ils souscrivent entre ses mains l'engagement sexennal prévu par l'arrêté en question.

Ils reçoivent, à leur sortie de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille, une prime individuelle de 10.000 fr., à titre de remboursement de leurs frais d'études, et au compte des budgets locaux de l'Afrique occidentale française, de l'Afrique équatoriale française et de Madagascar, colonies où les intéressés seront appelés à servir à leur sortie de l'Ecole d'application. » (*J. O.*, 26 nov. 1926.)

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN INSPECTEUR D'HYGIÈNE. — Un concours sur titres sera ouvert à la Préfecture de l'Aisne, le 25 décembre, pour l'emploi de médecin inspecteur départemental d'hygiène, chargé plus spécialement d'assurer le service de l'inspection médicale des écoles et des dispensaires d'hygiène sociale (tuberculose et maladies vénériennes).

Le traitement de début, avec les indemnités diverses, sera de 28.000 fr. avec maximum de 38.000 fr., par échelons successifs de 2.000 fr.

Le titulaire jouira des avantages de la Caisse départementale des retraites.

Il touchera, en outre, une indemnité de 10.000 fr. pour frais de déplacement. Entrée en fonction le 1er janvier 1927. Conditions : être Français, âgé de vingt-cinq ans au moins et de quarante ans au plus, pourvu du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Adresser les demandes de candidature à M. le Préfet de l'Aisne, direction départementale d'hygiène, avant le 15 décembre, et pour les renseignements au Comité national de défense contre la tuberculose, 56 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris.

SANATORIUMS. — Par arrêtés du 12 novembre 1926, ont été prononcées les nominations suivantes : M. le docteur Morand (Georges), médecin directeur de 5e classe au sanatorium de Plougonven (Finistère); M. le docteur Dodard des Loges (Raoul), médecin adjoint de 4e classe au même établissement. (*J. O.*, 21 nov. 1926.)

— M. le docteur Michel Dauge a été nommé médecin-directeur de 5e classe au Sanatorium public de Pignelin Nièvre).

Ve CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE. — Ce congrès qui devait avoir lieu en septembre dernier à Lausanne a été reporté à la fin du mois de septembre 1927. Il se tiendra à Lausanne.

Questions mises à l'ordre du jour : le traitement des paralysies infantiles. La vaccinothérapie de la broncho-pulmonaire.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — La séance solennelle de la Société centrale de médecine vétérinaire aura lieu le jeudi 2 décembre 1926, à 15 heures, au siège de la Société, 12, rue de Seine, sous la présidence de MM. les ministres de l'Instruction publique et de l'Agriculture.

Ordre du jour : Allocution de M. Breton, vice-président; éloge du professeur Chauveau, par M. le professeur Maignon, de l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort; compte rendu général du concours par M. Chrétien, secrétaire annuel.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique a enregistré pendant la 31e décade, du 1er au 10 novembre 1926, 1.154 décès, au lieu de 1.269 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.114, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 35, au lieu de 37 pendant la décade précédente (moyenne 29).

La variole et la varioloïde ont causé 2 décès; 6 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins, au lieu de 11 pendant la décade précédente (moyenne 0).

Vérification faite, 7 cas de variole ou varioloïde ont été confirmés. — 2 cas de varicelle ont été signalés.

La rougeole a causé 16 décès, au lieu de 3 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 46, au lieu de 19 pendant la décade précédente (moyenne 42).

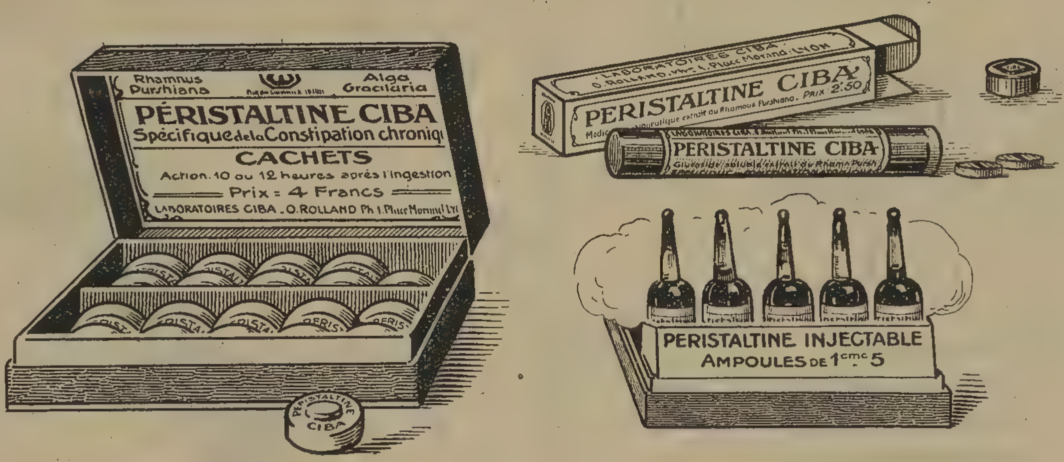
La scarlatine a causé 4 décès, au lieu de 2 pendant la décade précédente (moyenne 1). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 70; il s'élevait à 54 pendant la décade précédente (moyenne 49).

La diphtérie a causé 12 décès, au lieu de 11 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 75, au lieu de 72 pendant la décade précédente (moyenne 68).

— Le bureau de la statistique municipale a enregistré dans la 32e décade (11-29 novembre 1926) 1.220 décès au lieu de la moyenne 1.114.

On a signalé 122 cas de fièvre typhoïde, 100 cas de diphtérie, 30 cas de rougeole, 82 cas de scarlatine.

La variole, dont on signale de nombreux cas depuis quelques mois, semble se localiser dans le XIIe arrondissement.


Rhamnus Purshiana
Alga Gracilaria
PÉRISTALTINE CIBA
Spécifique de la Constipation chroniq
CACHETS
Action 10 ou 12 heures après l'ingestion
Prix : 4 Francs
LABORATOIRES CIBA . O. ROLLAND Ph. 1, Place Morand Lyon
PERISTALTINE CIBA
Prix 2.50
PERISTALTINE CIBA
PERISTALTINE INJECTABLE
AMPOULES DE 1cmc5

SYNDROME SYMPATHIQUE CERVICO-BRACHIAL

MANIFESTATION TARDIVE D'UN SPINA BIFIDA OCCULTA

PAR MM.

JEAN TAPIE,
Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des hôpitaux de Toulouse,

VILLEMUR,
Assistant de radiologie,
Ex interne des hôpitaux,

A. LYON,
Chef de laboratoire à la Faculté,
Interne des hôpitaux.

Les travaux modernes, grâce à l'emploi de plus en plus fréquent de la radiographie, ont mis en lumière toute l'importance des malformations congénitales du squelette dans le déterminisme de certains syndromes fonctionnels ou douloureux d'étiologie jusque-là mystérieuse. De nombreuses névralgies sciatiques sont aujourd'hui rattachées à des lésions diverses du rachis : rhumatisme chronique vertébral; sacralisation de la Ve lombaire; lombalisation de la Ire sacrée; spina bifida occulta (1). L'existence de côtes cervicales, de notion sans doute plus ancienne mais que la radiographie permet maintenant de déceler pendant la vie, explique certains phénomènes douloureux ou moteurs siégeant dans le domaine du plexus brachial et aussi quelques cas de syndrome de Claude Bernard-Horner. Enfin, l'incontinence d'urine dite « essentielle » relève assez souvent d'un spina bifida occulta de la région sacrée.

Le spina bifida occulta de la région cervicale paraît beaucoup plus rare; sa fréquence serait peut-être plus grande si on le recherchait systématiquement au cours des syndromes radiculo-médullaires à topographie cervico-brachiale; MM. Pierre Marie et Léri en ont récemment rapporté quelques cas à la Société médicale des hôpitaux de Paris (2).

L'observation que nous relatons ci-dessous, très voisine de celles de ces auteurs, offre l'exemple d'une malformation vertébrale dont les manifestations, à peu près uniquement sensitives, n'auraient pu, sans la radiographie, être rattachées à leur cause véritable.

OBSERVATION (3). — Marguerite P..., vingt-six ans, a présenté de dix à seize ans une bronchite tous les hivers; dans la suite, sa santé s'est améliorée; elle s'est mariée à dix-neuf ans et a mené à terme trois grossesses.

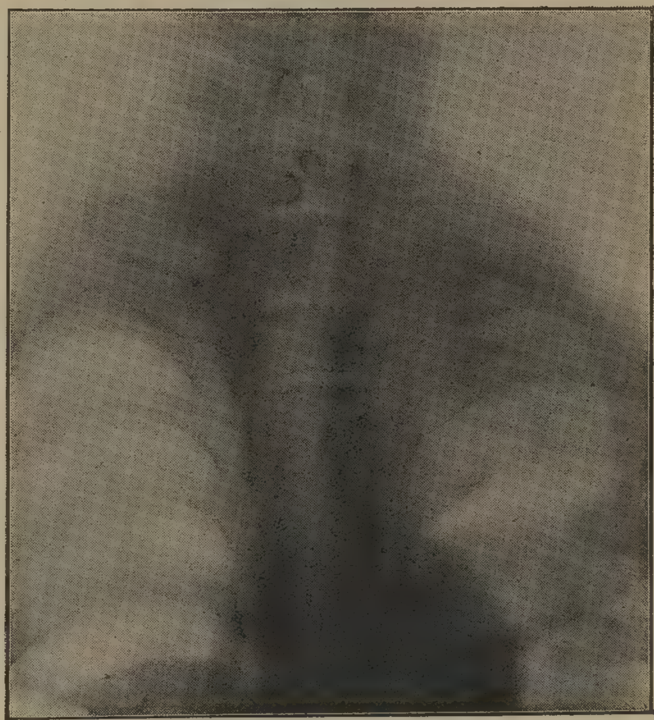
Depuis un an environ, une douleur sourde mais continue est apparue dans la région scapulaire gauche, entraînant peu à peu une attitude antalgique permanente de la tête et du cou. La malade maigrit légèrement, se sent fatiguée; elle demande son admission à l'hôpital le 10 mai 1926.

Cette femme présente une déviation de la tête qui est rejetée en masse vers l'épaule droite. La colonne vertébrale a cependant conservé toute sa souplesse et il n'existe aucun signe de mal de Pott; on ne perçoit pas de côtes cervicales à la palpation. L'articulation scapulo-humérale est absolument normale; ses mouvements ont gardé leur entière liberté.

La malade localise le maximum des phénomènes douloureux dans le creux sus-claviculaire gauche; la palpation de cette région est très douloureuse; on ne perçoit ni tumeur ni adénopathie; mais les vibrations vocales y sont abolies; on note en outre une légère submatité et, à l'auscultation, quelques frottements pleuraux.

La malade a également remarqué que le membre supérieur gauche était le siège d'une sudation continue; il existe effectivement au niveau du bras, de l'avant-bras et de la main une hyperidrose très nette et des sudamina; enfin l'œil gauche présente de la mydriase; les réflexes pupillaires sont normaux; l'anisocorie s'exagère à l'abri de la lumière. Le membre supérieur qui est le siège de ces troubles sympathiques ne présente aucune altération de la motricité, les réflexes tendineux y sont normaux; par contre, il existe une dissociation syringomyélique de la sensibilité sur le territoire des Ve, VIe et VIIe racines cervicales; à ce niveau, le contact est perçu, mais le chaud est confondu avec le froid et la sensibilité à la douleur est abolie. Par ailleurs, la motricité, la sensibilité, la réflectivité sont normales; il n'existe pas de troubles sphinctériens.

La radiographie (voir cliché ci-joint) confirme l'existence d'une pleurite apicale gauche qui se traduit par un léger voile homogène; la transparence pulmonaire est irrégulièrement diminuée sous la clavicule; les ombres hilaires sont augmentées de volume. Elle montre en outre un spina bifida très net au niveau de l'arc postérieur de la VIIe vertèbre cervicale; à cet endroit, l'apophyse épineuse paraît tenir tout entière à la lame vertébrale gauche; celle-ci est séparée par un véritable hiatus de la lame vertébrale droite qui se trouve sur un plan horizontal légèrement inférieur.



Ce spina bifida ne se traduit par aucun signe clinique en dehors des troubles sensitifs précédemment décrits. Il n'existe en particulier ni pigmentation localisée, ni hypertrichose, ni dépression anormale; la légère saillie de la « proéminente » fait cependant défaut.

L'examen des divers appareils ne nous a montré aucune lésion intéressante; signalons seulement que les épreuves à l'atropine, à la pilocarpine et à l'adrénaline ont révélé chez cette malade un état sympathicotonique.

Il s'agit, en résumé d'une jeune femme qui, à l'âge de vingt-cinq ans, accuse de violentes douleurs dans la région sus-claviculaire et chez laquelle l'examen clinique permet de constater une pleurite apicale et, du même côté, un syndrome sympathique cervico-brachial avec dissociation syringomyélique de la sensibilité à topographie radiculaire; la radio-

(1) Jean TAPIE et F. ESCANDE. Sciatique radiculaire et spina bifida occulta, *Soc. anatomo clinique de Toulouse*, 13 mai 1922.

(2) P. MARIE et A. LÉRI. Spina bifida occulta cervical révélé exclusivement par une quadriplégie à début extrêmement tardif. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 juillet 1922. — A. LÉRI. Spina bifida occulta cervical. Manifestation très tardive après quarante ans : névralgie occipitale et paraplégie brachiale sensitivo-motrice. Révélation par la radiographie, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 mars 1923.

(3) Cette malade a fait l'objet d'une présentation à la Société anatomo-clinique de Toulouse le 23 juin 1926.

graphie révèle l'existence d'un spina bifida de la 7e cervicale que la clinique n'avait pas permis de soupçonner.

Comment rattacher les unes aux autres des manifestations en apparence si complexes? La pleurite du sommet, établie par la clinique et la radiographie, peut fort bien expliquer l'inégalité pupillaire; les rapports du sympathique et du dôme pleural sont parfaitement connus, et M. Sergent, en particulier, a longuement insisté sur la valeur séméiologique de l'anisocorie dans certaines localisations apicales de la tuberculose pleuro-pulmonaire. Il serait séduisant d'expliquer de la même façon les phénomènes douloureux et l'hypéridrose de la région cervico-brachiale. Mais la dissociation syringomyélique de la sensibilité implique évidemment une lésion intra-médullaire qui, dans le cas particulier, siège au niveau des 5e, 6e et 7e segments cervicaux. Cette lésion n'aurait pu être précisée sans le secours de la radiographie; celle-ci nous a montré que les troubles sensitifs étaient liés à l'existence d'une déhiscence vertébrale localisée à l'arc postérieur de la septième cervicale.

Nous avons retrouvé quelques faits identiques dans la littérature médicale : c'est ainsi qu'une malade de M. Léri présentait une dissociation syringomyélique de la sensibilité dans le domaine de C_{VI} et un spina bifida de la troisième vertèbre cervicale; MM. Klippel et Feil (1) ont constaté chez un de leurs malades l'association d'une syringomyélie et d'un spina bifida; dans sa thèse, Rigondet (2) rapporte l'observation d'une malade de M. Nové-Josserand qui présentait les mêmes troubles sensitifs en même temps qu'un spina bifida de la première sacrée.

Il n'est donc pas douteux que le spina bifida puisse entraîner des modifications de la sensibilité à type syringomyélique; il est plus difficile de préciser par quel mécanisme. Pour certains auteurs, les troubles sensitifs résulteraient d'une *compression médullaire au niveau de la déhiscence vertébrale* : Laroyenne, Grassner ont vu en effet les phénomènes moteurs ou sensitifs rétrocéder après la libération des adhérences méningées, après la résection de quelques brides fibreuses ou encore après l'excision de petites masses fibro-lipomateuses.

Denucé invoque plutôt une *malformation congénitale de la moelle*; pour lui, cette « myélodysplasie » est toujours à la base de la déhiscence vertébrale; celle-ci ne fait en somme que traduire la lesion médullaire; ainsi s'expliqueraient les insuccès fréquents des interventions chirurgicales et le résultat négatif des explorations pratiquées par le professeur Delbet chez certains malades de M. Léri.

Margulis a essayé de concilier ces deux opinions dans une théorie éclectique. Mais il faut bien avouer que le mystère qui plane sur la pathogénie de ces accidents n'est pas entièrement dissipé; il s'ensuit que l'indication d'un traitement chirurgical reste délicate à poser.

Quoi qu'il en soit, on peut expliquer l'apparition souvent tardive des phénomènes vaso-moteurs, soit en invoquant la compression de la moelle par les petites néoformations fibreuses ou fibro-lipomateuses qui accompagnent le spina bifida, soit, dans l'hypothèse de Denucé, en faisant intervenir le développement progressif du myélocyste qui est à l'origine de la malformation vertébrale. Cette *apparition tardive des troubles sensitifs* paraît fréquente : notre malade était âgée de vingt-cinq ans; les sujets de M. Léri étaient âgés respectivement de vingt-sept, quarante et quarante-six ans.

Il faut aussi noter l'*absence habituelle des petits signes « extérieurs » du spina bifida* : troubles de la pigmentation cutanée, hypertrichose localisée, nœvi pilaires ou vasculaires, etc... Dans les cas de ce genre on ne saurait donc trop insister sur l'*importance de la radiographie* : elle seule évitera bien des erreurs de diagnostic, donc nombre de thérapeutiques inutiles.

Chez notre malade, après avoir constaté l'insuccès complet de plusieurs médicaments analgésiques, nous avons eu recours à la *radiothérapie* de la colonne cervicale : les manifestations douloureuses qui, par leur persistance, faisaient de cette jeune femme une obsédée ont rapidement rétrocédé; cette amélioration se maintient six mois après la cessation du traitement (1).

(1) Klippel et Feil. Syringomyélie et spina bifida combinés; le syndrome hydromyélique épendymaire et arachnoïdien, *Presse méd.*, 7 déc. 1921.

(2) Rigondet. Les formes douloureuses du spina bifida occulta, *Th. de Lyon*, 1923-1924.

(1) Outre la Thèse de Rigondet qui contient une abondante bibliographie, on pourra consulter sur le même sujet :
A. Léri. Le spina bifida occulta et quelques-unes de ses conséquences, *Journ. de méd. de Paris*, oct. 1924, n° 40.
A. Léri. *Les Affections de la colonne vertébrale*, Masson, 1926.
Mutel. Le spina bifida occulta, *Réunion annuelle de la Soc. franç. d'orthopédie*, 1924.

OBSERVATION

D'UNE

SEPTICO-PYOHÉMIE A STREPTOCOQUES

DÉBUTANT PAR ANGINE TERMINÉE PAR PÉRITONITE PURULENTE

Par MM. Jean FERRAND, LAURENT et H. VAN DER HORST.

Observation. — Mlle B..., âgée de dix-huit ans, femme de chambre, entre dans le service des contagieux de l'hôpital Saint-Joseph, le 19 octobre 1926. Elle a quitté sa campagne il y a trois mois pour se placer à Paris, et était alors en parfaite santé.

Elle entre pour une prétendue angine diphtérique; en effet elle a été déjà examinée en ville, et son médecin aurait trouvé un exsudat sur des amygdales très rouges. La température était aux environs de 38 degrés et la malade n'aurait pas présenté de ganglions. Un examen fait au laboratoire municipal aurait montré la présence de bacilles diphtériques moyens.

A son entrée dans le service, la température est aux environs de 38 degrés, la gorge est très rouge, *sans exsudat blanchâtre*, il n'y a pas de ganglions, la langue n'est pas dépouillée, la malade n'a pas présenté et ne présente pas de vomissements, il n'y *a aucune éruption sur le tégument*; l'état général est satisfaisant.

On renouvelle par précaution l'examen bactériologique d'un prélèvement bucco-pharyngé, et on ne trouve pas de bacille de Loëffler, mais des microbes banaux et quelques chaînettes de streptocoques.

Le lendemain de son entrée la jeune fille présente une *petite éruption d'herpès labial*, peu étendue, siégeant à l'extrémité gauche de la lèvre supérieure, et comprenant cinq ou six petites vésicules. Cet herpès est indépendant de tout phénomène cataménial.

La température se maintient sensiblement au voisinage de 38 degrés, mais l'angine paraît céder assez rapidement aux gargarismes, l'état général est bon, l'appétit revient, l'éruption d'herpès suit normalement son cours, la malade voudrait

quitter l'hôpital, mais on décide de la garder quelques jours à cause de l'herpès et de l'absence de défervescence complète.

Mais le 21 octobre, c'est-à-dire trois jours après son entrée, elle est prise au milieu de la nuit de *douleurs abdominales diffuses mais assez vives*. Comme elle était constipée depuis plusieurs jours, on lui donne un lavement simple qui amène des matières.

Le lendemain matin, à la visite, on constate que la température est élevée, atteint 39°6, le pouls est rapide (P = 120), la malade souffre beaucoup de son abdomen; et a présenté trois vomissements, les deux premiers alimentaires, le troisième bilieux. Le facies n'est pas grippé, mais anxieux, les yeux sont légèrement cernés, la langue est nettement saburrale. L'examen physique montre une contracture étendue à tout l'abdomen, mais dont le maximum paraît siéger à droite, au niveau de la fosse iliaque. L'abdomen n'est pas ballonné, il n'y a pas d'hyperesthésie, la respiration abdominale est conservée. Par moment il y a quelques petites secousses de hoquet.

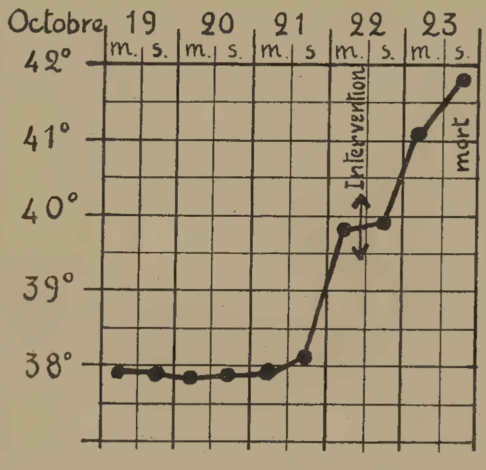
On pense à une crise d'appendicite, et le docteur Huguier à qui on montre la malade en vue de l'intervention est d'avis de l'opérer au plus tôt.

L'opération a lieu le même jour à treize heures et demie, pratiquée par le docteur Laurent.

Au moment de l'intervention la malade présente une contracture absolue de l'abdomen, le facies est devenu nettement péritonéal, le pouls est à 120.

On fait une incision de Mac-Burney, et à l'ouverture du péritoine s'échappe un liquide séro-purulent assez abondant. En écartant les anses, on constate que le petit bassin est plein de pus. On assèche le Douglas à la compresse. L'appendice est extériorisé et apparaît seulement un peu congestionné, mais pas plus que le cæcum.

En attirant le cæcum pour faire malgré tout l'appendicectomie, on constate que la partie apparente du grêle est au contraire nettement malade : son péritoine est rouge vif, recouvert par endroits d'un exsudat fibrineux qui accole en les plissant les derniers centimètres de l'iléon. En présence de ces lésions et pour explorer plus complètement le grêle, ainsi que les organes génitaux internes, on ferme l'incision iliaque et on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale.



Les 80 derniers centimètres de l'intestin grêle présentent les mêmes lésions, avec en plus *trois ou quatre points d'aspect très particulier* : sur le bord mésentérique de l'intestin, on voit au niveau de la terminaison des vaisseaux droits des *plaques blanchâtres d'aspect nécrotique*, paraissant être des embolies septiques, et d'un diamètre variant entre 2 et 4 millimètres. L'exploration attentive n'a permis nulle part de constater de perforation intestinale. Il n'y a aucune lésion sur les annexes ni l'utérus.

On draîne le Douglas par le procédé de Mickulicz, et on ferme en un plan au fil de bronze.

Après l'opération on institue un goutte à goutte rectal, et on multiplie les piqûres d'huile camphrée. La malade est très shockée.

Le lendemain de l'intervention, l'état général reste très mauvais : la température a continué à monter et atteint 41°, le pouls dépasse 120, petit et arythmique, le facies est très mauvais, les extrémités sont cyanosées, les lèvres et la langue fuligineuses.

Le corps, surtout au niveau des membres inféreurs et de l'abdomen, est couvert de *larges taches purpuriques*, nettement séparées les unes des autres.

On pratique une hémoculture « ante mortem », et on prélève du sang pour un séro-diagnostic, étant donné l'aspect bizarre des lésions intestinales.

La mort a lieu dans la soirée, en *hyperthermie*, la température ayant dépassé 41°.

L'hémoculture sur bouillon donne, au bout de vingt-quatre heures, une *culture pure d'un streptocoque* à nombreux éléments en chaînette. Le séro-diagnostic reste négatif.

Le repiquage sur gélose montre des colonies extrêmement fines.

L'autopsie n'a malheureusement pu être faite.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a semblé intéressante à rapporter en raison de l'innocuité apparente du début, de la soudaineté des accidents graves et de la rapidité foudroyante de l'évolution.

De plus, si l'on peut regretter que l'examen bactériologique du pus trouvé à l'intervention n'ait pas été fait, et que l'autopsie ait été impossible, certains examens de laboratoire ont permis cependant de découvrir une étiologie précise.

En effet, le début avait été sans gravité apparente, la malade se présentait à nous comme ayant eu un simple rhume, une simple affection grippale. On l'avait envoyée à l'hôpital sur le vu d'un examen bactériologique des exsudats amygdaliens, examen qui pratiqué par nous-même, resta négatif; s'il en était besoin, la suite de l'histoire clinique confirmerait le bien-fondé de ce résultat. Seul le léger herpès labial indiquait une évolution torpide de la maladie, malgré l'atténuation apparente des autres symptômes; pour ce minime signe, nous n'avions pas voulu la laisser sortir et reprendre ses occupations, ce qu'elle désirait faire. Ce symptôme n'est donc pas négligeable.

En second lieu, la gravité soudaine des accidents est remarquable, puisque la seule lésion révélée par l'opération est une péritonite purulente. On doit donc en conclure qu'une infection d'origine générale, sanguine en apparence, sans lésions, ni appendiculaire (comme le syndrome autorisait à le penser) ni génitale, peut éclater brusquement, et en quelques heures remplir d'exsudats purulents la cavité péritonéale.

Nous avons pu, d'ailleurs, par une prise de sang consécutive à l'opération voir qu'il s'agissait d'une septicémie à streptocoques purs, microbe particulièrement virulent comme le prouve l'évolution clinique (malgré l'opération, le drainage et les soins, mort avec hyperthermie en trente heures) et comme le prouvent aussi les examens biologiques : culture et repiquage.

On peut se demander quelle relation clinique existe entre l'herpès et cette infection. On a coutume d'attribuer une relation de cause à effet entre les infections à pneumocoques et méningocoques et les éruptions herpétiques, aussi la présence du pneumocoque ne nous eût-elle pas surpris ici : elle eût même par sa banalité enlevé tout intérêt de rareté à notre observation.

Il reste donc qu'on peut observer des infections septicémiques à streptocoques purs, évoluant en quelques heures, terminées par la mort malgré l'intervention chirurgicale, et que le seul signe clinique de cette maladie fut pendant les trois jours précédents, un léger herpès labial avec un peu d'angine banale.

A ce titre, il semble qu'on doive de plus en plus

se méfier des éruptions herpétiques, auxquelles on a attribué ces années dernières une parenté avec une foule d'autres maladies graves.

SOCIETÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1926)

Kyste hydatique suppuré. — MM. May et Bocage rapportent l'observation d'un malade chez qui un kyste hydatique suppuré vérifié à l'autopsie prit l'aspect clinique d'une cirrhose hypertrophique avec ictère et anémie, sans fièvre. Pas d'éosinophilie, réaction de Weinberg négative. Une biopsie montra une cirrhose à type insulaire avec infiltration des travées scléreuses par des polynucléaires.

Un cas d'encéphalite grave chez un enfant de vingt-sept mois. Guérison remontant à dix mois. — MM. Denéchau, Peignaux et Fouchaud présentent un enfant de trois ans qui présente une encéphalite traitée par le salicylate de soude par voie intraveineuse. Au neuvième jour de ce traitement la chute thermique apparut et la guérison se fit progressivement. Elle semble depuis dix mois pratiquement complète.

Cinq cas d'infection aiguë à type de méningite semblant se rapporter à la névraxite. Evolution vers la guérison par le traitement salicylé pour quatre d'entre eux. — M. Denéchau (d'Angers) rapporte cinq observations de méningite aiguë en rapport avec une névraxite. Le traitement salicylé semble avoir guéri quatre cas d'entre eux.

Pneumo-encéphalographie par voie lombaire. Technique nouvelle. — MM. Sicard, Haguenau et Gally signalent une technique nouvelle. Il suffit d'utiliser la table radiologique basculante; on injecte l'air par voie lombaire le malade étant en position de Trendelenburg. L'air se collecte dans le cul-de-sac sacré. Dans un deuxième temps le malade est basculé, l'air gagne les cavités craniennes. Rapidement les clichés radiographiques sont pris. Puis on remet le malade en Trendelenburg. L'air repasse par les trous de Monro, de Magendie et de Luchka et rejoint le cul-de-sac sacré d'où on peut l'évacuer. On évitera ainsi toutes les réactions consécutives et la ventriculographie pourra reprendre son rôle utile dans le diagnostic des tumeurs cérébrales.

Volumineux abcès du cerveau gauche douze mois après une blessure de guerre. Considérations cliniques et thérapeutiques. — MM. Alajouanine et Petit-Dutaillis présentent un malade guéri, après intervention, d'un volumineux abcès cérébral gauche. Cet abcès se développa douze mois après une plaie de guerre qui avait nécessité une trépanation et laissé des éclats métalliques très petits à l'intérieur du cerveau. Il se caractérisa par la transformation des crises comitiales que présentait le sujet depuis sa blessure, par des accès de narcolepsie qui, peu à peu, firent place à de la somnolence et de l'obnubilation intellectuelle. En plein coma, le malade fut opéré ; il existait un abcès du volume de plus d'un grand verre de pus allant du lobe frontal jusqu'en arrière du lobe pariétal. La guérison est complète; il n'existe aucune séquelle neurologique (ni hémiplégie, ni aphasie entre autres); seules persistent les crises comitiales antérieures qui ont repris leur régime normal. Les auteurs insistent sur la longue période de latence entre le trauma et l'abcès, sur la symptomatologie qui fut négative pour les signes infectieux, et ne consista qu'en narcolepsie, puis somnolence et torpeur aboutissant au coma, enfin sur l'absence de signes focaux avec un abcès aussi étendu de l'hémisphère gauche.

Un cas de kala-azar. — M. Esbach (de Bourges) rapporte un cas de kala-azar chez l'adulte, contracté en Tunisie et très amélioré par les injections intraveineuses de tartrate double d'émétine et de soude.

L'indice de désamination comme épreuve d'exploration fonctionnelle du foie. — MM. Noël Fiessinger, H.-R. Olivier et M. Herbain rapportent le résultat de leurs constatations sur ce qu'ils ont nommé l'indice de désamination. Cet indice est formé par le rapport $\frac{\text{N polypeptidique}}{\text{N total non protéique}}$; différent de l'indice de polypeptidémie de Cristol, il s'obtient par double défécation trichloracétique et phosphotungstique.

Oscillant entre 0,17 et 0,20 dans les maladies sans insuffisance hépatique, il s'élève au cours des maladies du foie pour atteindre 0,50 dans l'ictère grave.

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1926)

Un cas d'encéphalite postvaccinale. — M. Julien Huber apporte un cas d'encéphalite caractérisée par la céphalée, la somnolence presque comateuse, la salivation et les signes oculaires survenue au seizième jour d'une vaccination Jennerienne particulièrement massive. Le cas s'est terminé favorablement sans séquelles actuelles; il est à rapprocher des faits rapportés par MM. Netter et Comby.

Anémie pernicieuse aplastique consécutive à des injections multiples de thorium X. — MM. Laignel-Lavastine et P. George rapportent un cas d'anémie pernicieuse aplastique consécutive à des injections de thorium X chez une femme de trente-sept ans, atteinte de rhumatisme chronique. Une première série fut bien supportée, mais la reprise du traitement déclencha un syndrome anémique d'évolution progressive sans rémissions ayant abouti à la mort malgré trois transfusions sanguines. La dose totale du thorium X injecté fut de 17.700 microgrammes. Si les anémies dues au thorium X ont déjà été signalées au cours de manipulations de ce corps, notamment par MM P.-E. Weil et Lacassagne, il n'en est pas de même du cas où celui-ci fut pratiqué dans un but thérapeutique.

Les injections intra-veineuses de borate de soude. — MM. Lœper et Garcin signalent que le borate de soude à la dose de 2 à 3 grammes per os et 0,45 à 1g30 par voie veineuse en solution aqueuse à 4 p. 100 peut être utilisé avec profit dans dee affections diverses.

Son action apparaît surtout efficace sur la nutrition, le métabolisme des sucres, des protéides et des graisses. Il modifie la glycémie et le cholestérinémie. Il agit avec élection sur le foie ainsi que le prouvent certaines modifications du coefficient azoturique.

Il semble enfin agir sur le corps tyroïde et le goitre exophtalmique. La voie veineuse paraît donner des résultats plus immédiats et plus frappants, par contre la voie digestive donne des résultats plus durables.

Abcès du sommet du poumon. Evolution chronique. — M. Maurice Renaud présente un cas d'abcès pulmonaire dans lequel l'aspect des lésions ne ressemble en rien à celui d'une lésion tuberculeuse. Le sclérose et les pertes de substance font penser d'abord à la syphilis, mais l'examen histologique montre qu'il s'agit de lésions inflammatoires du type le plus banal et que les cavités sont des abcès dont le pus est à polynucléaires. Il s'agit donc d'une pneumopathie classique analogue à celle qui accompagne la dilatation des bronches, avec des abcès dont l'évolution a été particulièrement longue.

Un cas de mort par le tréparsol. — MM. Dargent et Doré.

Endopéricardite à étiologie mixte tuberculeuse et rhumatismale. — MM. Lenoble et Barraut (de Brest).

Méralgie paresthésique consécutive à un zona vaccinal. — MM. M. Roch et J. Mozer (de Genève). Une femme présente, en même temps que les pustules vaccinales du bras, une éruption zostériforme à la cuisse gauche dans le territoire innervé par le fémoro-cutané.

Comme séquelle de cette éruption, il persista une zone de méralgie paresthésique, typique comme localisation et modifications de la sensibilité.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1926)

Rétrécissement congénital de l'urètre. — M. Jack MOCK en apporte une observation. Malade qui, dès son enfance, a eu des crises de dysuries et de rétention; il se sondait ou se passait des bougies lui-même. En 1920, à l'âge de soixante ans, il fit un abcès urineux qu'opéra Jack Mock, cinq mois après celui-ci pratiqua une urétrotomie interne.

A propos des sténoses congénitales de l'urètre. — M. Raymond BONNEAU pense qu'un rétécissement congénital de l'urètre peut, s'il n'est pas trop serré, ne se manifester cliniquement qu'assez tardivement après la naissance. Il apporte l'observation d'une femme qu'il vit à l'âge de trente-quatre ans et dont la dysurie n'apparut que vers la dix-huitième année. Il existait une seule valvule, siégeant à deux centimètres en arrière du méat. Urines limpides; aucun passé urétral inflammatoire. La dilatation sur conducteur étant inefficace, l'urétrotomie interne donna rapidement une guérison définitive.

Un cas de tumeur à myéloplaxes du tibia. — M. H. JUDET apporte l'observation d'un homme de quarante et un ans qui, six mois après un traumatisme du genou, présenta une tumeur du tibia à évolution très rapide. A la radiographie, tout le tiers de l'os apparaissait soufflé et transparent; la corticale était respectée, sauf vers le plateau tibial externe où paraissait exister un petit prolongement vers le genou. Un prélèvement histologique fut pratiqué; et le laboratoire répondit « fibrosarcome à myéloplaxes ». A l'opération, tout le tiers supérieur du tibia était envahi par une formation pulpeuse, rouge lie de vin. La conservation ayant paru impossible en raison de l'étendue de la dégénérescence, l'auteur pratiqua l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. La guérison se maintient depuis vingt mois. M. Judet pense que, comme on tend à l'admettre actuellement, il s'agit, dans ces cas, de tumeurs de nature bénigne et non de nature maligne, et qu'il convient de ne plus leur donner le nom de sarcomes à myéloplaxes, mais simplement de tumeurs à myéloplaxes.

M. PEUGNIEZ, en approuvant la conduite de l'auteur, montre que les données du laboratoire doivent céder le pas aux données de la clinique.

M. CATHELIN insiste sur les difficultés du diagnostic différentiel histologique aussi bien pour les prétendus sarcomes à myéloplaxes, que pour toutes les tumeurs en général.

M. DUFOURMENTEL rapproche au point de vue de la bénignité les tumeurs à myéloplaxes comme celle observée par M. Judet, des tumeurs de la cavité buccale dites épulis qu'il a toujours vu évoluer en tumeurs bénignes, et qui sont pourtant, histologiquement, des types de « sarcomes à myéloplaxes ».

M. MORNARD cite trois cas de tumeurs histologiquement à myéloplaxes qu'il a opérés par simple curettage et plombage consécutif. Les malades restent parfaitement guéris depuis des années, ce qui semble bien démontrer la nature relativement bénigne de ces tumeurs.

M. BARBARIN constate qu'il existe des différences assez notables entre l'image radiographique du malade de M. Judet, et celles habituellement observées dans les ostéo-sarcomes malins.

M. Raymond BONNEAU rappelle l'observation qu'il a autrefois présentée à la Société d'une tumeur du thorax, cataloguée sarcome malin, en pleine activité par un anatomo-pathologiste éminent, et qui n'était qu'une lésion inflammatoire chronique, caractère reconnu depuis par un autre anatomo-pathologiste. Le malade reste guéri depuis l'opération.

Quelques remarques sur l'évolution de l'ostéochondrite de la hanche. — Outre la densification préalable du noyau et l'épaississement du col qu'il a signalés récemment, M. ROEDERER montre combien est rapide la désintégration d'un noyau normal, et, par contre, combien est lente sa reconstitution.

Il ajoute, en outre, que la diminution de l'angle d'inclinaison semble fréquente au cours de l'évolution, si bien qu'il y a, parfois, des modifications des rapports de la tête avec le cotyle, mais pas par le bas où les rapports demeurent constants, l'angle du col continuant à répondre au bas de l'U radiographique, mais par le haut, le noyau de la tête ne remplissant plus tout le cotyle et semblant s'éloigner du toit. Il projette une série de clichés radiographiques qui montrent ces différents signes.

Splénectomie pour anémie splénique. — M. Victor PAUCHET donne, avec figures à l'appui, quelques détails de sa technique pour la splénectomie dans les cas non traumatiques :

1° Anesthésie paravertébrale par bloquage des nerfs dorsaux 7 à 11 (anesthésie parfaite);
2° Incision oblique para-costale gauche;
3° Décollement colo-épiploïque;
4° Ligature préventive de l'artère splénique seule, à l'exclusion de la veine;
5° Accouchement de la rate;
6° Ligature du pédicule splénique au niveau du hile : plusieurs ligatures;
7° Fermeture de la paroi sans drainage.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1926)

Sur la spécificité de l'intradermo-réaction à la trichophytine. Ses relations avec la tuberculine. — MM Ach. URBAIN et DE POTTER montrent que si l'intradermo-réaction à la trichophytine est positive dans presque 100 p. 100 des cas chez les sujets atteints de trichophytie ou chez les animaux inoculés expérimentalement avec les champignons des teignes, ces réactions peuvent aussi se manifester, quoique avec un pourcentage moins élevé, avec la tuberculine.

De même, dans quelques cas, des sujets ou des cobayes tuberculeux peuvent présenter une intradermo-réaction positive à la trichophytine.

Anaphylaxie passive locale. — MM. Pasteur VALLERY-RADOT, Pierre BLAMOUTIER, L. JUSTIN-BESANÇON et Paul GIROUD ont étudié l'anaphylaxie passive locale. On injecte une petite quantité de sérum provenant d'un sujet sensibilisé dans le derme de la face antérieure de l'avant-bras d'un sujet normal. Dans le derme de l'avant-bras du côté opposé, on injecte du sérum provenant d'un sujet témoin. Vingt-quatre heures après, on injecte, exactement aux mêmes endroits, un extrait de la substance sensibilisatrice et l'on fait une injection témoin avec cette même substance.

Dans les minutes qui suivent les injections de la substance sensibilisatrice, on n'observe une réaction qu'au point où l'on a injecté précédemment le sérum du sujet sensibilisé. Il se produit là une papule d'aspect ortié reposant sur une base œdémateuse et entourée d'une zone érythémateuse.

Cette épreuve de l'anaphylaxie passive locale se superpose à l'épreuve de la cutiréaction. Elle est une épreuve de contrôle qui peut, dans la pratique, avoir son utilité.

Du point de vue théorique, elle semble être d'un haut intérêt. Elle montre l'imprégnation des cellules du sujet témoin par une substance particulière qui se trouve dans le sérum du sujet sensibilisé. Cette substance reste fixée sur les cellules de la région injectée. Le conflit entre cette substance et l'antigène sensibilisateur, injecté au niveau des cellules imprégnées se manifeste par la réaction dermique. L'anaphylaxie passive, au lieu d'être d'ordre général, est ici d'ordre local.

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1926)

Formule azotée du sérum sanguin. Sa constance chez le sujet sain. — MM. F. WIDAL et M. LAUDAT, examinant le sang de douze sujets sains âgés de vingt à quarante ans recevant habituellement une alimentation mixte et à jeun depuis la veille, ont essayé de fixer chez l'homme normal la « formule azotée » du sérum sanguin.

Ils ont observé dans ces conditions, que : l'azote de l'urée représente 52,55 p. 100 de l'azote total (non albuminoïdique) et l'azote résiduel 47,45 p. 100. Suivant la suggestion d'Hugounenq et de Florence, ils ont indiqué dans le bloc de l'azote résiduel la proportion de chacune des substances qui

peuvent être rigoureusement dosées et ils ont établi d'autre part leur rapport avec l'azote qui reste indéterminé. Les substances dosées en dehors de l'urée constituent 30,7 p. 100 de l'azote total; elles se répartissent ainsi : 6,55 p. 100 pour l'acide urique, 6 p. 100 pour la créatinine totale et 18,1 p. 100 pour l'ammoniaque et les acides aminés. Enfin, 16,8 p. 100 de l'azote total échappent encore à nos méthodes directes d'analyse.

La formule azotée du sérum sanguin est remarquablement fixe si, pour l'établir, on se place dans les conditions indiquées plus haut.

M. BLANCHETIÈRE. Comment a été dosée l'urée?

MM. WIDAL et LAUDAT. Au xanthydrol.

Vitesse de sédimentation des hématies dans les liquides pleuraux et ascitiques. — MM. Marcel GARNIER et Victor OUMANSKY étudient ce que devient la vitesse de sédimentation des hématies quand on remplace le plasma sanguin dans lequel elles sont plongées par des liquides d'épanchement péritonéal ou ascitique. Dans ces conditions la vitesse de sédimentation est essentiellement différente suivant que l'épanchement est de nature inflammatoire ou d'origine mécanique. Dans le premier cas elle est rapide, dans le deuxième au contraire elle est lente.

Cette vitesse varie parallèlement à la quantité d'albumine contenue dans le liquide : faible dans les liquides peu riches en albumine, elle est au contraire rapide dans ceux qui en contiennent une grande proportion.

La nature du liquide n'est pas le seul facteur qui intervienne dans la sédimentation, car si en général les hématies de diverses provenances, mises dans le même liquide, sédimentent dans des temps sensiblement égaux, on rencontre de temps à autre des hématies qui sédimentent plus vite ou plus lentement que les autres.

Les affinités tissulaires du virus aphteux. — MM. C. LEVADITI, S. NICOLAU et I. A. GALLOWAY. En utilisant la méthode que Levaditi et Nicolau ont employé pour la recherche de la répartition dans les organes du virus neurovaccinal injecté dans les veines des lapins, Levaditi, Nicolau et Galloway établissent les affinités tissulaires du virus aphteux inoculé dans la veine jugulaire des cobayes. Ils constatent que pendant les trois jours qui suivent l'injection (« période invasive »), le virus est retrouvable — quoique d'une manière inconstante — dans des organes dont l'origine embryogénétique est diverse (cerveau, rate, foie, poumons, capsules surrénales, sang). A partir du moment où cette période invasive prend fin (vers le quatrième jour), le virus disparaît de la circulation sanguine et des organes, pour persister exclusivement sur l'ectoderme proprement dit (vésicules aphteuses de la langue et de l'épiderme du métatarse). De ce point de vue, la fièvre aphteuse se comporte donc comme une ectodermose pure.

Sur une réaction d' « opacification » des sérums tuberculeux en présence d'un mélange antigène-gomme gutte. — MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et L. GALLERAND. Poursuivant leurs recherches sur les propriétés des mélanges antigène-résines, les auteurs montrent que les sérums tuberculeux peuvent donner une réaction d'opacification lorsqu'on les met en présence de l'émulsion dans l'eau physiologique d'un mélange d'antigène méthylique de Boquet et Nègre et d'une teinture de gomme gutte dans l'alcool méthylique. Phénomène intéressant au point de vue physico-chimique et dont l'application pratique mérite de nouveaux essais.

Le réactif des « granulations oxybenzidinophiles » est-il exempt d'eau oxygénée? — M. Marcel PRENANT. Ce réactif créé par Hollande et formé essentiellement de benzidine vieillie en solution alcoolique, contient des petites quantités d'eau oxygénée formées par l'oxydation lente et décelables par l'addition de peroxydase. Dans ces conditions, la réaction des « granulations oxybenzidinophiles » est une réaction de peroxydase, et l'on ne peut plus nier le fait que les peroxydases cellulaires sont figurées.

M. BLANCHETIÈRE. Les arguments de M. Prenant sont intéressants : ils ne sont pas convaincants. Il y aurait profit, pour l'auteur, à utiliser la réaction de l'acide benzidique.

M. Noël FIESSINGER. Mes constatations confirment celles de M. Prenant. La réaction de Hollande ne donne pas les mêmes résultats que la benzidine et l'eau oxygénée. Il faut un vieillissement considérable des solutions semblant prouver une oxydation secondaire des teintures comme le démontrent les recherches de M. Prenant. Il est encore difficile de fixer la nature du processus chimique qui intervient dans cette réaction des peroxydases, mais la sensibilité aux réactifs plaide en faveur de la réaction diastasique.

Des cellules de Kupffer dans les différents ictères. — M. Oscar KAMES avait établi l'hypothèse que la pigmentation biliaire des cellules de Kupffer dans différents ictères dépendait de la cholestérinémie du sang. Pour soutenir cette hypothèse, il rechercha la cholestérinémie chez deux chiens après ligature du cholédoque. Le taux de la cholestérinémie n'atteignait pas le taux normal de l'homme, les cellules de Kupffer restaient inaltérées, contraires aux mêmes cellules de l'homme dans les ictères d'obstruction, suivies d'une cholestérinémie considérable. La pigmentation ne suit pas la nature de la cholémie mais celle de la cholestérinémie.

Action de l'adrénaline et de la spartéine sur le cœur de l'escargot. — M. Paul BOYER. L'adrénaline et la spartéine aux concentrations de 1/10.000 à 1/1.000 ralentissent toutes les deux le rythme du ventricule isolé de l'escargot, mais tandis que l'adrénaline détermine une arythmie toute particulière, remarquable par sa périodicité (arrêts successifs en diastole vers la quinzième immersion suivis d'une reprise de deux à six pulsations) et ne touche ni l'amplitude, ni le tonus à ces doses, la spartéine renforce l'amplitude et augmente le tonus diastolique et systolique. Aux concentrations toxiques (4/1.000 à 1/100), ces deux alcaloïdes arrêtent rapidement le cœur en systole après une courte période d'élévation du tonus.

Action du chlorhydrate de cocaïne sur le tronc nerveux : modifications des paramètres de l'excitabilité des fibres sensitives. — MM. H. CARDOT et J. RÉGNIER. Pour le nerf sensitif, comme pour le nerf moteur, il y a, sous l'action de la cocaïne une élévation de la rhéobase et une diminution de la chronaxie. Cette dernière modification est d'autant plus ample que la dose de cocaïne utilisée est plus forte. Elle fournit une base pour des essais de titrage physiologique des anesthésiques locaux. Les doses actives pour les fibres sensitives sont environ dix fois plus faibles que pour les fibres motrices.

Election. — M. R. LOEWY est nommé membre titulaire.

— Société de biologie de Lyon (séance du 15 novembre 1926):

MM. A. MOREL et I. BAY signalent qu'ils ont étendu à plusieurs espèces de penicillum, d'aspergillus, de bothrytis et de beauveria globulifera, la constatation rapportée par eux à la séance du 21 juin, de l'absence chez deux moisissures des agents nécessaires à l'utilisation de l'azote sous la forme du noyau 2,5, dioxopipérazinique; ce qui met en évidence l'importance du rôle joué dans l'utilisation des protéines par les groupes NH^2 et COOH libres, qui manquent dans la cycloglycylglycine.

Intradermo-réaction à la tuberculine chez le cobaye infecté avec le virus tuberculeux filtrant. — MM. Fernand ARLOING et A. DUFOURT ont recherché les modalités de l'allergie tuberculinique dans l'infection du cobaye par l'ultravirus tuberculeux. Dans la forme nodulaire ou dans la forme cachectique avec bacilles acido-résistants dans les ganglions, l'intradermo est positive après une période anté-allergique variable, mais plus longue que dans l'infection par le bacille tuberculeux classique.

Si l'inoculation du virus filtrant n'entraîne ni cachexie, ni modifications du poids et permet une longue survie, la sensibilité à la tuberculine apparaît au bout de vingt-quatre jours, soit en retard de quinze jours sur l'allergie des cobayes inoculés avec les bacilles acido-résistants.

Il faut une dilution à 1/50 pour obtenir une réaction. Celle-ci ne peut être éveillée que pendant quarante-cinq jours, après quoi elle disparaît avec la tuberculine à 1/50. A 1/25 et à 1/10, la tuberculine donne encore pendant vingt jours une intradermo positive, puis l'anergie tuberculinique devient complète.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1926)

La protéinothérapie dans l'ulcère gastro-duodénal chronique. Innocuité de la méthode. — M. PRON, au cours d'une pratique de trois ans de cette méthode, n'a observé aucun accident. Il signale la variation des réactions au point de vue intensité et nature, non seulement chez les différents sujets, mais chez le même patient, au cours d'une série d'injections intramusculaires. La protéinothérapie apporte une amélioration marquée, de façon constante, chez tous les ulcéreux. Si elle ne peut être donnée comme une méthode réellement curative, elle apparaît comme une méthode complémentaire des plus utiles.

Influence sur l'asthme des variations du champ électrique atmosphérique. — M. Jacques SÉDILLOT présente une asthmatique âgée de cinquante-deux ans qui souffrait depuis vingt ans d'un asthme dit implacable, en raison de la fréquence des crises (état de mal asthmatique depuis huit ans), de leur intensité, de leur résistance aux traitements employés. Sauf le régime, tout avait été tenté, et tout avait finalement échoué, y compris sept saisons consécutives au Mont-Dore. M. Sédillot, par la cure de désintoxication arthritique, la débarrasse complètement de son asthme en quelques semaines. Au sujet de ce cas, M. Sédillot soutient : 1° que dans la cure Mont-Dorienne, ce qui peut agir parfois de façon brutale pour calmer l'asthme dès l'arrivée, presque à la manière d'une piqûre d'adrénaline, c'est l'altitude (augmentation considérable des différences de potentiel du champ électrique atmosphérique en montagne) ; 2° que les méthodes récemment préconisées (anti-anaphylactiques, antivagotoniques) ne s'apparentent en aucune manière à sa méthode de traitement. Elles n'ont servi au contraire qu'à désorienter les médecins, puisqu'aucun d'eux n'avait songé au régime qui a guéri si promptement et si complètement la malade.

La prostatectomie transvésicale sans anesthésie générale et sans anesthésie rachidienne. — M. CATHELIN utilise depuis environ un an pour toutes ses prostatectomies un procédé simplifié d'anesthésie qu'il recommande à ses collègues : une simple ligne dermique de quelques centimètres au-dessus du pubis avec de la novocaïne ou scurocaïne à 1 p. 100 ou 1 p. 200 en injection d'un demi-centimètre cube aux quatre points cardinaux, puis il fait donner au malade une demi-heure avant l'opération un lavement de Guyon composé de XXX gouttes de laudanum, 1g50 et 2 grammes d'antipyrine et 60 grammes d'eau. L'anesthésie est suffisante, tant pour l'ouverture de la vessie que pour l'énucléation prostatique, et les malades retournent dans leur lit sans aucun shock, pouvant prendre leur café et lire leur journal. C'est un progrès incontestable sur les anciennes méthodes.

Calcul vésical. Taille suivie de sept mois de fistule. Récidive. Lithotritie. Guérison en trois jours. — M. CATHELIN.

Graphologie chez quelques enfants retardés. — MM. LÉOPOLD-LÉVI et STRELITSKI rapportent quatre cas au cours desquels ils ont étudié le graphisme avant et après l'opothérapie :

1° Thyrotesticulaire de douze ans. En même temps que le développement testiculaire, l'écriture montre des signes d'indépendance et de transmission juvénile.

2° Retardé physique et psychique de quinze ans, avec troubles de sensibilité. La thyroïdothérapie agit sur la sensibilité. L'écriture s'épanouit, se dilate.

3° Pluriglandulaire, à insuffisance surrénalienne. Quatorze cachets de 20 centigrammes de surrénale augmentent l'énergie de l'enfant et de ses mouvements graphiques.

4° Enfant de neuf ans avec maladie des tics. La parathyroïde la rend capable d'attention. Après 30 milligrammes, au lieu de bâtons elle peut écrire son nom. L'écriture fournit des documents non coûteux, faciles à renouveler, permettant le contrôle des résultats opothérapiques.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1926)

Les suites broncho-pulmonaires éloignées du paludisme. Leur traitement par la méthode de Bretonneau-Trousseau. — MM. G. CAUSSADE et André TARDIEU rapportent l'observation d'un algérien, âgé de trente-trois ans, ancien paludéen, hospitalisé à deux reprises successives, pour une affection broncho-pulmonaire subaiguë, avec fièvre oscillant entre 38° et 38°5. Aux signes physiques de la bronchite s'ajoute une abondante (300 centimètres cubes) expectoration purulente contenant une flore microbienne variée (pneumocoque, micrococcus catarhalis, paratetragenes conglomeratus, etc...). La thérapeutique instituée, comprenant le sérum antipneumococcique, l'auto-vaccinothérapie et les injections intra-trachéales d'huile eucalyptolée, demeure inefficace. Et même se déclare une poussée congestive en imposant pour une forme basale de la tuberculose pulmonaire (bacilloscopie négative à trois reprises). L'évolution se caractérise par la survenue d'accès fébriles réguliers matutinaux, de type quotidien, présentant les trois stades classiques de frisson, de chaleurs et de sueurs. La médication spécifique est aussitôt instituée (poudre de quinquina jaune, selon la technique de Trousseau). Sous l'influence de ce traitement, les accès fébriles disparaissent définitivement, la température descend rapidement à la normale. Guérison un peu moins rapide de la complication pulmonaire.

Les auteurs insistent sur les suites broncho-pulmonaires éloignées du paludisme, souvent méconnues, sur les erreurs de diagnostic qu'elles peuvent entraîner et sur l'efficacité remarquable, dans ces cas, de la poudre de quiquina jaune.

Injection opaque du système vasculaire du poumon par la voie endo-veineuse périphérique (lipidiol). — MM. G. CAUSSADE et André TARDIEU présentent des clichés radiographiques d'un lapin, tirés après injection lente, dans la veine marginale de l'oreille, de 2 centimètres cubes de lipiodol pur. Sur l'épreuve prise de face, tirée aussitôt après l'injection : arrivée du liquide opaque dans les vaisseaux pulmonaires de gros calibre dont on saisit le mode de division caractéristique à angle droit. Mort rapide au bout d'une dizaine de minutes (paralysies, tachypnée, convulsions) Sur le cliché tiré de profil, après la mort, on voit une traînée curviligne opaque reliant la veine marginale de l'oreille à la veine cave supérieure. Au thorax, grosse traînée de gouttelettes opaques (artère pulmonaire injectée); dans toute l'étendue de la plage pulmonaire, fine pulvérisation de gouttelettes de lipiodol (injection des capillaires du poumon).

Cette expérience, facile à réaliser, est une démonstration évidente de la possibilité d'injecter, inoculer et même opacifier, par la voie veineuse périphérique, le riche vaisseau vasculaire du poumon. Ce procédé, utilisable exclusivement en médecine expérimentale, permet l'étude, sur le vivant, des altérations vasculaires coïncidant avec les lésions du poumon (tuberculose, foyers pneumoniques, etc.).

Et même, une question se pose : l'injection veineuse de phénol-tétra-iodo-phtaléine sodique (technique de Graham et Cole modifiée par Barker, Wilkie et Illingworth) avant d'être une méthode cholécystographique, ne serait-elle pas un procédé pneumographique?

Au sujet du pneumothorax artificiel. — M. Georges ROSENTHAL discute la question de l'unilatéralité du pneumothorax et demande en cas de lésion, massive d'un côté et minime quoique évolutive de l'autre côté, l'autorisation de tenter le pneumothorax qui au besoin ne sera pas maintenu.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1926)

Des dangers de la suture osseuse dans les fractures du maxillaire inférieur. — MM. PONROY et PSAUME rapportent trois observations dans lesquelles la suture osseuse a déterminé, soit un trouble considérable de l'articulé dentaire, soit des lésions d'ostéite avec élimination de séquestres et perte

de plusieurs dents, soit un gros retard dans la formation du cal. L'immobilisation des fractures du maxillaire inférieur par attelle de contention intrabuccale reste le traitement de choix.

Présentation de film de prothèse maxillo-faciale. Le traitement orthopédique des fractures horizontales du maxillaire supérieur. — M. Darcissac. En un film documentaire l'auteur montre la confection de son casque, appui cranien servant à fixer la gouttière moulée sur l'arcade dentaire supérieure pour les fractures du maxillaire supérieur.

Les fistules muqueuses de la lèvre inférieure. — MM. Ch. Ruppe et Magdeleine rapportent six observations inédites de fistules de la lèvre inférieure. Ils en signalent la rareté et insistent sur le rôle de l'hérédité et la concomitance avec d'autres malformations.

Prothèse de contention chez les Phéniciens. — M. Félix Ginestet (de Beyrouth). Il s'agit d'un maxillaire inférieur retrouvé dans un sarcophage phénicien du ve ou ive siècle avant Jésus-Christ. On y constate deux incisives médianes, complètement dénudées par la pyorrhée maintenues solidement en place par une ligature en fil d'or fin.

LIVRES NOUVEAUX

Médicus (1). Guide annuaire du Corps médical français année 1927.

Médicus, si impatiemment attendu par tous les médecins, vient de paraître.

Avec leur soin habituel, les éditeurs ont mis ce bel annuaire à jour de la façon la plus précise.

Outre les renseignements habituels sur la vie universitaire, sur l'Assistance publique, les établissements scientifiques ou hospitaliers, *Médicus* donne de précieuses indications sur les questions de droit et de jurisprudence qui intéressent notre profession, etc.

De nouveaux chapitres concernent l'inspection générale du Service de santé, les écoles de médecine indigènes, etc.

La liste des médecins, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, est tenue à jour avec un soin méticuleux qui fait le plus grand honneur à son éditeur. L. G.

(1) Fort in-8 relié toile de 1.500 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, A. Rouzaud, 41, rue des Ecoles.

Thrombo-phlébite infectieuse du sinus caverneux et lésions associées septiques et traumatiques des sinus veineux de la face (1), par Wells P. Eagleton.

Son expérience personnelle suggère à l'auteur que la plus grande proportion des cas d'abcès cérébraux et de méningites sont causés par des processus infectieux s'étendant par la voie d'une thrombo-phlébite rétrograde et non par extension directe de la suppuration. Un examen des lésions infectieuses du système veineux doit guider le traitement chirurgical, non seulement vis-à-vis de la thrombo-phlébite du sinus, mais également de la méningite et de l'abcès du cerveau.

Ce travail est basé sur l'étude de 24 cas de thrombo-phlébite du sinus, et sur la discussion d'autres cas assez rares pour justifier leur discussion.

L'auteur établit que si ce diagnostic est fait précocement, ce qui devrait être, si l'intervention chirurgicale peut avoir chance de succès, la phlébite du sinus caverneux doit être considérée comme un groupe d'affections.

De même pour un diagnostic précoce, il faut tenir compte

(1) Un volume de 158 pages avec 16 planches. — Prix : France, 25 fr. + 40 p. 100; Etranger, 1 dollar. — Paris, Masson et Cie.

que les symptômes classiques d'exophtalmie, d'œdème des paupières et du chemosis peuvent être présents ou absents, suivant que le sinus est brusquement et complètement obstrué par un processus septique aigu, ou graduellement oblitéré par un thrombus compensateur.

Un diagnostic précoce dans le cas d'envahissement lent, sans manifestations classiques d'exophtalmie, mérite une étude soignée des facteurs mécaniques qui déterminent la symptomatologie.

Enfin, il y a nécessité de traiter la phlébite non seulement par le drainage, mais en plaçant le tronc veineux enflammé au repos par la ligature de la carotide primitive ou interne.

Après un exposé des types d'infection, du trajet qu'elle suit, des différents cas, on trouvera dans cet ouvrage deux chapitres consacrés au diagnostic, et au diagnostic différentiel entre la thrombose du sinus, la méningite et l'abcès du cerveau.

Le pronostic, l'embryologie, l'anatomie chirurgicale et l'anatomie pathologique chirurgicale sont étudiés avec examen de nombreux cas.

Il en est de même pour le traitement : traitement opératoire, traitement par la sérothérapie et la vaccinothérapie.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUMEUR BLANCHE DU COU-DE-PIED

L'ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne constitue la localisation la plus fréquente de la tuberculose du pied.

ÉTIOLOGIE. — Elle s'observe à tout âge et fréquemment chez l'enfant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'origine osseuse est la règle.

a. L'astragale, dans la majorité des cas, 93 p. 100, est le point de départ de la lésion.

Le foyer initial occupe le centre de l'os, il évolue rapidement en haut et atteint l'articulation tibio-tarsienne.

Les lésions ulcéreuses du pilon tibial et des malléoles sont en règle secondaires.

L'envahissement des gaines tendineuses se fait également tardivement par propagation.

b. Dans quelques cas, l'ostéite causale est une *ostéite juxta-articulaire de l'extrémité inférieure du tibia* qui, en se développant, envahit secondairement l'articulation.

L'évolution anatomique se fait vers l'atteinte, soit précoce, soit tardive de l'articulation sous-astragalienne, réalisant une tuberculose diffuse du postéro-tarse.

CLINIQUE. — Nous prendrons pour type l'enfant.

1° **Début.** — *a.* Parfois rapide, revêtant une allure inflammatoire, douleur, gonflement, fièvre rapidement calmée par le repos.

b. En règle générale, il est *lent, progressif.*

L'enfant est amené :

1. *Parce qu'il souffre*, surtout le soir après fatigue, douleur qui peut irradier à la plante du pied jusqu'au gros orteil.

2. Parce qu'il boite légèrement.

Ces symptômes, souvent apparus quelques semaines après une maladie anergisante, rougeole, coqueluche, sont rapportés par l'entourage à *un traumatisme* ancien ou récent qui est non la cause mais bien plus souvent la conséquence d'une lésion évoluant jusque-là insidieusement.

L'articulation étant superficielle rapidement, deux à trois mois après le début les signes sont manifestes.

Examen. — L'entant couché sur un plan résistant, en comparant les deux membres, l'on constate :

1° UN GONFLEMENT « en bracelet » de la région du coup de pied qui respecte le talon et la jambe.

En arrière, les gouttières rétro-malléolaires sont comblées, le tendon d'Achille est effacé.

Lorsque les fongosités distendent la synoviale, en avant et en arrière des malléoles l'on voit des tuméfactions ovoïdes, verticales, molles et pâteuses.

C'est l'aspect classique de *tuméfaction à quatre bosses de Ménard.*

2° MOUVEMENTS. — Le pied est en équin léger.

Si l'on imprime quelques secousses à la jambe, l'on constate que le *ballottement* normal du pied n'existe plus ou est très diminué.

Les mouvements de flexion et d'extension de la tibio-tarsienne sont limités.

Par contre, ceux de la sous-astragalienne et de la médio-tarsienne sont libres.

3° DOULEUR provoquée par la palpation sur le bord antérieur et postérieur des malléoles.

4° EXAGÉRATION DE LA CHALEUR LOCALE.

5° L'*atrophie musculaire* des muscles du mollet est déjà importante.

6° L'*adénopathie* poplitée inconstante, mais les *ganglions inguinaux* et *rétro-cruraux* sont gros, mobiles, peu douloureux.

La **Radiographie** montrera de bonne heure et par comparaison avec le côté sain :

a. Un *pincement de l'interligne* articulaire attribué par certains au léger équinisme du pied.

b. L'*astragale, décalcifié*, clair, présente des bords flous. Parfois, au contraire, il n'y a qu'une zone bien localisée de destruction.

Mais il n'y a généralement pas de lésion radiographique des malléoles.

Plus tard, la décalcification gagne tout le pied et atteint l'extrémité inférieure du tibia.

2° **État.** — A la fin de la première année :

1. Les masses fongueuses ne tardent pas à se ramollir, évoluant vers l'abcès froid.

La fistulisation est fréquente, unique, elle n'aggrave pas sensiblement le pronostic.

A la suite d'une poussée douloureuse, la peau rougit, s'amincit, se fistulise.

2. Si le malade n'a pas été traité, l'évolution est plus grave. Les douleurs deviennent violentes et empêchent toute marche.

L'impotence est absolue.

Examen. — Le pied est en valgus équin.

Gonflé, contrastant avec l'amaigrissement de la jambe, il est bientôt le siège de *multiples fistules* sous-malléolaires, interne et externe.

Les mouvements de la tibio-tarsienne sont bloqués, ceux de la sous-astragalienne limités et douloureux.

Parfois, des mouvements de latéralité témoignent de la destruction de l'astragale.

La **Radiographie** montre des lésions avancées, non seulement de l'astragale mais du plateau tibial, avec atrophie et décalcification intense. (*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 29 NOVEMBRE AU 4 DÉCEMBRE 1926)

THÈSES

Mardi 30 novembre. — Jury : MM. Achard, président; Claude, Guillain et Baudouin. — M. DEGLANDE (Louis). L'électrocardiographie et son application. — M. FINKELSTEIN (David). La constitution schizoïde. — M. DEREUX (J.). Paralysie verticale du regard.

Jury : MM. Brindeau, président; Rathery, Vaudescal et Richet. — Mme VANBOEKSTAEL (M.). Le coup de chaleur chez le nourrisson. — M. JEANTET (Paul). La syphilis de l'endocarde. — M. LEVIEZ. De la vaccination antidiphtérique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.
Tarif n° 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 30 novembre. — Questions données : « Complications nerveuses de la diphtérie. — Signes et diagnostic de l'anurie calculeuse. »

MM. Bonnard, 15; Vannier, 21; Thomas, 15; Bernard, 21; Dreyfus, 22 1/2; Merklen, 24; Lejeune, 28; Seidmann, 22; Delmas, 21; Faure, 22.

— Prix de l'internat. — *Médecine.* — Le jury est ainsi composé : MM. Ravaut, Bénard (Henri), Guinon, Harvier et Boidin.

Chirurgie. — Le jury est ainsi composé : MM. Thiéry, Mouchet, Heitz-Boyer, Dujarier et Ecalle.

— Prix Civiale. — Le jury est définitivement composé de MM. Caussade, Claisse, Auvray, Méry, Launay.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Concours de l'internat. — Questions tirées : « Configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie. — Perforations de l'ulcère de l'estomac, signes et diagnostic. »

Questions restées dans l'urne : « Configuration extérieure et rapports de l'utérus. — Colique hépatique. — Ligaments de l'articulation du coude. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. »

Lectures des copies. — Séance du 27 novembre. — MM. Langumier, 16; Sigaud, 15; Lemaire, Bourgois et Rouzaud, 17; Vernotte, 14; Baissette, 13; di Ruggiero, 18; Crochet, 12.

Epreuve de clinique médicale. — MM. Baissette, 8; Sigaud, 14; Crochet, 7; Lemaire, 14; Langumier, 16; Rouzaud, 15; Vernotte, 13; di Ruggiero, 18; Bourgois, 15.

Epreuve de clinique chirurgicale. — Séance du 30 novembre. — MM. Baissette, 14; Crochet, 3; di Ruggiero, 17; Langumier, 13; Lemaire, 16; Rouzaud, 17; Sigaud, 14; Vernotte et Bourgois, 16.

Le concours se termine par l'ordre de présentation suivant : MM. di Ruggiero, 71; Rouzaud, 66; Bourgeois, 64; Lemaire, 63 1/2; Langumier, 62; Sigaud, 59; Vernotte, 58; Baissette, 50; Crochet, 34.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de chef de laboratoire de radiologie s'est terminé par la nomination de M. le docteur Beaupère.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le concours pour deux places d'aide d'anatomie à la Faculté s'est terminé par la nomination de MM. Peycelon et Cibert.

VICTIME DU DEVOIR PROFESSIONNEL. — M. le professeur agrégé Froment a été victime d'un attentat de la part d'un de ses malades au moment où il entrait samedi dernier dans son service des maladies nerveuses à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Frappé d'un coup de stylet dans le dos, notre confrère a reçu immédiatement les soins des professeurs Bérard et Tixier. Son état est très grave.

Le ministre de l'Instruction publique vient de lui faire remettre la croix d'officier de la Légion d'honneur.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Le Grand, reçu avec le n° 1 au concours des médecins des asiles d'aliénés en 1926, a été nommé médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse), en remplacement de M. le docteur Adam (Emile), appelé à un autre emploi.

M. le docteur Dedieu-Anglade, reçu avec le n° 2 au concours des médecins des Asiles d'aliénés en 1926, a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente), en remplacement de M. le docteur Jourdran, appelé à un autre emploi.

CENTENAIRE DE LAENNEC. — Programme des cérémonies. — *Lundi 13 décembre.* — En l'église métropolitaine Notre-Dame, à 11 h. 1/4, sous la présidence de S. E. le Car-

dinal Dubois, archevêque de Paris, *Messe de Requiem*, pour le repos de l'âme de René Théophile Hyacinthe Laennec, 1781-1826.

La Messe sera dite par M. l'Abbé Lancrenon, docteur en médecine.

L'éloge funèbre sera prononcé par le R. Père de Tonquédec.

Les chants seront exécutés par la Maîtrise sous la direction de M. l'Abbé Merret.

Le grand orgue sera tenu par M. Vierne.

Aucune carte ne sera exigée pour l'entrée à Notre-Dame.

Les premières places seront réservées aux corps constitués et aux médecins.

Les personnes sans carte entreront par les portes latérales (place du parvis Notre-Dame).

15 h. 30 : Réception des délégués à l'Académie de médecine.

17 h. : Réception à l'Hôtel de Ville.

21 h. : Cérémonie au grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. Gaston Doumergue, président de la République, et sous la présidence de M. Paul Painlevé, membre de l'Institut, ministre de la Guerre.

Allocution de M. Lapie, recteur de l'Académie de Paris.

La découverte de l'auscultation, par M. le professeur Ménétrier.

Laennec au Collège de France, par M. le professeur d'Arsonval.

Laennec à la Faculté de médecine, par M. le professeur Roger, doyen de la Faculté.

La tuberculose depuis Laennec, par M. le professeur Léon Bernard.

Adresses de MM. les délégués officiels des gouvernements étrangers.

Allocution de M. Paul Painlevé, membre de l'Institut, ministre de la Guerre.

Mardi 14 décembre. — 9 h. 30 : Visite à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Charité.

10 h. 30 : Visite au Musée Carnavalet.

15 h. : Séance solennelle à l'Académie de médecine.

Allocution de M. le professeur Bar, président de l'Académie.

Les origines médicales de Laennec, par M. le professeur Mirallié.

Laennec, anatomo-pathologiste, par M. le professeur Letulle.

Laennec, clinicien, par M. le professeur Sergent.

Le rôle de Laennec dans l'évolution de la médecine, par M. le professeur Achard.

Exposition des souvenirs de Laennec.

Mercredi 15 décembre. — 10 h. : Réception à l'hôpital Laennec (dispensaire Léon-Bourgeois).

M. Rist : « La fonction du médecin d'hôpital dans la lutte antituberculeuse cent ans après Laennec. »

11 h. 30 : Visite à l'hôpital Necker.

15 h. : Réception à l'Institut Pasteur.

M. Calmette : « La prévention de la tuberculose depuis Laennec. »

20 h. : Banquet à l'hôtel du Palais d'Orsay.

Après les cérémonies, une excursion sera organisée à Nantes et à Quimper, sous la direction de M. le docteur Mirallié.

Nota. — Pour le banquet (prix : 75 fr.), prière de s'inscrire dès maintenant auprès du professeur Roussy, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— A l'occasion du Centenaire de Laennec qui sera célébré les 13, 14 et 15 décembre prochains, une *exposition rétrospective* consacrée à Laennec sera ouverte au public dans la salle des Pas-Perdus de l'Académie de médecine. Le Comité du Centenaire fait appel à tous les confrères possédant soit des manuscrits, des autographes de Laennec ou des objets qui lui ont appartenu, en les priant de bien vouloir les faire figurer à cette exposition. Dans ce but, ils n'ont qu'à s'adresser à M. Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, téléphone Laborde 21-08, ou à M. Bousquet, secrétaire de l'Académie de médecine, rue Bonaparte.

TROISIÈME VOYAGE INTERNATIONAL D'ÉTUDES MÉDICALES SUR LA COTE D'AZUR. — Organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen (5, rue Longchamp, à Nice).

Le troisième voyage médical international sur la Côte d'Azur aura lieu du 16 au 24 décembre prochain. On visitera les stations climatériques et les établissements scientifiques et médicaux de Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Grasse, Vence, Nice, Beaulieu, Monaco, Monte-Carlo et Menton. Une excursion sera organisée dans les Alpes (sports d'hiver et cure d'altitude). Les parcours seront effectués en trains spéciaux et en auto-cars. Le séjour sera assuré dans les meilleurs hôtels. Des fêtes et des réceptions seront offertes aux visiteurs à Cannes, Nice et Monte-Carlo.

Ce voyage étant réservé aux médecins et étudiants étrangers, les inscriptions seront reçues aux bureaux de l'Office du tourisme français, à Londres S. W. I. Haymarket 56 ; à Amsterdam, Sarphatisstraat 15 ; à Barcelone, Cortes 603 ; à Genève, 3, rue du Mont-Blanc ; à Paris, 8e, 17, rue de Surène. Nombre de places limité.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société médicale : docteur Maurice Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

AVIS DE VACANCE DE PLACE DE DIRECTEUR DU BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour le bureau municipal d'hygiène d'Orléans.

Le traitement alloué est fixé à 25.000 fr. par an, avec interdiction de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 1er déc. 1926.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Joseph de Lantsheere (de Bruxelles) et Drey père (de Lyon) ; les professeurs Domenico Pirrone, libero docente de pathologie et de clinique médicale à Palerme ; Mario Nencioni, assistant honoraire de la Clinique dermatologique de Florence ; Giuseppe Murero, le syphiligraphe bien connu d'Udine ; et René Meylan (de Moudon, Suisse).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 6 AU 11 DÉCEMBRE 1926)

THÈSES

Mercredi 8 décembre. — Jury : MM. Sébileau, président ; Bernard, Lardennois et Tanon. — M. LEVASSOR (Robert). Injection intraveineuse dans la tuberculose pulmonaire. — M. SÉNOZE (R.). Sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse. — M. VILLASMIL. Troubles vestibulaires dans la syringobulbie.

Jeudi 9 décembre. — Jury : MM. Gilbert, président ; Lejars, Sergent et Lemaître. — M. LOUCAS (A.). Traitement des artérites oblitérantes. — M. JOUNIAUX. Traitement des tuberculoses chirurgicales. — M. BIDERMANN (P.). Etude sur la tuberculose.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DU CORPUSCULE INTERCAROTIDIEN [1]

Par MM. Georges LECLERC et Jean DUBARD
(DE DIJON)
[SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE]

Traitement. — Quelle est maintenant la conduite à tenir en face d'une pareille tumeur? Afin de pouvoir conclure, nous allons être amenés à discuter la valeur des différents traitements que l'on peut envisager.

A l'heure actuelle, on ne peut proposer que trois sortes de thérapeutique : les rayons X, le radium et le traitement chirurgical.

Jusqu'à présent, les rayons X et le radium n'ont pas été employés. A priori, autant il est possible de formuler des conclusions théoriques en thérapeutique, à priori l'actinothérapie, qu'elle utilise les rayons de Roentgen ou les rayons γ du radium, doit être inactive sur la majorité des tumeurs, puisque ces dernières ne sont pas des tumeurs proliférantes avec de nombreux éléments jeunes qui les rendraient vulnérables aux radiations. Ce ne serait que dans les cas de tumeurs dégénérées où il serait possible d'espérer quelque chose de ce mode de traitement. Peut-être, dans l'avenir, aurons-nous la confirmation de notre façon de voir.

Il reste à envisager le traitement chirurgical, l'ablation, le seul appliqué jusqu'à ce jour. Nous voulons discuter un peu plus longuement ce traitement chirurgical afin de voir si, à l'heure actuelle, l'on a le droit de rester aussi interventioniste qu'on l'a été jusqu'à maintenant.

Au point de vue théorique, il est extrêmement séduisant d'ôter une tumeur que l'on sait capable de dégénérer, rarement il est vrai, mais cette possibilité de transformation maligne est toujours le danger qui menace ces malades. On enlève bien les adénomes du sein, dont cependant une bonne partie reste indéfiniment à l'état d'adénome, de même semble-t-il, doit-on enlever aussi tout paragangliome dont les connections avec le riche lacis lymphatique du cou appelle la métastase en cas de dégénérescence maligne.

Théoriquement aussi, l'intervention doit être simple. Accolée aux carotides, on doit facilement isoler cette tumeur encapsulée du reste du paquet vasculo-nerveux, à plus forte raison des autres troncs nerveux IX, XI et le grand sympathique. Dans les cas les moins favorables, on se résignera à sacrifier les vaisseaux; la ligature des carotides est une opération facile a dit Farabœuf. Au premier abord donc, l'exérèse serait le premier traitement à conseiller.

Cependant, la réalité des faits est tout autre ainsi que l'ont montré les comptes rendus des interventions pratiquées jusqu'à ce jour.

Nous n'hésiterons pas à dire que le traitement chirurgical est dangereux et le médecin doit tenir compte, avant d'envoyer son malade au chirurgien, d'une part de la bénégnité relative des tumeurs de la glande carotidienne qui, nous l'avons vu, ne donne qu'un minimum très acceptable de signes fonctionnels et qu'une proportion de 4 p. 100 de dégénérescence, d'autre part, de la gravité de l'intervention.

Le pronostic que nous avons tiré de l'évolution de ces tumeurs nous dispense de rappeler leur longue histoire silencieuse : en un mot, leur bénignité. Au contraire, ce pronostic opératoire est sombre. Les premières statistiques que l'on doit à Licini vers 1908 donnent une mortalité globale de 33 p. 100, mais dans le reste des opérés qui survivent, on trouve de nombreux accidents qui donnent à réfléchir avant de proposer une intervention de ce genre.

A l'heure actuelle cependant la mortalité opératoire a fortement diminué. De 33 p. 100 Anquez, en 1914, l'a ramenée à 20 p. 100 et c'est à peu près à ce chiffre qu'aboutissent nos recherches. N'ayant pu nous procurer les observations de tous les cas opérés nous ne pouvons donner de chiffres exacts, mais tablant sur environ soixante-dix observations, nous croyons pouvoir donner le chiffre de 20 p. 100 comme à peu près vrai.

On peut dire maintenant que 80 p. 100 des opérés qui n'ont pas succombé, ont été victimes d'accidents dus à l'intervention : paralysies diverses, hémiplégie, aphasie, dysarthrie, s'améliorant il est vrai à la longue, mais constituant cependant des séquelles graves qu'on ne peut passer sous silence et dont on doit tenir compte.

Ces accidents tiennent à trois ordres de facteurs : d'abord à des lésions nerveuses extrêmement fréquentes à cause de la localisation de la tumeur, ensuite aux ligatures posées sur les carotides, en particulier sur la carotide interne, enfin à ce que l'intervention est toujours longue et pénible.

Les accidents nerveux proviennent ou bien du fait de cette intervention pendant laquelle on peut intéresser un ou plusieurs des troncs nerveux ou bien du fait de la compression peu marquée mais qui, parfois, s'est établie depuis longtemps et il semble bien qu'elle mette le nerf en état de moindre résistance et lui donne une fragilité spéciale qui ne lui permet pas de résister aux traumatismes qui se produisent nécessairement au cours de l'ablation.

Le nerf le plus souvent lésé est le pneumogastrique, soit qu'il ait dû être réséqué, soit simplement irrité. Nous avons pu trouver treize cas dans lesquels le malade avait présenté des signes de déficit de sa dixième paire rapportés par Marchand, Paltauf, Kopftein, Malinowsky, von Heinleth, Douglas, Rivet, Coley et Dorwnes, Neuber (2 cas), Bérard et Dunet, Knighton et Leclerc. D'autre part, certaines bronchopneumonies, certains œdèmes pulmonaires constatés au cours de vérifications sont aussi imputables à des lésions du pneumogastrique.

Ensuite, on relève, par ordre de fréquence, des lésions du grand sympathique se traduisant par des modifications des pupilles, de la mydriase le plus souvent.

Le facial n'est guère intéressé que dans les filets inférieurs de sa branche cervicofaciale. Pendant quelques jours, l'opéré présente de la déviation de la bouche et des commissures qui sont légèrement attirées du côté sain, en général ces accidents faciaux s'amendent rapidement.

Le glossopharyngien, le spinal sont beaucoup plus rarement atteints et leur lésion peu importante demande un examen de spécialiste pour être décelée. Rappelons que notre malade avait présenté un peu de dilatation pupillaire du côté opéré, de la dysphagie absolue, de la dysphonie, de la déviation de la langue, une paralysie du constricteur supérieur et du voile; par conséquent, il est facile de faire le bilan

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 95, p. 1525.

des troncs nerveux lésés, ce sont : les IXe, Xe et XIe paires et le sympathique.

Nous allons étudier maintenant les accidents consécutifs aux ligatures des carotides, temps de l'intervention auquel très souvent on est obligé d'aboutir.

La ligature de la carotide externe fréquemment pratiquée, pour la paragangliome, est, on peut le dire, une opération bénigne.

Il n'en est pas de même de la ligature de carotide primitive, de la carotide interne et à plus forte raison la triple ligature, celle des trois branches de la fourche carotidienne. Cette dernière a dû, pour les tumeurs qui nous intéressent, être pratiquée, au moins neuf fois à notre connaissance par Maydl, Paltauf, Kopfstein (deux fois), Siniouschine, Descarpenteries, Birman, Bérard et Leclerc.

Et tout d'abord, le malade est exposé bien entendu aux accidents communs à ces sortes de ligatures.

Ces accidents sont d'ordre cérébral et peuvent survenir à trois moments différents : soit immédiatement, quand on serre le fil, soit dans les heures qui suivent, ce sont les accidents précoces; enfin tardifs ils peuvent apparaître longtemps après l'intervention avec une période de latence allant jusqu'à quinze jours.

Les accidents immédiats paraissent être dus à l'effet de l'ischémie brusque du cerveau consécutive à la pose du fil. Il y aurait à ce moment, une baisse générale de la tension sanguine qui deviendrait insuffisante pour forcer les voies anastomotiques ou encore la striction du fil en elle-même provoquerait un spasme des branches périphériques de l'artère ainsi que le soutient Lardennois donnant le même résultat, c'est-à-dire empêchant les diverses anastomoses de jouer en restreignant leur débit par suite de ce spasme; le malade va alors tomber brusquement dans le coma, présentant une hémiplégie, ou mourra brutalement de syncope.

Les accidents que nous avons appelés précoces et tardifs dont la symptomatologie est essentiellement l'hémiplégie avec toutes ses combinaisons cliniques, hémiplégie totale, hémiplégie croisée, hémiplégie avec aphasie, hémiplégie avec hémianopsie qu'il n'est pas besoin de décrire ici, ont une pathogénie tout autre. On a tour à tour invoqué l'embolie ou la thrombose.

Delbet soutenait que l'hémiplégie provenait du détachement d'un embolus à partir du point lié. Ce mécanisme est possible, mais les observations avec vérification anatomique ont montré que le plus souvent on avait affaire à une thrombose totale de l'artère à partir de la ligature.

De Fourmestreaux a pu suivre, dans un cas, le caillot depuis la fourche carotidienne jusqu'à la sylvienne. Bérard et Dunet, dans leur cas, ont trouvé une thrombose bloquant toute la carotide interne et envahissant aussi l'ophtalmique. Dans ces cas, il est évident que le rôle des anastomoses est secondaire puisque les artères nucléaires peuvent être transformées en des cordons pleins. Le rôle primordial du rétablissement de la circulation par une voie détournée dont nous allons dire l'importance, à propos des accidents immédiats, doit s'effacer devant la notion d'asepsie absolue qui permettrait peut-être d'éviter la thrombose. Enfin, aussi bien pour éviter la syncope ou l'hémiplégie d'emblée par ischémie brusque, que pour échapper à la thrombose, il faudra réserver autant que possible les ligatures au malade dont l'état circulatoire est sans tare. Les artérioclereux doivent, nous semble-t-il, être plus exposés soit aux accidents immédiats que nous allons voir à la suite à cause de la sclérose de leurs artères, soit aux accidents tardifs; le caillot se formant plus facilement dans des vaisseaux aux parois altérées.

Quelle que soit l'explication qu'on ait pu proposer aux accidents précoces, ils résultent essentiellement de l'insuffisance brusque de l'irrigation encéphalique.

Comment peut se rétablir la circulation en cas de suppression de la voie carotidienne principale, et c'est là une question particulièrement importante puisque nous avons vu que bien souvent on avait été obligé de l'interrompre?

Ce mode de rétablissement varie suivant le point où porte la ou les ligatures.

Quand on lie la carotide primitive, opération en général suivie de guérison dans 80 p. 100 des cas, le rétablissement se fait par les anostomoses que contracte la carotide interne, avec la vertébrale par l'hexagone de Willis, la carotide interne du côté opposé par la communicante antérieure et les anastomoses intracérébrales, la carotide externe du même côté par les territoires de la faciale et l'ophtalmique.

Enfin, pour Guinard, il y aurait, grâce aux larges anastomoses qui unissent les deux carotides externes en particulier la cervicale et la pharyngienne ascendante, un important reflux de sang de la carotide externe à la carotide interne capable d'assurer le débit de la moitié du sang, normalement transporté par la carotide interne.

La richesse des voies anastomotiques explique la bénignité habituelle de la ligature de la carotide primitive isolée, et ce n'est donc pas elle qui pourrait arrêter le chirurgien.

Si la ligature porte uniquement sur la carotide externe on ne constate jamais aucun accident.

Mais quand on est obligé de lier la carotide interne les probabilités d'accidents sont beaucoup plus grandes. Dans ce cas, le nombre des anastomoses est réduit du reflux, si important pour Guinard, du sang venu de la carotide externe du côté opposé par les connections qu'elle possède avec la carotide externe du côté opéré. Il ne reste, pour assurer la voie de retour que :

La carotide externe, avec ses faibles anastomoses de la faciale avec l'ophtalmique ;

La carotide interne opposée par la communicante antérieure qui, on le sait, peut manquer;

La vertébrale qui, à elle seule, doit suppléer à toute la carotide primitive.

Enfin, la ligature des trois branches de la fourche est encore plus grave : elle supprime l'apport de la carotide externe par la faciale et le reflux du sang vers la carotide interne par la carotide externe. Seules la communicante antérieure avec des petites anastomoses intracérébrales et la vertébrale par le tronc basilaire permettront l'irrigation du cerveau. Encore avons-nous dit que la communicante antérieure peut manquer, que les anastomoses intercérébrales qui unissent les deux carotides internes sont très faibles, par conséquent, c'est donc l'artère vertébrale qui forme la seule voie de retour véritablement importante. Aussi ne doit-on pas s'étonner de la fréquence des accidents cérébraux dans l'extirpation des tumeurs carotidiennes, car, nous l'avons vu, la résection de la fourche s'est imposée dans 10 p. 100 des interventions (9 cas connus sur 100 ablations).

Pour en finir, avec cette énumération un peu longue

des suites opératoires il nous faut citer encore les morts rapides dues au choc, d'autant plus marqué que l'intervention aura duré plus longtemps et qu'on aura plus traumatisé les organes de cette région sensible qu'est le cou, et les hémorragies parfois foudroyantes qui peuvent se voir quand un fil de ligature aura lâché.

Nous avons à dessein insisté sur la gravité de l'extirpation des tumeurs de la glande carotidienne. Le nombre des accidents non mortels, d'origine nerveuse surtout, centraux ou périphériques, la létalité de 20 p. 100 prouve que cette impression redoutable n'est pas une vue de l'esprit. Aussi nous semble-t-il téméraire de faire courir au malade de si gros risques pour lui enlever une tumeur bénigne en elle-même et maintenant qu'on est mieux renseigné sur la nature histologique de ces paragangliomes carotidiens, maintenant qu'on sait combien rarement ils dégénèrent, nous croyons qu'il est nécessaire d'indiquer les données à établir avant toute tentative chirurgicale.

A notre avis, si le diagnostic est sûrement établi, si le malade se présente porteur d'une tumeur indolente, évoluant lentement, encapsulée et englobant les carotides qui lui transmettent leurs battements, en un mot si elle réunit tous les signes classiques, on ne doit pas opérer.

Si cependant, le diagnostic est incertain, si on hésite également entre une tumeur du corpuscule, un anévrisme ou un branchiome, on devra recourir à l'incision exploratrice tracée sur le bord intérieur du sternopléido-mastoïdien, incision qu'on rendra stellaire si besoin est.

Dès qu'on arrive à la tumeur, l'englobement plus ou moins prononcé de la fourche artérielle par un néoplasme à point de départ rétrocarotidien affirme le diagnostic. Dans ce cas, le chirurgien est autorisé à extirper cette tumeur, s'il trouve un plan de clivage entre la paroi artérielle et la glande. Dans bon nombre de cas, ce plan de clivage existe au moins pour la carotide interne et la carotide primitive.

Si au contraire, l'opérateur se rend compte que des connections trop intimes unissent artère et glande de telle façon que l'ablation de celle-ci entraîne la résection de celle-là, c'est encore l'abstention que nous lui conseillerons.

Mais, autant l'abstention nous semble formellement indiquée dans les formes ordinaires, latentes si l'on peut dire, autant l'intervention s'impose dans les cas malins. Ici, les dangers que le malade encourra du fait de l'intervention ne sont pas à comparer avec ceux qui l'attendent à l'ère des généralisations. Dans ces cas, l'extirpation devra être faite le plus tôt possible avec curage ganglionnaire s'il y a des ganglions.

La technique à employer pourra varier avec chaque cas, mais on peut résumer et proposer diverses modalités dans l'intervention.

C'est d'abord l'essai d'énucléation de la tumeur. Mais hâtons-nous de dire qu'il est bien peu probable de trouver dans un cas malin un plan de clivage quand il est déjà fort difficile ou rare d'en rencontrer un dans les cas bénins. Quand on le pourra c'est évidemment l'intervention de choix.

Lecène, notant les accidents qui accompagnent les ligatures du carrefour carotidien, conseille de sacrifier délibérément la carotide externe et ses branches et de faire l'impossible pour conserver la voie carotidienne principale, ce qui, dit-il, est possible grâce au fait que la carotide interne se creuse habituellement une gouttière et non un canal à la face postérieure de la tumeur. Il faut alors sculpter la carotide interne dans la masse du néoplasme, ce qui n'est pas toujours facile.

Enfin Quénu, dont la technique a été reprise en 1918 par Lefebvre, complétait l'ablation de la tumeur par une suture anastomosant la carotide externe à la carotide interne, quand il n'avait pas été possible de ménager cette dernière : les riches anastomoses des branches de la carotide externe pouvant aider, grâce à l'établissement d'une nouvelle continuité entre les deux vaisseaux, à la suppléance de la voie carotidienne principale.

De toute façon pour essayer d'assurer un rétablissement plus complet et plus facile de la circulation cérébrale, pour se mettre à couvert des dangers du spasme artériel signalé par Lardenois, on pourrait avant la ligature d'un des gros troncs artériels, carotide primitive ou carotide interne, pratiquer la sympathectomie cervicale.

Telles sont les deux lignes de conduite que nous proposons, et qu'en deux mots nous allons résumer :

Tumeur d'allure bénigne : abstention;

Tumeur d'allure maligne : intervention.

Malheureusement rien n'étant absolu, il est certain que l'on peut se trouver devant des cas beaucoup moins tranchés, devant des cas douteux. Après une incision exploratrice, on pratiquera la biopsie et suivant la forme anatomopathologique de la tumeur on s'abstiendra de réintervention pour un paragangliome à tissu normal. Au contraire si dans la coupe on trouve des éléments néoplasiques, le traitement chirurgical reprend ses droits, aidé, et ce serait une lacune a combler, par les rayons X ou par le radium.

Traitement. — Le traitement des tumeurs carotidiennes ne peut être que chirurgical car les radiations sont ici sans action. A la vérité, nous croyons qu'elles n'ont jamais été essayées; mais leur inefficacité est très probable, puisque, nous allons le voir, la tumeur est très généralement bénigne, formée de tissus adultes ne se reproduisant pas ou très peu.

Le traitement chirurgical est véritablement très embarrassant. On doit en effet tenir compte de deux faits :

1° Les tumeurs carotidiennes sont très généralement des tumeurs bénignes. On dit couramment qu'elles sont assez souvent malignes ou en tout cas qu'elles peuvent dégénérer. En réalité, sur une centaine de cas, nous n'en avons trouvé que deux où la malignité soit bien établie. Un de Wooly et Free qui parlent de « plusieurs points de dégénérescences dans la masse tumorale » et le cas de Bérard et Dunet dont j'ai parlé et où la malignité est démontrée histologiquement. Nous ne pouvons pas faire état d'un cas de Marchand (1892) qui manque par trop de précision, ni même de celui de Kopstein et Maydl (1895) qui se contente de parler de « ganglions envahis »;

2° La gravité de l'ablation des tumeurs carotidiennes a été très souvent signalée. Elle découle de la nécessité fréquente où se trouve l'opérateur de sectionner la voie carotidienne principale, d'y ajouter la ligature de la carotide externe et quelquefois même de réséquer la fourche (10 p. 100 des cas opérés).

Sans doute, il peut arriver que la tumeur soit énucléable, mais ce n'est pas la règle, semble-t-il, et il est fréquent de voir comme dans notre observation,

les trois vaisseaux véritablement inclus dans la tumeur; il est alors absolument impossible de les isoler sans crever leurs parois, et la résection de la fourche est impossible à éviter, si on veut enlever la tumeur.

De toute façon, on ne peut entreprendre l'ablation d'une tumeur carotidienne, sans avoir présente à l'esprit la gravité de la section des carotides.

Nous ne ferons que rappeler brièvement les accidents observés à la suite de ces sortes d'interventions. Ce sont : la mort subite par syncope, ou l'hémiplégie, résultat immédiat de l'ischémie intense provoquée par la ligature de la voie carotidienne, sans que l'on puisse faire exactement la part du facteur insuffisance des anastomoses, ou du facteur spasme artériel, déterminé par la striction du fil (Lardennois), et ensuite l'hémiplégie secondaire par embolie ou thrombose à partir du point lié. Disons de suite que la thrombose semble plus fréquente et nous connaissons plusieurs observations dans lesquelles la vérification a montré une oblitération du système carotidien remontant jusqu'aux artères ophtalmique ou nucléaire.

En outre il faut rappeler que l'intervention peut léser certains troncs nerveux dont le plus important et le plus fréquemment atteint par suite de sa situation anatomique est le pneumogastrique; ensuite viennent la chaîne sympathique, le glossopharyngien et le spinal dont la section ne présente pas la même gravité.

On est étonné de voir que cette résection de la fourche laisse assez souvent survivre les malades. Outre le cas personnel que nous rapportons, nous avons en effet trouvé six autres cas semblables qui ont guéri après avoir quelquefois présenté d'ailleurs des accidents nerveux divers (hémiplégie, aphasie, dysarthrie) s'améliorant il est vrai à la longue. C'est que les conditions du rétablissement de la circulation encéphalique sont plus favorables là que dans les résections du trépied pour anévrisme et pour traumatisme; dans notre observation par exemple, les trois vaisseaux englobés dans la tumeur avaient une lumière très notablement diminuée; la tumeur évoluant depuis longtemps avait rétréci progressivement ces lumières et la circulation ayant eu ainsi le temps de s'adapter, la résection de la fourche n'a en somme pas changé grand'chose au régime circulatoire antérieur à l'opération.

Il en était sans doute de même dans les autres cas suivis de guérison. Il est possible, d'ailleurs, que la sympathectomie péri-artérielle qu'entraîne fatalement la résection, joue un rôle favorable dans le rétablissement de la circulation encéphalique. La vasodilatation temporaire qu'elle détermine doit être tout à fait utile pour permettre au cerveau de supporter sans trop de préjudice la période critique pendant laquelle le nouveau régime circulatoire s'établit. Peut-être y aurait-il même lieu de renforcer cette vasodilatation par la résection du ganglion supérieur du grand sympathique ; la chose a été proposée mais non exécutée, croyons-nous.

Peut-on atténuer la gravité des résections de la fourche par l'anastomose des bouts périphériques des carotides externe et interne? Quénu, puis Lefèvre l'ont proposé après la résection du trépied pour anévrisme, de façon à rétablir la circulation dans la carotide interne. Nul doute que si cette anastomose est techniquement possible, elle doit être tentée, mais nous ne pensons pas qu'elle le soit fréquemment.

Vouloir réséquer à tout prix une tumeur carotidienne, c'est donc s'engager dans une opération dont on ne peut à l'avance prévoir l'étendue, et qui peut entraîner à des sacrifices vasculaires extrêmement graves.

Ces considérations nous amènent donc à proposer la ligne de conduite suivante :

Si le diagnostic de tumeur carotidienne est rendu certain par la netteté des symptômes : tumeur datant de longue date, mobile, bien limitée, de consistance mollasse, indolore, animée de battements transmis, ne s'accompagnant pas de retard du pouls de la temporale, on ne doit pas opérer.

Mais ces cas sont rares; souvent le diagnostic clinique est incertain, on hésite entre une tumeur du corpuscule, un anévrisme, un branchiome; il faut alors intervenir. L'incision exploratrice large, en montrant les rapports généralement intimes avec les carotides, permettra presque toujours d'établir le diagnostic. Si la tumeur adhère peu aux vaisseaux et que l'ablation paraisse pouvoir être effectuée sans risque de léser les vaisseaux carotidiens principaux, on pourra enlever la tumeur. Dans le cas contraire, ce qui est fréquent, on pourrait suivant la technique proposée par Lecène sacrifier délibérément la carotide externe et ses branches, puis enlever la tumeur en sculptant les vaisseaux dans la masse et en faisant l'impossible pour respecter la voie carotidienne principale. Mais cette technique me paraît difficile à mener à bien. A notre avis, il sera plus sage de battre en retraite et de fermer la plaie en laissant la tumeur, si vexant que cela puisse paraître pour l'amour-propre du chirurgien.

Dans les cas très rares où la malignité de la tumeur sera établie soit par la clinique, soit par l'intervention, on devra procéder à l'ablation large. Alors, il n'y aura plus rien à respecter, et conscient des dangers qu'il fait courir à son malade, le chirurgien réséquera si nécessaire le trépied. Il ajoutera à cette résection celle du ganglion supérieur du sympathique ce qui ne complique pas l'opération et, si la chose est possible, l'anastomose de la carotide externe avec l'interne.

Dans un cas semblable d'ailleurs, il faudrait peut-être essayer la radiumthérapie par foyers extérieurs avant de se décider à l'intervention.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1926)

Synthèse biochimique d'un glucoside halogéné : le 5-chlorosalicylglucoside β. — M. DELAUNEY.

Centenaire de Lister. — M. Louis BAZY est désigné pour représenter l'Académie à la cérémonie qui aura lieu à Londres, le 5 avril 1927 à l'occasion du centenaire de la naissance de Lord Lister.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1926)

Vacance de siège. — Un siège de membre titulaire dans la section de chirurgie et d'accouchement, en remplacement de M. Le Dentu, est déclaré vacant.

A propos du Centenaire de Laennec. — En ouvrant la séance, M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il a reçu de la famille

Laennec un buste du grand clinicien qui sera placé dans la salle des séances pendant les fêtes du Centenaire.

Don de trois lettres autographes de Laennec par M. W. S. Thayer (de Baltimore). — M. Léon Bernard a reçu la très agréable mission de présenter le don que fait à l'Académie notre éminent confrère de Baltimore, le docteur William Sydney Thayer, ancien professeur de clinique médicale, actuellement professeur émérite à l'Université Johns Hopkins.

Ce sont trois lettres autographes de Laënnec qu'il accompagne du message suivant :

« Baltimore, le 14 novembre.

Monsieur le Secrétaire de l'Académie,

Il y a sept ans, j'ai eu la chance d'acquérir trois lettres de Laennec dans la première desquelles il donne une description remarquable de sa vie quotidienne.

Ces lettres, je les ai déjà publiées en fac-similé dans le *Bulletin de Johns Hopkins Hospital.*

En les achetant même j'ai eu le dessein de les faire rendre à la France après ma mort. Je ne voudrais pas éloigner de leur foyer de tels trésors.

Mais l'année centenaire me semble le moment convenable de les déposer à l'endroit où ils devraient rester à jamais.

Permettez-moi donc de les offrir à l'Académie de médecine. Je serai bien heureux de les voir de mes yeux chez eux.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

W. S. THAYER. »

M. Léon Bernard ajoute :

« Messieurs, les remerciements que nous devons à notre collègue méritent quelques commentaires dont je me crois, ayant la bonne fortune d'être de ses amis, le droit et le devoir d'accompagner son présent.

Il n'est pas, parmi les Américains, d'esprit plus ouvert, ni de cœur plus attaché aux choses de France. Thayer fut dès longtemps tout imprégné de culture française et il lui a voué cette sorte d'adoration ardente qu'éprouvent ceux des étrangers auxquels une sensibilité exceptionnelle permet d'en saisir la noblesse, la clarté et le charme.

Aux heures sombres de 1914, il fut avec nous. J'en pourrais témoigner par une émouvante correspondance. Il fut des rares qui, dès les premiers jours de la guerre, entrèrent en campagne dans les Universités pour entraîner l'élite intellectuelle et morale des Etats-Unis dans le mouvement qui devait déterminer cette grande Nation à l'intervention armée.

Au cours de sa carrière professorale, Thayer a toujours pratiqué les principes de la clinique française, importée dans son pays au milieu du XIXe siècle, et supplantée depuis sous des influences différentes.

Imbu de la pensée et des méthodes de nos maîtres du passé et du présent, il les a répandues autour de lui. C'est ainsi qu'il a su comprendre et voulu enseigner le rôle de Laennec dans l'évolution de la science médicale. Il lui a consacré au moins deux études, publiées en 1919 à l'Association médicale canadienne et en 1920 à la Société de Johns Hopkins Hospital. C'est là qu'il montra ces trois lettres qu'il était si heureux de posséder et dont il se dessaisit à notre profit. En me les remettant, il y a un mois, il me disait : « Je n'aurai la conscience tranquille que lorsque j'aurai rendu ces documents à leur pays. »

Voilà l'ami de la France dont j'ai aujourd'hui l'insigne honneur d'être le porte-parole. »

Variabilité de la virulence et des effets pathogènes du virus tuberculeux filtrant. Ses conséquences dans le problème de l'hérédité tuberculeuse. — MM. Fernand Arloing et A. Dufourt arrivent au cours de leurs expériences à la conclusion que la variabilité de la virulence et des effets pathogènes du bacille tuberculeux dans tous ses états si bien établie pour la forme acido-résistante par S. Arloing, est une notion générale qui paraît applicable aux formes filtrantes du virus tuberculeux.

Ils ont vu en effet que l'inoculation de filtrats de lésions tuberculeuses humaines produit chez le cobaye trois types d'infection. Outre une tuberculose nodulaire caséeuse rare et une bacillisation des ganglions lymphatiques avec cachexie mortelle plus fréquente, on observe aussi une infection passagère de peu de durée, sans atteinte nette de l'état général, guérissant avec la destruction dans l'organisme du virus filtrant inoculé.

Seule, l'intradermo-réaction à la tuberculine permet de révéler cette dernière modalité de la tuberculose en utilisant une dilution de tuberculine plus concentrée qu'à l'ordinaire.

Les auteurs montrent donc que le virus tuberculeux filtrant peut créer une allergie tuberculinique temporaire en rapport avec sa virulence.

On peut atténuer encore la virulence du virus tuberculeux filtrant par divers moyens, courants électriques, rayons ultra-violets par exemple. Dans ces cas, la période anti-allergique qui est de huit à quinze jours pour les cobayes témoins, s'allonge à vingt-quatre, trente et un, quarante et cinquante-huit jours, et la période allergique réactionnelle, indéfinie chez les témoins, s'abaisse de soixante jours à trente, vingt-deux et dix-huit jours.

On conçoit le grand intérêt de ces constatations expérimentales et cliniques au point de vue du problème de l'hérédité du germe tuberculeux par infection transplacentaire ainsi que dans la pathogénie de certaines hypotrophies mortelles des nourrissons. Cette importante notion que les auteurs ont récemment précisée vient d'être confirmée par M. Calmette et ses collaborateurs, ainsi que par M. Couvelaire et par M. Léon Bernard qui s'éleva d'abord contre elle.

Le secret médical. — M. Gallois lit une belle étude sur la question du secret professionnel qui a été précisément l'objet d'une récente discussion devant l'Académie des sciences morales et politiques. Se plaçant strictement au point de vue médical, M. Gallois arrive à cette conclusion « que le médecin ne peut révéler ce que son client veut garder secret. C'était la doctrine d'Hippocrate, elle est toujours vraie.

« Il y aurait lieu par suite, de demander aux Chambres d'inscrire dans la loi les clauses suivantes :

« Le secret médical est avant tout un contrat entre le médecin et son client. Le médecin ne doit pas le secret à une personne qui n'est pas son client; le client peut seul dégager le médecin du secret, mais le médecin dans ce cas n'est pas tenu de parler.

« C'est seulement par un certificat que le médecin peut révéler le secret de son client, mais ce certificat doit être remis au client qui l'utilise s'il le veut et qui prend ainsi la responsabilité de la divulgation.

« Le secret ne se borne pas à la confidence faite par le client, il s'étend à tout ce que le médecin a pu voir, entendre ou surprendre et dont la révélation peut être nuisible ou simplement désagréable au client, même sans que le médecin ait eu l'intention de nuire.

« A moins de force majeure, un médecin ne peut auprès d'un même individu représenter deux intérêts différents et par conséquent remplir deux fonctions opposées : être par exemple à la fois le médecin traitant et médecin contrôleur ou expert. Il doit éviter d'être à la fois médecin traitant de deux personnes dont les intérêts sont contraires.

« Si, pour la défense de la collectivité l'Etat a besoin de renseignements d'ordre médical, il peut les obtenir en demandant au malade ou à ses ayants droit un certificat du médecin traitant. Il doit, en outre, avoir ses médecins officiels qui en cas d'absence ou d'insuffisance du certificat réclamé pourront faire une enquête. »

Fréquence de la fuso-spirochétose bronchique. — MM. Paul Lafosse et Jacques Langle (de Saint-Mandé). De l'étude de 53 cas recueillis en quatre ans parmi les malades d'un dispensaire, les auteurs concluent :

La fuso-spirochétose bronchique est une affection fréquente en France; en quatre ans ils ont trouvé et suivi 53 malades.

Lorsque des analyses répétées de crachats ne révèlent ni à l'examen direct, ni après homogénéisation, des bacilles de Koch, il est indispensable de rechercher la symbiose fuso-spirillaire de Vincent.

Dans tous les cas observés, en effet, l'examen bactériologique des crachats a permis de déceler à côté du « spirochoeta Vincenti », en proportion variable, mais de façon constante, le bacille fusiforme.

Les principaux caractères cliniques relevés sont les suivants : trachéo-bronchite bénigne, mais très récidivante et

tenace, avec conservation d'un bon état général, — hémoptysies assez rares, — fétidité de crachats exceptionnelle, absence de lésions radioscopiques importantes.

La présence de spirochètes dans les crachats doit faire instituer un traitement spécifique. Bien souvent, ce traitement amène la disparition, au moins passagère, et des troubles morbides et des fuso-spirochètes dont il accuse ainsi le rôle pathogène.

Nouvelles contributions à l'étude du signe du phrénique droit dans l'appendicite. — M. Iliescu. Ce signe est constant dans l'appendicite, son importance consiste dans ce qu'il est aussi complètement négatif dans les salpingo-ovarites même droites et aussi qu'il est complètement absent dans les péritonites avec blocus complet du petit bassin. Il est toujours négatif dans toutes les péritonites sauf les péritonites appendiculaires.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 3e section (hygiène). Les candidats étaient ainsi classés : En première ligne, M. Georges Brouardel, en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Debré, Lesage, Lesné, Sacquépée et Tanon.

Au premier tour de scrutin, M. Brouardel a été élu par 53 voix contre 26 à M. Lesage, 1 à M. Lesné, 1 à M. Sacquépée et 1 à M. Tanon.

L'Académie procède ensuite à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 3e division (hygiène).

Classement des candidats : en première ligne, MM. Etienne Burnet (de Tunis) et Loir (du Havre). En deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Chaumié (de Tours), Costa (de Marseille), Raynaud (d'Alger) et Violle (de Marseille).

Après trois tours d'un scrutin très animé, aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, l'Académie décide de reporter l'élection à la séance du 21 décembre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1926)

Recrudescence hémorragipare d'origine traumatique chez un hémogénique fruste. — MM. A. Clerc et Robert Lévy rapportent l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans, hémogénique constitutionnel, chez qui le syndrome était resté fruste, presque latent, mais qui, à l'occasion d'une chute violente ayant entraîné la formation d'un volumineux hématome de la cuisse, présenta dans les jours qui suivirent un syndrome hémorragique grave caractérisé par des épistaxis et des gingivo-hémorragies à répétition aboutissant rapidement à un état d'anémie intense, accompagné de thrombopénie avec un temps de saignement notablement prolongé, mais avec un temps de coagulation presque normal, et un caillot irrétractile. Les médications habituelles se montrèrent inopérantes, bien plus les transfusions sanguines et même l'injection souscutanée de sang parurent accentuer plutôt les accidents qui cédèrent d'ailleurs sans nouveau traitement au bout de dix semaines et furent suivis d'une réparation rapide; revu un an après, le malade continue à présenter tous les stigmates d'une hémogénie fruste au point de vue clinique, mais des plus nettes au point de vue hématologique.

L'influence si nettement favorisante du traumatisme représente un fait d'autant plus remarquable que la littérature médicale n'en fournit que très peu d'exemples ; il est probable que, sans parler de l'ébranlement général dû la chute, la résorption de l'hématome doit être incriminée et que les troubles humoraux consécutifs ont dû exagérer l'instabilité de l'équilibre sanguin qui caractérise l'hémogénie. Il est possible aussi que l'inefficacité, du moins apparente, des transfusions sanguines répétées, soit due à l'action anticoagulante qu'elles exercent parfois, action transitoire il est vrai, mais capable de s'accentuer ou de se prolonger quand il s'agit d'un terrain aussi mouvant que celui de l'hémogénie.

M. P.-E. Weil insiste sur l'intéressante communication de M. Clerc. Il rapproche de cette observation les hémorragies qu'on peut observer dans les ruptures de grossesse extra-utérine, dans les hémorragies supplémentaires ou complémentaires des règles, dans l'hémogéno-hémophilie.

M. Troisier signale que des hémorragies peuvent déclencher des processus hémolytiques graves et qu'il y a lieu de tenir compte de ce facteur.

Infection staphylococcique avec endocardite. Guérison. — M. Ch. Flandin rapporte l'observation d'une malade atteinte d'infection staphylococcique avec phlegmon périnéphrétique. La malade, considérée par divers médecins comme une leucémique avec splénomégalie, a présenté un souffle d'endocardite. Traitée par l'auto-vaccin et le stock-vaccin, la malade une fois opérée a guéri, et le souffle a disparu. La guérison se poursuit depuis deux ans.

M. Netter signale avoir observé un cas semblable dans lequel il a pu se rendre compte que le souffle n'était pas lié à une endocardite, mais était de nature anorganique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1926)

Résection de la 1re côte associée à la phrénicectomie. — M. Jacovobici (de Kluge, Roumanie) [rapport de M. Baumgartner] recommande la résection de la 1re côte associée à l'exérèse du phrénique dans une seule opération, dans la tuberculose pulmonaire, surtout dans les lésions de la base, ou comme premier temps d'une thoracoplastie. Le rapporteur indique la technique de l'auteur.

Hernie rétropéritonéale paraduodénale. — M. Hartmann apporte l'observation d'un malade opéré par lui une première fois pour une tumeur abdominale paraombilicale, tumeur prise pour une métastase ganglionnaire et non extirpée; le malade est réopéré par M. Christophe (de Liége) qui fait une duodéno-jéjunostomie, incise la tumeur et suture après drainage. Les jours suivants, issue par le drain des aliments, le malade se cachectise et meurt; à l'autopsie on trouve une hernie rétropéritonéale dans une fossette juxta-duodénale.

M. Hartmann trouve dans la littérature 37 observations de cette curieuse anomalie.

Appareils à fractures. — M. Rouvillois présente, au nom du docteur Roberto Restrepo (de Filandia, Colombie), trois appareils à fractures : un pour le membre inférieur qui est une attelle de Thomas rendue extensible avec quelques modifications, et deux pour le membre supérieur reposant sur le principe de la traction électrique.

Fractures sous-trochantériennes du fémur. — MM. Plisson et Clavelin (rapport de M. Rouvillois) ont traité deux cas de ces fractures par traction continue sur broche de Steinmann, avec des résultats remarquables.

Traitement des suppurations pleuro-pulmonaires. — M. Roux-Berger rapporte deux observations de M. Papin (de Bordeaux) et une de MM. Courcoux et Desplats, de suppurations traitées par décollement pleuro-pulmonaire. M. Roux-Berger compare les résultats de l'ouverture du foyer purulent et ceux du décollement avec affaissement du poumon.

MM. Moure, Tuffier et Picot prennent part à la discussion.

Anévrisme cirsoïde de l'utérus. — M. Moure présente une observation de M. Loubat (de Bordeaux) d'hystérectomie pour cette rare lésion. La malade est morte d'occlusion postopératoire.

Traitement de la coxa vara. — M. Cholder (de Lausanne) [rapport de M. Sorrel] a opéré une enfant de treize ans par ostéotomie transcervicale et fixation des fragments par enclouage, pour une coxa vara congénitale. Le résultat final est excellent.

Cancer du col et métastases. — M. Jeanneney (de Bordeaux) [rapport de M. Proust] apporte une observation de métastase tibiale chez une femme présentant un cancer du col non irradié.

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1926)

Calcul de la vessie chez un enfant. — M. VEAU fait un rapport sur une observation de M. DOUBREYRE (de Corse).

Eclatement de la rate. — M. BASSET fait un rapport sur une observation de M. GRIMAULT (d'Algrange) de splénectomie pour éclatement de la rate chez un homme de vingt-six ans ayant reçu un bloc de fonte sur le flanc gauche; une importante discussion suit au sujet de la notion de contracture dans les traumatismes de l'abdomen. Pour M. LECÈNE, qui en donne une explication détaillée, la présence du sang seule dans l'abdomen, non associée à une infection, ne peut pas donner de contracture vraie.

Arthrites du coude et du doigt traitées par arthroplasties. — M. BROCQ (rapport de M. LENORMANT), dans un cas d'ankylose fibreuse du coude et du médius après arthrite blennorragique, a fait une résection avec interposition d'un lambeau fibreux. Bon résultat pour le coude, mauvais pour le doigt.

Lésions de l'iléon au cours de l'appendicite aiguë. — MM. GUIMBELLOT et LAFITTE (rapport de M. ROBINEAU) apportent deux cas de lésions du grêle après appendicite aiguë ayant nécessité une nouvelle opération.

Adénome de la muqueuse du canal hépatique. — M. P. DUVAL fait un rapport sur une curieuse observation de M. DIAZ (de Buenos-Aires) d'adénome de la muqueuse du canal hépatique traité par résection et plastie de la voie biliaire principale par un lambeau pris sur le cystique. Guérison.

Contusion abdominale suivie de désinsertion du mésocôlon. — M. GRÉGOIRE rapporte une observation de M. AUMONT (de Versailles). Blessé de trente-huit ans par accident d'automobile ayant occasionné une contusion abdominale et une fracture ouverte de la rotule; désinsertion sur 20 centimètres du méso de l'angle iléo-colique; hémicolectomie droite avec anastomose latéro-latérale; suture de la rotule dix jours après. Guérison.

Ulcères gastro-duodénaux perforés. — MM. CLAVELIN et PLISSON (rapport de M. BRÉCHOT) apportent 5 nouvelles observations d'ulcères gastro-duodénaux perforés et opérés, 3 guérisons, 2 morts.

MM. PICOT et DUJARIER prennent part à la discussion.

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1926)

Kyste hydatique multiloculaire et suppuré de l'humérus. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation de M. PÉTRIDIS (d'Alexandrie).

Iléus biliaire. — M. OCKINCZYC rapporte une observation de M. COCHEZ (d'Alger); chez une femme de soixante-trois ans ayant présenté une occlusion de huit jours, un volumineux calcul enclavé dans l'intestin put être palpé par le toucher vaginal, et mobilisé. Dès le lendemain, la malade évacua un calcul et guérit sans intervention.

Lipome sous-muqueux du côlon transverse. — MM. TANASESCO et BERBILIAN (de Jassy) ont trouvé au cours d'une laparotomie pour troubles intestinaux un intestin invaginé; après désinvagination puis entérotomie, issue d'une tumeur mollasse du volume du poing, lipome sous-muqueux du côlon transverse; résection du côlon et anastomose termino-terminale. Guérison.

Résections coliques étendues. — M. PLISSON (rapport de M. OCKINCZYC) a fait deux résections coliques étendues, une

pour une tuberculose iléo-cæcale, l'autre pour anus contre nature par coup de feu. Guérison dans les deux cas.

Greffes. — A propos de la discussion sur les greffes de M. Robertson-Lavalle, M. Ombrédanne rapporte un travail de M. Vignard (de Lyon) de greffes osseuses dans les épiphyses adjacentes à des tumeurs blanches (genoux et hanches) avec des greffons pris sur des fragments de côtes, et de greffes épiphysaires combinées à une synovectomie. Le résultat est infiniment supérieur dans ce cas.

M. Mouchet s'élève contre les conclusions optimistes de M. R. Lavalle qui a fait deux opérations dans son service suivies de résultats déplorables.

M. Mauclaire fait quelques restrictions théoriques sur la méthode.

Abcès multiples du foie. — M. Schwartz fait un rapport sur une observation de M. Pétridis.

Sur l'hermaphrodisme. — M. Auvray apporte deux nouveaux cas de gynandrie. Dans un cas il a fait une amputation d'un énorme clitoris hypertrophié.

Discussion sur les fractures ouvertes. — M. Leriche étudie les causes des accidents infectieux dans les ostéosynthèses pour fractures ouvertes. Selon lui, c'est la suture des parties molles plus que la suture osseuse qui joue un rôle dans l'infection; il préconise les opérations successives et la méthode en trois temps : premier temps, nettoyage; second temps, sutures cutanées; troisième temps, d'ostéosynthèses ou de greffes. De 1919 à 1925, l'auteur a opéré 21 fractures compliquées; il n'a perdu aucun malade, n'a pas pratiqué d'amputation et a obtenu toujours un résultat fonctionnel satisfaisant.

Thérapeutique de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. — M. Veau fait un éloquent plaidoyer en faveur de la pylorotomie qui est une admirable opération extrêmement facile et qui pour lui doit toujours être préférée à la gastro-entérostomie. Il insiste sur les immenses services que l'opération de Fredet rend chaque jour et demande aux médecins de s'efforcer de faire opérer leurs malades le plus rapidement possible lorsqu'ils sont en présence de cette lésion si redoutable pour les nourrissons.

PRATIQUE MÉDICALE

LES BRONCHITES CHRONIQUES AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE (1)

Par le docteur N. Quénée.

Après une étude très documentée sur l'étiologie et la séméiologie de la bronchite chronique, M. Quénée passe en revue les procédés thérapeutiques utilisés jusqu'à ce jour : aconit, bromoforme, codéine, opium, pantopon, arsenic, arsylène, benzoate de soude, révulsion, etc., mais il conseille, au point de vue du traitement de fond, de suivre les précieuses indications de Martinet en donnant la première place au thiocol, qui est eupeptique et stomachique, en même temps qu'antiseptique et antitoxique et toujours bien supporté, si on a soin d'utiliser un produit chimiquement pur, preparé minutieusement et toujours identique à lui-même; ce médicament donne d'excellents résultats dans toutes les formes de bronchites chroniques non congestives et dans celles qui déclenchent, conditionnent ou compliquent la tuberculose pulmonaire. C'est dans ce sens que le thiocol « Roche » réalise un remède parfait, même chez les enfants. Sans doute, le traitement symptomatique de la toux ne peut être réalisé que par l'association d'un calmant sûr, comme le pantopon, et d'un

(1) *Concours méd.*, 19 sept. 1926, n° 38.

antiseptique direct, comme le thiocol, mais il convient d'insister sur le rôle si important, du point de vue prophylactique, que joue ce dernier médicament; il paraît bien, en effet, mettre l'organisme, et en particulier l'appareil respiratoire, en état de résistance contre l'attaque insidieuse du bacille de Koch; dans toute la période qui précède l'hiver, chez les sujets qui semblent fragiles, il est bon d'utiliser le thiocol, surtout sous forme de sirop « Roche » qui est la forme la mieux tolérée et la mieux acceptée, même par les enfants et les malades à l'estomac le plus délicat; cette thérapeutique médicamenteuse n'exclut pas d'ailleurs tous les autres procédés préconisés pour s'opposer au développement des infections des voies respiratoires, mais elle a fait ses preuves, et, depuis déjà de nombreuses années, elle reste un des moyens les plus simples et les plus efficaces d'apporter à l'organisme débilité la possibilité de lutter efficacement contre certaines atteintes bacillaires au niveau des bronches et des poumons : c'est un traitement classique de toutes les affections des voies respiratoires.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL BEAUJON. (Professeur : M. Ch. ACHARD.) — M. Maurice Villaret, agrégé, a commencé, le mercredi 24 novembre 1926, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la Clinique, une série de conférences qu'il continuera les mercredis 15 décembre 1926, 12 janvier, 2 et 23 février 1927, à la même heure.

Objet du cours : Etude clinique des cirrhoses veineuses.

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE (fondation de la ville de Paris, hôpital de la Charité. Professeur : M. Emile SERGENT). — *Cours théorique et pratique de radiodiagnostic médical*, du lundi 6 au samedi 11 décembre 1926 inclus, par MM. Sergent, Ribadeau-Dumas, Lian, F. Bordet, Cottenot, Darcissac, G. Durand, Oury et Pruvost.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midis.

Les exercices pratiques seront réservés aux élèves qui auront versé un droit d'inscription fixé à 259 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

ENSEIGNEMENT DE CLINIQUE MÉDICALE ANNEXE. (Service de M. Laignel-Lavastine, agrégé, chargé de cours de clinique médicale, médecin de l'hôpital de la Pitié.) — Lundi : visite et critique des observations.

Mardi : consultation neurologique.

Mercredi : leçon clinique, à 11 heures.

Jeudi : consultation de neuro-dermatologie et de psychiatrie infantile.

Vendredi : visite et clinique psychiatriques.

Samedi : examens endocrino-sympathologiques.

HÔTEL-DIEU. — CONFÉRENCES PRATIQUES DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE. — M. le docteur Halbron fera, le mercredi, à 11 h., salle Sainte-Marie, une conférence pratique de clinique et de thérapeutique, avec présentation de malades.

Le mardi, à 10 h. : Consultation des maladies du cœur et des poumons.

Le vendredi et le samedi, à 10 h. : Examen des entrants (salles Saint-Louis et Sainte-Marie).

HÔPITAL NECKER. — M. Paul Ribierre, agrégé, médecin de l'hôpital Necker, a repris ses Leçons cliniques le mardi 23 novembre 1926, à 11 h., à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital, et les continuera les mardis suivants.

Lundi, mardi, mercredi et samedi, à 9 h., visite dans les salles (salles Chauffard et H. Huchard).

Jeudi, à 9 h. 30, radioscopie.

Vendredi, à 9 h. 30 : consultation externe pour les maladies du cœur et des vaisseaux (salle de consultation H. Huchard).

COURS ÉLÉMENTAIRE DE PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE. — M. Laignel-Lavastine, agrégé à la Faculté de médecine, commencera ce cours à la Faculté de droit, amphithéâtre III, le lundi 6 décembre 1926, à 11 heures, et le continuera tous les lundis, à la même heure.

Programme des leçons. — 1. Expertise psychiatrique et capacité générale. — 2. Réactions antisociales des intoxiqués. — 3. Réactions antisociales des déments et des débiles. — 4. Réactions des délirants. — 5. Réactions des psychopathes à paroxysmes. — 6. Homicides pathologiques. — 7. Vols pathologiques. — 8. Attentats aux mœurs. — 9. Criminalité juvénile. — 10. Criminalité militaire et coloniale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DU PROFESSEUR PORTMANN (année scolaire 1926-1927). — *Programme de l'enseignement* donné par le professeur Portmann, avec la collaboration de MM. Retroupey, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Moreau, ancien chef de clinique; Despons, chef de clinique.

1° *Enseignement de l'étudiant.* — Examens cliniques, leçons et conférences à l'hôpital du Tondu et à l'annexe de Saint-Raphaël.

2° *Enseignement du spécialiste.* — Examens cliniques, interventions, leçons et conférences dans les mêmes hôpitaux.

3° *Cours spéciaux.* — 1. *Cours sur les nerfs craniens.* — Du mardi 15 février au mardi 15 mars 1927 sera fait par le professeur Portmann, à raison de deux conférences par semaine, un cours sur les nerfs craniens.

2. *Cours de broncho-œsophagoscopie.* — Ce cours aura lieu du lundi 28 mars au jeudi 7 avril 1927. Il comprendra des conférences théoriques et des exercices pratiques sur le cadavre, les chiens chloralosés et les malades.

3. *Cours d'anatomie pathologique oto-rhino-laryngologique.* — Le cours d'anatomie pathologique aura lieu du 6 juin au 24 juin, sous la direction du professeur Portmann.

Il comprendra des conférences théoriques sur les différents processus inflammatoires ou néoplasiques en général, et sur les affections de l'oto-rhino-laryngologie.

Des travaux pratiques et des démonstrations avec examens de pièces macroscopiques et microscopiques accompagneront ces conférences.

4. *Cours de perfectionnement français.* — Ce cours aura lieu du lundi 4 juillet au samedi 16 juillet 1927. Le programme détaillé en sera publié ultérieurement.

5. *Cours de perfectionnement en anglais.* — Le « five weeks american course » aura lieu du lundi 18 juillet au samedi 20 août.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — CERTIFICAT DE BACTÉRIOLOGIE. — Un cours pratique de bactériologie et de sérologie appliquées au diagnostic et au pronostic des infections s'ouvrira le lundi 10 janvier 1927, au laboratoire de médecine expérimentale et de bactériologie, sous la direction du professeur F. Arloing et des professeurs agrégés L. Thévenot et Dufourt, avec la collaboration de MM. Basset, Bocca, Chalier, Favre, Garin, Gaté, Langeron et Le Bourdelles. Il comprendra 35 séances de manipulations, de 14 à 17 h., et se terminera le 28 février. Droits de laboratoire : 200 fr. Programme affiché dans le vestibule de la Faculté.

Ce cours est sanctionné, si les assistants le désirent, par l'obtention après examen, du diplôme certificat de bactériologie de l'Université de Lyon créé par arrêté ministériel de février 1922. Il a été délivré, en 1926, 30 diplômes.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine du 1er décembre 1926 jusqu'au 8 janvier 1927, dernier délai.

Le nombre des places peut être limité. MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux, les étudiants en médecine ayant passé l'examen de fin de 2e année (N. R.), ainsi que MM. les étudiants en pharmacie ayant 12 inscriptions (N. R.), MM. les pharmaciens adjoints des hôpitaux et les pharmaciens en exercice, MM. les vétérinaires peuvent s'inscrire à ce cours qui aura lieu du 10 janvier au 28 février 1927.

Les personnes n'appartenant pas à ces catégories qui désireraient assister à ce cours doivent en faire la demande à M. le professeur Arloing. Le Conseil statuera sur les autorisations à donner.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

N° 98. — MERCREDI 8 DÉCEMBRE 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 8 DÉCEMBRE 1926. — N° 98.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* **48-31**

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif n° 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Mutations provisoires. — En vue du remplacement de MM. Caussade, Courtois-Suffit, Lion et Thiroloix, atteints par la limite d'âge, le 26 décembre, les mutations suivantes ont été provisoirement décidées :

MM. Villaret passe à l'Hôtel-Dieu; Chiray, à Beaujon; Baudouin et Harvier à la Pitié; Milhit, à La Rochefoucauld; F. Fiessinger et P. Vallery-Radot, à la Maison municipale de santé; Gougerot, aux Ménages; Foix, Troisier et Debré, à Bicêtre; Guy-Laroche, à Ivry.

— Remaniements dans les services hospitaliers. — La situation hospitalière a fait apparaître l'insuffisance des services d'isolement de tuberculeux, puisque, à la date du 21 octobre dernier, 575 malades tuberculeux se trouvaient traités dans les services de médecine générale. En vue de remédier à cet état de choses qui constitue un danger pour les malades non atteints de tuberculose, l'Administration affectera, à partir du 1er janvier 1927, de nouveaux lits à l'isolement des tuberculeux.

L'extension des services qui leur sont actuellement réservés étant irréalisable, les affectations dont il s'agit ne peuvent être effectuées que par prélèvement sur les services de médecine générale.

En conséquence, le service de médecine laissé vacant à l'Hôtel-Dieu par le départ de M. le docteur Caussade, sera affecté en totalité aux tuberculeux.

D'autre part, l'Administration est décidée à étendre les services de tuberculeux dans les établissements suivants :

Necker, 44 tuberculeux en médecine générale,
Beaujon, 55 tuberculeux en médecine générale,
Lariboisière, 69 tuberculeux en médecine générale,
Tenon, 83 tuberculeux en médecine générale,
sous la réserve toutefois que ces extensions ne seront réalisées que si, par le jeu des mutations de fin d'année, l'un des services de médecine des hôpitaux ci-dessus désignés viendrait à changer de titulaire.

L'administration a décidé, en outre, de modifier de la manière suivante la répartition des lits de médecine de la Maison municipale de santé :

Un des deux services disposera de 59 lits, à raison des 24 lits de contagieux (salle Lecorché) et des 35 lits de la salle Bourdon; dans le second service actuellement placé sous la direction de M. le docteur Fiessinger, disposant des 29 lits de la salle Ferréol et ayant la surveillance médicale des 157 vieillards et infirmes de l'établissement, les 25 lits de la salle Monod seront affectés à l'extension du service payant de vieillards et infirmes de l'établissement.

— Concours de l'internat. — Séance du 2 décembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — Fracture du cou-de-pied dite de Dupuytren. »

MM. Racine, 23; Audouin, 21; Guédé, 27; Lepage, 16; Chadourne, 20; Loup, 16; Boureau, 18; Mlles Chaquart, 27; Guéry, 18; Pau, 20 1/2.

Séance du 4 décembre. — Questions données : « Signes et diagnostic des artérites oblitérantes des muscles inférieurs. — Mal de Pott sous-occipital. »

MM. Julien, 22; Sauigery, 18; Mlle Desgruelles, 20; MM. Canonne et Chennevière, 25; Longuet et Rault, 27; Hesse, 18; Brehuier, 20.

— Prix de l'internat. — *Médecine.* — Le jury est définitivement composé : MM. Ravaut, Bénard (Henri), Guinon, Harvier et Boidin.

Chirurgie. — Le jury est provisoirement composé de MM. Thiéry, Mouchet, Dujarier, qui acceptent; Heitz-Boyer, Ecalle, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — Le Conseil a chargé M. Léon Bernard, professeur à la Faculté de méde-

cine, de représenter l'Université de Paris au Congrès du Royal Institute of Public Health qui se tiendra à Gand, du 1er au 6 juin 1927.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — EXAMENS DE CHIRURGIE DENTAIRE (session de juin-juillet 1927). — 1° *Examen de validation de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le lundi 30 mai 1927.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les lundi 7 et mardi 8 mars 1927, de midi à 15 heures.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 25 mai 1927.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.* — La session s'ouvrira le lundi 20 juin 1927.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les lundi 14 et mardi 15 mars 1927, de midi à 15 h., en faveur des titulaires de quatre, huit ou douze inscriptions. Ces derniers consigneront simultanément pour les deux parties du 3e examen.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 15 juin 1927.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M Peyret.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle en date du 25 novembre 1926, un drapeau a été attribué à l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon. Ce drapeau portera l'inscription : « Ecole du Service de santé militaire. »

COMMISSION DU CODEX. — M. Valeur, agrégé près la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, membre de la Société de pharmacie de Paris, pharmacien en chef des asiles de la Seine, est nommé membre de la Commission du Codex, en remplacement de M. Lafay, décédé.

MÉDECINS DE L'ÉTAT-CIVIL. — M. Gallois est nommé médecin de l'état-civil de la Ville de Paris (VIIIe arrondissement, 1re circonscription), en remplacement de M. Plateau, démissionnaire.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un concours pour une place d'interne titulaire en pharmacie des asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'hospice Paul Brousse, à Villejuif, et la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira à Paris, le lundi 10 janvier 1927. Le nombre de places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, escalier A, 4e étage, porte 447), tous les jours (dimanches et fêtes exceptés), de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 13 au 24 décembre 1926.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Le candidat reçu entrera en fonctions le 1er février 1927.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — L'assemblée générale de la Société aura lieu le mardi 21 décembre 1926, à 18 h. précises, au Cercle militaire.

Le banquet annuel de la Société aura lieu le mardi 21 décembre 1926, au Cercle militaire, à 19 h. 1/2, sous la présidence de M. André Lefèvre, ancien ministre de la Guerre, président de l'Union nationale des officiers de réserve.

La conférence mensuelle aura lieu le lundi 20 décembre 1926, à 21 h., sur le sujet suivant : « Les amputations en chirurgie de guerre », par M. le docteur Baumgartner, chirurgien des hôpitaux.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE (hôpital de Vaugirard. Professeur : M. Pierre DUVAL). — *Programme* : Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. : démonstrations opératoires.

Mardi, jeudi, à 10 h. : Examen clinique et leçon au lit des malades.

Vendredi, à 11 h. : Leçon du professeur.

Samedi, à 11 h. : Examen radiologique des maladies du tube digestif.

Consultations spéciales. — Mardi, samedi, à 10 h. : Maladies du tube digestif, docteurs J.-Ch. Roux, Moutier.

Mercredi, à 10 h. : maladies des voies urinaires, docteur Henry.

Jeudi, à 10 h. : Maladies des yeux, docteur Castéran.

Vendredi, à 10 h. : maladies du nez, des oreilles et de la gorge, docteur Miégeville.

COURS DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. (Professeur : M. BRUMPT.) — M. le docteur Ch. Joyeux, agrégé, commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le samedi 8 janvier 1927, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES DE L'ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HÔPITAUX DE PARIS. — Le dimanche 12 décembre, à 10 h., à l'amphithéâtre des concours de l'Assistance publique, M. Ribadeau-Dumas, médecin du service d'enfants de la Salpêtrière : « L'allaitement artificiel et ses compléments. »

— Le dimanche 19 décembre, à 10 h., à l'amphithéâtre des concours de l'Assistance publique, M. Martin, chirurgien des hôpitaux : « Orchites aiguës de l'enfant. »

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR ODDO. — Le *Marseille médical* consacre son dernier numéro à la mémoire de notre regretté confrère et bien cher ami le professeur Constantin Oddo.

La vie et l'œuvre de M. Oddo y sont retracées par M. Jules Monges et M. de Luna. C'est avec émotion qu'on lira ces pages consacrées à celui qui fut à la fois un médecin, un professeur, un savant et un grand citoyen.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les professeurs Eberth (de Berlin); l'auteur de la découverte du bacille de la fièvre typhoïde, est décédé à l'âge de 94 ans; Léon Pereira et Horacio J. Dabusti (de Buenos-Aires); les docteurs don Juan Antonio Pastor (d'El Gordo, Caceres), Caisse (de Marchienne-au-Pont), Marula (de Roanne), Zohrab (de Constantinople).

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par M. Paul TRUFFERT,

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

GÉNÉRALITÉS

Repérage des points d'émergence des principales branches du trijumeau. (G. Ducuing et A. Vecla. *Ann. des mal. de l'oreille*, t. XLV, n° 1, p. 1). — Après un rappel des divers procédés classiques pour atteindre avec une aiguille l'émergence des différentes branches du trijumeau, Ducuing et Vecla relatent leurs observations anatomiques. Celles-ci se présentent avec toute la clarté, la précision et la solidité qui sont les caractéristiques de l'école toulousaine.

Ils relatent enfin leur technique personnelle.

1° *Nerf sus-orbitaire.* — Si la palpation ne permet pas de sentir l'encoche, on le cherchera à 25 millimètres de la ligne médiane et à 29 millimètres de la suture fronto-malaire.

Si cette mensuration double ne détermine pas un point, elle délimite une surface restreinte dans laquelle il sera facile de cantonner ses recherches « millimètre par millimètre » (Sicard).

2° *Nerf sous-orbitaire.* — Piquer l'aiguille au ras de l'insertion latérale de l'aile du nez.

Enfoncer l'aiguille dans la direction de la suture fronto-malaire; l'autre extrémité restant éloignée d'un travers de doigt du tubercule médian de la lèvre supérieure.

La profondeur à laquelle l'aiguille pénétrera est fonction de l'embonpoint du sujet.

3° *Trou grand rond.* — Piquer au-dessous du tubercule d'union maxillo-malaire; l'enfoncer de 45 millimètres en l'inclinant de 45 degrés en haut et en dedans et en gardant le contact de la tubérosité maxillaire jusqu'à ce qu'elle perde pied dans l'arrière-fond ptérygo-maxillaire.

4° *Trou mentonnier.* — 30 à 35 millimètres de la ligne médiane à 15 millimètres au-dessus du bord inférieur de la mâchoire.

5° *Canal dentaire inférieur à l'épine de Spix.* — Enfoncer l'aiguille au-dessus de la dernière grosse molaire, l'embout répondant à l'interstice incisive-canine du côté opposé. Conserver le contact avec la face interne de la branche montante.

Par la voie sous-angulo-maxillaire. — Piquer 1 centimètre en avant de l'angle de la mâchoire et enfoncer l'aiguille parallèlement au bord postérieur du maxillaire, en conservant le contact osseux.

Le nerf est atteint à 28 millimètres de profondeur.

6° *Trou ovale.* — Malade placé tout à fait de profil. Repérer la tubercule zygomatique.

Enfoncer l'aiguille perpendiculairement: « On prend très vite le contact osseux de la base du crâne et à 40 millimètres le trou ovale est atteint. »

La stéréo-radiographie. Moyen d'exploration des sinus du crâne. (H.-P. Chatellier et A. Dariaux. *Arch. inter. de laryngol.*, 1926, janv., p. 9.) — Les auteurs attirent l'attention sur l'intérêt de la stéréo-radiographie appliquée à l'exploration des sinus de la face.

La radiographie simple nécessite des clichés multiples dont la lecture expose à des difficultés, sinon à des erreurs d'interprétation. Celles-ci disparaissent avec la stéréo-radiographie.

Chatellier et Dariaux, en même temps qu'ils exposent clairement la technique qu'ils ont suivie, reproduisent en anaglyphes deux clichés. Ce procédé de reproduction est précieux pour illustrer une revue ou un traité.

Nous avons eu l'occasion de voir maintes stéréo-radiographies prises par Chatellier et Dariaux et nous devons reconnaître que la reproduction anaglyphique pour intéressante qu'elle soit, n'approche que de loin la lecture des clichés stéréoscopiques dont l'énorme intérêt, dans nombre de cas, méritait d'être rappelé.

Le bactériophage de d'Hérelle et ses applications en oto-rhino-laryngologie. (P. Camus. *Arch. intern. de laryngol.*, sept. 1926, p. 938.) — Les conclusions de Camus sont les suivantes :

Le bactériophage ne peut être utilisé que pour les affeetions à staphylocoque pur.

La lyse in vitro positive présage d'un résultat favorable.

Dans les otites moyennes, l'application en est rare.

Dans les otites externes furonculeuses, 5/6 des résultats sont favorables.

De même dans les folliculites narinaires.

Le traitement local semble plus important que le traitement général par injections sous-cutanées.

Celles-ci ne doivent pas dépasser 3 injections sous peine de voir se développer chez l'individu traité un sérum anti-bactériophage.

NEZ ET CAVITÉS ANNEXES

La rhinite atrophique hérédo-syphilitique. (E. Escat. *Oto-rhino-laryngol. intern.*, 1926, n° 5.) — L'auteur, après avoir montré que l'ozène ne doit pas être considéré comme une entité morbide mais comme un véritable syndrome englobant des états cliniques identiques mais d'étiologie différente, cite plusieurs intéressantes observations qui lui permettent de reconnaître dans certains cas une origine hérédo-syphilitique à l'ozène et d'arriver aux principales conclusions suivantes :

1. Il existe une rhinite atrophique hérédo-syphilitique qui ne diffère en rien objectivement de l'ozène essentiel.

2. Cette rhinite atrophique, absolument distincte des lésions de la syphilis infiltro-ulcéreuse gommeuse, est généralement la séquelle naturelle du coryza hérédo-syphilitique secondaire du nouveau-né.

3. La rhinite atrophique hérédo-syphilitique peut coexister avec d'autres stigmates de spécificité, mais constitue très souvent une hérédo-syphilis monosymptomatique.

4. La réaction de Bordet-Wassermann est souvent négative, mais devient dans certains cas positive après réactivation.

5. La rhinite atrophique hérédo-syphilitique est fréquemment familiale.

6. La rhinite atrophique hérédo-syphilitique provoque la sclérose de la pituitaire, sur laquelle vont pouvoir évoluer à titre de saprophytes les agents microbiens qui créent la punaisie.

7. La rhinite atrophique hérédo-syphilitique est très fréquente et doit figurer pour près des deux tiers dans la statistique générale du syndrome ozène.

Les bacilles fétides de l'ozène. Etude bactériologique et expérimentale. (G. Blanc et G. Pangalos. *Arch. intern. de laryngol.*, juillet 1926, p. 796.) — Monographie consciencieuse et impressionnante, constituant un important apport à l'étude de la pathogénie de l'ozène.

Deux bacilles concourent à déterminer la fétidité dans l'ozène, ce sont le bacille de Perez et le bacillus ozogenes, apparenté au « grand coli » isolé par les auteurs.

Ces bacilles sont, par contre, impuissants à déterminer expérimentalement l'ozène, tant chez l'animal que chez l'homme.

Par contre, ensemencés chez un malade atteint de rhinite atrophique lépreuse sans odeur, ils ont déterminé une sécrétion fétide et croûteuse.

La conclusion des auteurs confirme celle de Leroux-Robert au Congrès français de 1926, à savoir « que l'infection par les bacilles fétides de l'ozène est une infection secondaire survenant chez les rhino atrophiés prédisposés à cette infection. »

Le rhume des foins. Etude clinique, expérimentale et thérapeutique. (P. GIRARD. Paris 1926; Vigot, édit.) — Après un rappel de l'aspect clinique de l'affection, l'auteur signale les équivalences (asthme, urticaire, eczéma, migraines).

La recherche des précipitines dans 10 cas a été négative.

Le pouvoir agglutinant du sérum vis-à-vis du pollen spécifique s'est montré nul.

La sensibilisatrice antipollinique a été recherchée par la déviation du complément. Cette recherche dans 7 cas a été négative.

La sensibilisation passive n'a pu être mise en évidence chez l'animal.

Par contre, il existe chez le malade sensibilisé une hypersensibilité passive cutanée.

L'inhalation pollinique déclanche une crise hémoclasique.

L'éosinophilie sanguine existe dans 74 p. 100.

La cuti-réaction s'est montrée positive 65 fois sur 67, elle peut être suivie de crise hémoclasique ou de signes oculo-nasaux.

La désensibilisation spécifique par injection est dangereuse; par cuti-réactions successives elle est inoffensive mais très inconstante, elle ne s'applique qu'aux cas de sensibilisation unique.

La désensibilisation non spécifique par injections intradermiques de peptone concentrée paraît être la méthode de choix sans danger et donnant une immunité en rapport avec la durée de l'affection.

La sensibilisation anaphylactique. Asthme et coryzas spasmodiques. Pathogénie et traitement. (M. VERNET. *Monographies d'oto-rhino-laryngol. intern.*, n° 17.) — Après une étude critique des diverses théories émises jusqu'à ce jour touchant la pathogénie de l'asthme et des coryzas spasmodiques, l'auteur envisage la nature de la sensibilisation anaphylactique.

L'état de l'excitabilité des muqueuses dans les affections spasmodiques est la cause et non la résultante de l'anaphylaxie.

La sensibilisation est créée par une altération du système sensitif qui commande au sympathique.

L'auteur ajoute : « Cette altération n'est pas créée par la substance sensibilisante, elle existe en dehors d'elle, elle est la condition indispensable pour qu'une sensibilisation se produise, enfin elle n'est pas spécifique. »

Le sympathique est un nerf vaso-moteur dont l'action est réglée par le pneumogastrique, nerf sensitif.

Il n'existe aucune preuve sérieuse d'une action sensitive propre au sympathique.

La sensibilité organo-végétative est assurée par le trijumeau, le pneumogastrique et le système sensitif du plexus sacré.

Il en résulte que l'on ne saurait opposer la vagotonie à la sympathicotonie, puisque l'action sympathique ne peut s'exercer que sous le contrôle ou l'influence du « vague ». Les troubles sympathiques ne traduisent qu'un déséquilibre sensitif.

L'auteur conclut : « Au lieu de considérer le vague comme le parasympathique, nous croyons plus juste de considérer le sympathique comme le paravague... »

Parmi les causes de l'altération permanente de la sensibilité, Vernet place au premier rang le froid qui, en altérant la sensibilité, affaiblit la défense et favorise le développement de l'activité microbienne; les intoxications exogènes (gaz délétères, poussières), les intoxications alimentaires, les écarts de régime, la syphilis, l'émotion.

La sensibilité organique dont les effets sont normalement imperceptibles deviennent évidents pathologiquement, l'altération modifiant à la fois le seuil d'excitabilité et la violence des réactions. Ceci explique, pour l'auteur, le caractère d'électivité et l'apparence de spécificité.

Cette altération fonctionnelle de la sensibilité ne varie pas dans ses degrés, donnant une sensibilisation spéciale pour chacun. De même elle varie dans l'étendue de sa localisation.

L'altération fonctionnelle en hypoexcitabilité est ici un état nécessaire et les différents procédés anti-anaphylactiques agissent en luttant contre cette hypoexcitabilité. C'est ainsi que le jaborandi qui réalise chez un sujet normal un véritable choc hémoclasique le conjure chez un sujet en état de déséquilibre sensitif. A l'appui de cette opinion, Vernet apporte les faits de l'expérimentation.

Du point de vue thérapeutique, Vernet passe en revue les différentes thérapeutiques palliatives médicamenteuses (adrénaline, belladone, atropine, etc.), opératoires (endonasales et endobronchiques) et arrive aux thérapeutiques curatives.

La désensibilisation spécifique peut s'effectuer, soit par cure de désintoxication alimentaire, soit par des vaccinations, soit par l'autosérothérapie, enfin par des cuti-réactions en séries.

Cette thérapeutique connaît des échecs, la guérison n'est que passagère ou est suivie « d'actions de déplacement », le malade se montrant sensible à de nouvelles protéines.

La désensibilisation non spécifique comprend la peptonothérapie; les injections intraveineuses de sérum salé isotonique, d'hyposulfite de soude, de carbonate de soude, d'huile camphrée, ont obtenu des succès « par le mécanisme de l'excitation sensitive qu'elles réalisent par leur présence dans le milieu humoral ».

Pour Vernet, la thérapeutique de choix réside en une action continue, à doses fractionnées et modérées, mais longtemps prolongée dans l'intervalle des accès paroxystiques.

Le médicament « héroïque » de ces affections est le jaborandi.

La dose moyenne est de 8 à 10 centigrammes d'extrait total pris trois fois par jour après les repas.

Le traitement sera poursuivi jusqu'à cessation des crises. Lorsque la guérison sera obtenue on diminuera progressivement.

Vernet a également obtenu des résultats avec des pulvérisations d'une solution dosée à 15 centigrammes d'extrait total par centimètre cube.

Ce traitement n'entraîne aucune accoutumance et peut être prolongé.

Cette monographie constitue une importante contribution à l'étude de l'important chapitre des troubles anaphylactiques.

En tout cas, elle nous apporte un certain nombre d'observations intéressantes de l'action d'une médication presque « spécifique » pour des troubles que l'expérience nous révèle souvent rebelles aux diverses thérapeutiques.

Un sosie de l'antrite maxillaire aiguë. L'adéno-lymphite génienne rhinogène. (Prof. JACQUES. *Ann. des mal. de l'oreille*, t. XLV, f. 1, p. 36.) — L'inflammation lympho-ganglionnaire génienne peut survenir au cours d'un coryza et simuler à s'y méprendre une sinusite maxillaire.

Le professeur Jacques donne les signes diagnostiques suivants :

La *douleur*, intermittente dans l'antrite, est moins aiguë mais permanente dans l'adénite.

La *diaphanoscopie* dans l'adénite permet de noter une ombre moins dense et surtout une *conservation* de la symétrie de la clarté du croissant palpébral.

Diagnostic des sinusites frontales chroniques (refroidies). Trépanation du sinus frontal. (J. MOURET. *Revue de laryngol.*, 1926, n° 2.) — Les signes fournis par une sinusite frontale chronique et refroidie sont donnés par :

a. Examen direct de la fosse nasale : partie supérieure du méat moyen où s'ouvre le canal fronto-nasal; présence de pus et de fongosités dans cette région; cathétérisme de l'ostium frontal et sondage de la cavité sinusienne.

b. Examen direct des parois du sinus accessibles à la palpation.

c. Examen à la diaphanoscopie et à la radiographie.

De l'analyse de ces divers symptômes, l'auteur peut conclure que, en dehors de toute poussée aiguë ou subaiguë, aucun de ces signes n'est suffisant pour affirmer l'existence d'une sinusite. Seul le cathétérisme peut dire s'il y a réellement une cavité sinusienne sans pouvoir affirmer une réaction de la muqueuse.

Dans l'impossibilité de savoir dans certains cas, non seulement s'il y a sinusite chronique, mais même s'il existe une cavité sinusienne, il faut pour trépaner observer une très grande prudence; faire un rond d'attaque tout petit : 5 à 6 millimètres de diamètre, situé à cheval sur la ligne de suture fronto-maxillaire; la dure-mère, même procidente, semble être en effet toujours distante d'au moins 3 millimètres

de cette suture. A ce niveau on arrive toujours sur une cavité, tantôt cellule ethmoïdale, tantôt sinus frontal, que l'on explore au stylet pour en reconnaître les véritables dimensions. Il est avantageux de curetter la masse latérale de l'ethmoïde, en étendant la zone de trépanation sur la branche montante du maxillaire supérieur.

Suivent plusieurs observations intéressantes qui illustrent les diverses conclusions de l'auteur.

OREILLES

Paralysies du nerf facial « a frigore ». (A. Barraud. *Ann. des mal. de l'oreille*, t. XLV, f. 6, p. 564.) — Pour l'auteur, ces paralysies sont pour la grande partie, sinon pour la totalité, d'origine otitique. Elles succèdent à une otite atypique avec congestion.

Barraud décrit quatre types :

1. Forme légère : dure deux à trois semaines.
2. Forme moyenne avec réaction de dégénérescence partielle. Guérison en quatre à six semaines.
3. Forme grave : avec réaction de dégénérescence totale. Guérison en quatre à six mois, si elle se produit.
4. Forme très grave : avec spasmes convulsifs des muscles, exagération de l'excitabilité réflexe, mouvements associés bizarres, paralysie définitive.

Au point de vue thérapeutique, Barraud conseille d'ouvrir le canal de Fallope sur une longueur de 4 millimètres.

Six observations suivent :

Dans trois cas le traitement chirurgical a été suivi de guérison de la paralysie en quelques semaines.

Dans trois cas, l'intervention a été refusée.

Un seul cas s'est amélioré en trois mois de traitement, dans les deux autres la paralysie faciale est restée définitive.

Sur l'existence d'un point fréquemment douloureux de la pointe de l'apophyse mastoïde dans les suppurations aiguës de l'oreille moyenne. (P. Caliceti. *Oto-rhino-laryngol. intern.*, 1926, n° 4.) — Il s'agit d'une douleur plus ou moins intense, spontanée quelquefois, mais rarement, plus souvent mise en évidence à la pression du doigt ou à la percussion, localisée à la pointe de l'apophyse mastoïde, au niveau de l'extrémité inférieure du sillon rétro-auriculaire et au-dessous du lobule de l'oreille.

D'intensité très variable, cette douleur peut disparaître au bout de quelques jours, ou persister pendant toute la période aiguë de la suppuration auriculaire. Si, par ailleurs, la température est élevée, on peut lui attribuer une importance exagérée et craindre une mastoïdite qui, en réalité, n'existe pas.

Cette douleur n'est liée, ni à une congestion de la pointe de la mastoïde, ni à une réaction localisée du périoste, mais semble être causée par la compression d'un filament de l'auriculaire du vague ; on peut encore la considérer comme une douleur réflexe se propageant par l'anastomose avec l'auriculaire postérieur du trijumeau, ou avec la branche mastoïdienne du plexus cervical. Véritable névralgie, cette douleur ne traduit pas la participation mastoïdienne à la suppuration de l'oreille moyenne.

Les divers temps de la mastoïdectomie. Mastoïdectomie maxima. [Vues en photographies stéréoscopiques.] (J. Mouret. *Ann. des mal. de l'oreille,* t. XLV, f. 3, p. 241.) — Cet article est l'exposé très clair et abondamment illustré de la trépanation large de la mastoïde telle que la pratique M. le professeur Mouret.

L'auteur recommande l'attaque de l'antre par la voie transpino-méatique, la recherche méthodique et le curettage systématique de tous les groupes cellulaires. M. Mouret envisage également l'exploration des groupes cellulaires paramastoïdiens.

Cet exposé méthodique d'une technique basée sur une connaissance approfondie de l'anatomie de la région mastoïdienne constitue une mise au point nette et définitive de ce que doit être une trépanation mastoïdienne.

Le syndrome de Gradenigo. (Rimini. *Arch. intern. de laryngol.*, juillet 1926, p. 769.) — L'auteur rappelle que l'élément fondamental du syndrome n'est pas la paralysie du VIe, mais l'atteinte du Ve qui souvent précède l'atteinte du VIe.

Cette atteinte se fait par le système cellulaire supérieur labyrinthique et pituitaire.

Lorsque cette atteinte cellulaire se borne à de l'hyperémie, le syndrome guérit après la trépanation mastoïdienne, mais si cette lésion suppure, le pronostic devient sombre.

Il ne faut donc pas considérer ce syndrome comme un élément de pronostic systématiquement favorable, et, ainsi que Caboche l'avait signalé déjà, faire des réserves lorsque des névralgies démontrent l'atteinte du Ve.

Thrombophlébite otogène isolée du sinus caverneux. (M. Lannois et P.-L. Monnier. *Ann. des mal. de l'oreille*, t. XLV, f. 2, p. 129.) — A propos d'une observation de thrombose isolée du sinus caverneux d'origine otogène, les auteurs reprennent une étude de cette complication vraiment exceptionnelle et rare.

Elle survient à l'occasion du réchauffement d'une otorrhée ancienne.

Les signes de la thrombophlébite apparaissent brusquement sans symptômes d'infection mastoïdienne.

Tous les âges, tous les sexes, les deux côtés paient un tribut égal à cette complication.

Unilatérale, et alors à marche subaiguë, elle peut se bilatéraliser brusquement et amener une terminaison rapide.

Après un bref rappel de la symptomatologie clinique, les auteurs étudient les voies de l'infection pour le cas bien défini de la thrombophlébite isolée du sinus caverneux.

Les voies de l'infection sont :

1° *Le plexus veineux péricarotidien* (Körner, Lombard, Lannois et Rendu) ;

2° *Phlébite du sinus pétreux inférieur* par les veinules auditives internes et labyrinthiques (Ballance) ;

3° *Phlébite du sinus pétreux supérieur* : mêmes voies (Davis Rodger, Stemmein, Shemeley) ;

4° *Abcès extradural* (A. Lane, Davis, Politzer) ;

5° *Ostéite de la pointe du rocher* (Ballance, R. Batey) ;

6° *Cellule aberrante de la pointe du rocher* (Lombard, Baldenweck, Callet) ;

7° *Voies multiples.*

L'étude de la thérapeutique chirurgicale expose les différentes voies d'abord proposées pour atteindre le sinus caverneux.

Cette thérapeutique chirurgicale a connu tous les déboires, et d'autre part des malades ont guéri pour lesquels on n'est pas intervenu.

Aussi, à l'heure actuelle, la ligne de conduite préconisée consiste à s'attaquer au foyer de l'infection, mastoïdien, sinusien latéral et pétreux supérieur. Ponction du sinus caverneux. Ligature précoce de la jugulaire interne.

On y adjoindra un énergique traitement anti-infectieux.

Il va de soi que l'on se gardera bien d'approcher une thrombose du sinus caverneux, lorsque l'absence de clocher, de frissons, permettra de reconnaître un caillot de défense, tel qu'il a été décrit par M. Sebileau dans la thèse de Chatellier.

Résultats éloignés du traitement chirurgical des abcès cérébraux et des méningites otogènes. (F. Ninger. *Arch. intern. de laryngol.*, juin 1926, p. 668.) — L'auteur rapporte un certain nombre d'observations :

Trois ont trait à des abcès du cerveau, dans un cas accompagné de réaction méningée.

Deux cas sont des méningites purulentes (?) avec culture négative.

Un cas de méningite purulente avec ensemencement positif (coli et Friedlander).

Tous ces cas ont guéri par le traitement chirurgical. L'auteur les a suivis longtemps et insiste sur le fait que ce n'est qu'après de longs mois que la guérison rapidement apparente s'est affirmée définitive. Pendant longtemps ont en effet persisté des troubles otitiques, organiques ou psychiques.

Sur les abcès cérébelleux muets. (G. Ferreri. *Arch. intern. de laryngol.*, sept. 1926, p. 897.) — L'auteur, après un rappel précis des signes théoriques classiques des abcès cérébelleux, rapporte quatre observations cliniques personnelles dans lesquelles les symptômes observés ont égaré le diagnostic et devaient fatalement le fausser. En effet, dans ces cas, l'évolution aiguë interdisait l'emploi des épreuves localisatrices.

Il est certain que si la neurologie doit faire appel à l'otologie, collaboration maintenant d'une réalisation courante, l'otologiste a souvent à réclamer le secours d'un neurologiste au cours de complications otitiques intracraniennes, de siège et de nature mal définis.

Les modifications de l'acuité auditive au cours du typhus exanthématique. (C. Steinmann. *Ann. des mal. de l'oreille*, t. XLV, p. 264.) — Après exposé des méthodes d'examen adoptées, l'auteur donne les résultats obtenus par l'examen de 21 malades atteints de typhus exanthématique.

Les bourdonnements d'oreille, les tintements, l'affaiblissement de l'ouïe ont été notés par tous au cours de la maladie.

La diminution d'acuité auditive s'est montrée identique pour les deux oreilles, indépendamment de la hauteur du son et de la méthode employée.

Cependant l'auteur note une prédominance pour les sons aigus.

Cette diminution d'audition disparaît à la guérison, sauf au cas de complication otitique suppurée.

Elle semble donc en rapport avec une hypotonie passagère des centres auditifs.

Contribution à l'étude de la physiologie vestibulaire. Epreuve thermique anormale. (Buys. *Ann. des mal. de l'oreille*, t. XLV, f. 6, p. 648.) — L'auteur rapporte un cas dans lequel l'épreuve thermique froide à 27 degrés donnait un résultat négatif pour les deux oreilles. L'irrigation très froide à 7 degrés donnait un résultat positif des deux côtés, mais l'inclinaison de la tête de 180 degrés en avant n'amenait d'inversion du nystagmus que d'un seul côté (le gauche en l'espèce). Ce phénomène se complétait d'absence complète de réaction à l'épreuve rotatoire.

A ce propos, l'auteur rapproche deux cas superposables et il envisage la cause possible de ces réactions anormales. Il émet l'hypothèse d'une paralysie par l'irrigation froide.

Ce nystagmus paralytique se substituerait au nystagmus lymphocinétique de la réaction normale.

Les bandelettes épithéliales des canaux semi-circulaires membraneux. (G. Portmann et Kisler. *Revue de laryngol. et d'otol.*, 1926, n° 1.) — Les auteurs ont été frappés par la présence au niveau des canaux semi-circulaires d'une disposition épithéliale particulière qui ne paraît pas avoir été encore constatée. On note, spécialement le long de la courbure externe et de la courbure interne du canal, deux bandes étroites d'épithélium régulièrement plus dense qui présentent des rapports très nets avec l'épithélium des crêtes acoustiques et avec les vaisseaux des canaux semi-circulaires. La bandelette longitudinale externe part de l'épithélium cubique qui borde la crête acoustique, longe la courbure externe de l'ampoule, s'engage dans le canal semi-circulaire correspondant qu'elle parcourt dans toute la longueur de son bord externe jusqu'à l'abouchement du canal dans l'utricule.

La topographie de la bandelette interne est plus compliquée; son origine est double au niveau de l'épithélium cubique qui limite les plans semi-lunaires; bientôt une fusion se produit et une seule traînée chemine le long du bord concave du canal semi-circulaire, pour se perdre enfin dans l'épithélium de l'utricule.

La bandelette interne, qui est de beaucoup la plus nette, est suivie dans tout son parcours par un gros vaisseau qui a les caractères d'un capillaire veineux. La bandelette externe est également suivie par un vaisseau plus petit.

La bandelette est constituée par quatre ou cinq rangées de cellules beaucoup plus petites que celles qui revêtent le reste de la paroi du canal; en outre, ces cellules sont plus épaisses et leur noyau occupe une grande partie de l'aire de la cellule.

A propos du rôle du sympathique dans l'épreuve calorique de Barany. (Lannois et R. Gaillard. *Revue de laryngol. et d'otol.*, 1926, n° 1.) — Après une étude critique des diverses théories invoquées pour expliquer le nystagmus calorique : théorie classique du courant endolymphatique; théorie de l'action réflexe ayant pour voie centripète le trijumeau (dont la section ne paraît avoir aucune influence sur la production du nystagmus calorique); théorie de Kobrack qui admet le courant endolymphatique conditionné non par des lois physiques, mais des effets physiologiques; opinion énoncée par Moure à savoir « que la calorification et la réfrigération de l'oreille agissent en produisant des phénomènes de vasoconstriction et de vasodilatation à point de départ au niveau du conduit auditif » ; les auteurs ont pensé que le sympathique pouvait jouer un rôle dans la production du nystagmus calorique.

Ils ont repris sur des lapins les expériences de Barany après avoir pratiqué la section du sympathique cervical et l'arrachement du ganglion cervical supérieur.

Outre les modifications classiques dans la vascularisation de l'oreille externe, les auteurs ont constaté après l'intervention un *retard dans l'apparition du nystagmus* (augmentation du temps de latence) et une *diminution marquée de sa durée*. Ces phénomènes ont paru se produire selon un cycle particulier : appréciables mais peu marqués le jour même de l'intervention sur le sympathique; ils s'accentuent ensuite pour atteindre leur maximum vers le huitième ou quinzième jour; ils ont par la suite tendance à s'atténuer.

Les auteurs se sont demandé si les altérations nystagmiques observées étaient sous la dépendance de la vasodilatation périphérique secondaire à la sympathectomie, ou plutôt consécutives à la dilatation et à l'inertie relative du système labyrinthique, sans pouvoir se prononcer sur la question.

L'examen de la fonction otolithique par la mesure de la contre-rotation des yeux. (C.-E. Benjamin. *Revue de laryngol. et d'otol.*, 1926, n° 4.) — En l'état actuel de nos connaissances, le seul signe mesurable de l'action des organes otolithiques est la contre-rotation des yeux : c'est-à-dire le mouvement de rotation des yeux autour de l'axe visuel, en sens inverse de l'inclinaison latérale de la tête : mouvement dû à un réflexe tonique sur les muscles de l'œil, provoqué par les organes otolithiques, et plus particulièrement par le saccule.

Depuis quelques années, l'auteur emploie pour la mesure de la contre-rotation de l'œil une méthode assez simple qui permet une approximation d'un demi-degré.

Cette méthode comprend d'abord l'application de deux points de repère (pastilles de sulfate de baryte), à chaque extrémité du diamètre horizontal de la cornée.

L'observation se fait à l'aide d'une lunette spéciale, dont l'auteur donne une description détaillée, et qui comporte essentiellement un appareil de visée et une aiguille qui peut se déplacer devant un arc gradué.

Cette lunette étant fixement immobilisée devant les yeux, le malade est observé dans un premier temps en position assise : l'appareil est centré de façon à faire coïncider la ligne horizontale du réticule de visée avec les points de repère cornéens, tandis que l'aiguille indicatrice est amenée en face du zéro de l'arc gradué.

Dans un deuxième temps le malade est couché alternativement sur le côté droit, puis sur le côté gauche.

Dans chaque position nouvelle on observe des points de repère cornéens qui indiquent, en plus d'un déplacement de l'œil dans le sens vertical et dans le sens horizontal, une rotation autour de l'axe visuel : *la contre-rotation*. Si on amène alors la ligne horizontale du réticule de visée en face des points de repère cornéens dans leur position nouvelle, on obtient un déplacement de l'aiguille, devant l'arc gradué, qui permet la lecture directe de l'angle de déviation. Pendant l'examen de l'œil observé, un petit couvercle cache l'œil opposé.

LARYNX

Trois observations de sympathicectomie péri-artérielle pour ulcération torpide du larynx. Résultats immédiats et éloignés. (M. Jacod. *Ann. des mal. de l'oreille*, t. XLIV, fasc. 12, p. 1217.) — L'auteur a voulu essayer l'action hyperémique de la sympathicectomie péri-artérielle sur les ulcérations atones de la tuberculose laryngée.

Il s'est adressé à trois malades présentant des lésions pulmonaires légères, ne crachant pas de bacilles, n'ayant pas de fièvre et dont la lésion laryngée était unilatérale.

M. Jacod conseille de limiter la dénudation à l'artère laryngée supérieure pour éviter les troubles thyroïdiens d'ailleurs transitoires.


RENÉ VINCENT
FRAEGER
ΠΕΠΙΝ

Les trois opérés ressentirent immédiatement une gêne laryngée avec sensation de chaleur plus intense unilatérale. Du quatrième au sixième jour les ulcérations semblent plus sèches et moins creuses. Le douzième jour dans un cas, le quinzième dans les deux autres, la cicatrisation était obtenue.

L'infiltration, l'enrouement ne se modifiaient pas.

Des trois malades deux sont morts quelques mois après d'une poussée suraiguë de bronchopneumonie tuberculeuse. Le troisième un an après l'opération, présentait une diminution notable de l'infiltration, l'ulcération restait cicatrisée.

Contribution à l'étude des spasmes glottiques. (J. Cisler. *Arch. intern. de laryngol.*, avril 1926, p. 389.) — La conclusion des recherches expérimentales de l'auteur est que le spasme glottique expression « de l'impulsion centrale » n'atteint pas simultanément et également tous les constricteurs.

M. Cisler base cette conclusion sur la constatation d'une indépendance relative du muscle inter-aryténoïdien.

Deux cas de paralysies laryngées associées complexes, consécutives à des blessures par balles. (Spick et Virlière. *Arch. intern. de laryngol.*, fév. 1926, p. 169.) — L'un des cas est une plaie par balle entrée dans la région jugale droite, sortie « immédiatement en dehors et à droite de la ligne des apophyses épineuses cervicales, au niveau de l'atlas. »

Plaie du IXe, du Xe et de la branche interne du XIe, du XIIe et du sympathique.

L'autre observation relate le cas d'un blessé ayant reçu une balle pénétrée dans la région temporomalaire droite et extraite au niveau de la corne gauche de l'os myoïde et ayant intéressé le *lingual droit*, l'*hypoglosse gauche*, le *pneumogastrique gauche*, le *laryngé supérieur gauche*.

A propos d'un cas de tolérance bronchique pour un corps étranger. (Prof. Jacques. *Oto-rhino-laryngol. intern.*, 1926, no 6.) — L'auteur rapporte l'intéressante observation d'un fragment osseux resté à demeure pendant deux mois dans la bronche du lobe inférieur droit, chez une femme de trente-cinq ans. L'accident s'était manifesté sous forme d'un accès de toux avec suffocation et rejet d'une petite quantité de sang. Les phénomènes d'irritation s'amendèrent rapidement et les appréhensions de la malade furent complètement calmées par un sondage de l'œsophage et une radioscopie qui ne montrèrent rien d'anormal. Mais un mois plus tard la malade présenta un essoufflement insolite et une respiration particulièrement bruyante. L'auscultation révélait un foyer interscapulaire du ronchus, sans râles humides, sans matité anormale. Bien qu'un nouvel examen radioscopique ait été négatif, le diagnostic de corps étranger intrabronchique fut posé et une bronchoscopie fut pratiquée trois semaines plus tard. Extraction sous anesthésie locale d'un fragment osseux volumineux, enclavé dans la bronche du lobe inférieur du poumon droit.

Les corps étrangers intrabronchiques ne paraissent pas être absolument exceptionnels. Compatibles avec la conservation de la santé, ils entraînent des troubles pulmonaires localisés, dont les caractères particuliers et l'apparition récente, doivent faire suspecter la véritable origine. La radioscopie pouvant être impuissante à déceler leur présence, il faut dans les cas suspects recourir sans trop tarder à l'examen endoscopique par les voies naturelles et cela sans se laisser impressionner par une période de latence de durée inattendue.

Exploration iodée des bronches par le cathétérisme du larynx. (O. Beck. *Ann. des mal. de l'oreille* t. XLV, fasc. 6, p. 666.) — L'auteur a construit un catheter laryngien simple, qu'il met en place et qui lui permet à l'aide d'une soufflerie de limiter sous le contrôle de l'écran, la quantité de liquide iodé (iodiforme), introduite dans les bronches.

La quantité employée : 5 à 35 centimètres cubes n'a jamais entraîné de phénomènes désagréables.

BOUCHE ET PHARYNX

De l'utilité de l'amygdalectomie totale. Sa technique. (J. Orgogozo. *Revue de laryngol. et d'otol.*, 1926, no 5.) — L'amygdalectomie totale, opération courante dans la plupart des pays étrangers a une certaine difficulté à s'acclimater en France et pourtant de nombreuses raisons anatomopathologiques et cliniques militent en sa faveur.

L'étude de nombreuses coupes histologiques ont permis à l'auteur de conclure à l'existence :

a. De lésions congestives marquées dans les cloisons fibreuses intra-amygdaliennes, ce qui explique les hémorragies en nappe, souvent abondantes au cours d'une section dans le parenchyme de l'organe, comme dans l'amygdalotomie;

b. De foyers infectieux pouvant siéger très profondément, formant des abcès juxtacapsulaires, qui peuvent ne pas être atteints par l'amygdalotomie.

Les indications opératoires sont extrêmement nombreuses :

1o Soit d'ordre local : abcès chronique de l'amygdale, abcès péri-amygdalien, si souvent à répétition, amygdalite chronique; surtout amygdalite caséeuse;

2o Soit d'ordre général : troubles infectieux : néphrite amygdalienne; rhumatisme amygdalien, chorée.

Troubles réflexes : toux amygdalienne, spasme de la glotte et de l'œsophage.

L'intervention sera pratiquée sous anesthésie locale; on opérera en position assise.

Les divers temps opératoires comprennent :

Le dégagement du pôle supérieur;

Le décollement de l'amygdale;

La section du pôle inférieur à l'anse froide;

L'inspection de la loge amygdalienne et l'hémostase par tamponnement de quelques secondes.

Phlegmon péri-amygdalien hémorragique; ligature de la carotide externe; mort par septicémie quarante-huit heures après. (Valmat. *Revue de laryngol. et d'otol.*, 1926, no 5.) — Malade de vingt-neuf ans, présente à la suite d'une grippe un abcès sus-amygdalien gauche qui est immédiatement ouvert à la pince de Lubet-Barbon; peu de pus.

L'état local s'améliore, mais les signes généraux restent sérieux : température à 39 degrés, pouls à 120; dix jours après le début des accidents, la malade a brusquement une hémorragie amygdalienne abondante et continue, contre laquelle on doit recourir à la ligature de la carotide externe. Arrêt immédiat de l'hémorragie; mais quarante-huit heures plus tard mort d'une septicémie à streptocoques.

Rapprochant cette observation de celles antérieurement publiées par Caboche et Borst, Valmat pense que certains streptocoques hémolytiques ont une affinité spéciale pour les vaisseaux.

Au cas d'hémorragie importante il faut lier le vaisseau lésé : carotide externe ou interne.

Si l'hémorragie est moins intense une intervention locale peut suffire : ablation de la masse scléro-amygdalienne jusqu'au delà du tissu fibreux, pour que la rétraction hémostatique des vaisseaux ne soit plus entravée.

Tumeur angiomateuse vélopalatine. Diathermie. Guérison. (J. Magnan. *Revue de laryngol. et d'otol.*, 1926, no 3.) — Jeune homme de vingt-quatre ans, qui trois ans auparavant avait présenté sur la partie droite du voile, à 1 centimètre en avant de l'ogive des piliers, une tumeur lisse, de la grosseur d'une framboise, sessile et légèrement ulcérée en son centre : hémorragie persistante au moindre contact. Guérison en quinze jours par administration de carbonate de magnésie. Trois ans plus tard se forme très rapidement au même endroit une tumeur du volume d'une amande, lisse, non pulsatile, non érectile de la couleur de la muqueuse environnante; à sa surface, pas d'arborisation vasculaire. Un traitement intense au carbonate de magnésie reste cette fois inefficace.

Le diagnostic étant précisé par un examen histologique : *angiome capillaire veineux*; toute exérèse chirurgicale paraissant impossible, on recourt à la diathermo-coagulation, qui en cinq séances permet la destruction totale de la tumeur.

Cette observation est intéressante, par sa rareté, mais surtout à cause de la récidive d'une tumeur guérie depuis trois ans, et la rapidité de développement d'une tumeur angiomateuse veineuse.

Réfection de division totale du voile du palais, en utilisant les amygdales palatines dans les cas considérés comme inopérables, conséquences fonctionnelles de la méthode. (J. Eastman Sheehan. *Arch. intern. de laryngol.*, janv. 1926, p. 31.) — Ce procédé est décrit pour la fermeture des fentes

larges, après échecs souvent multiples des méthodes habituelles.

L'auteur trace une incision « commençant bien au-dessus de la ligne horizontale passant par le pôle supérieur de la loge, et se portant directement en dehors vers la joue, puis en bas, à travers l'amygdale de façon à en comprendre les deux tiers supérieurs dans le lambeau. La ligne continuera ensuite en arrière dépassant le pilier postérieur mordant du quart d'un inch sur la muqueuse pharyngée; le tracé remonte enfin en haut jusqu'à un point situé sur le même niveau que le point de départ. »

Le lambeau ainsi circonscrit est libéré avec les muscles et le tissu amygdalien compris dans ses limites.

Les deux lambeaux sont d'abord fixés au bord libre de l'hémivoile correspondant, puis suturés l'un à l'autre, pilier postérieur à pilier postérieur; amygdale à amygdale, pilier antérieur à pilier antérieur.

M. Eastman Sheehan, utilise l'anesthésie locale et générale. Il épidermise les surfaces cruentées à l'aide d'une greffe de Thiersch maintenue par un appareil fixé soit à la mâchoire supérieure soit à la tête.

Cet appareil est laissé en place huit jours.

Pendant deux semaines le malade est nourri par un tube duodénal, et hydraté par le rectum.

M. Eastman Sheehan insiste sur les soins de propreté dentaire et de désinfection amygdalienne préalable.

Il a réalisé cette opération chez quatre adultes. Dans ces quatre cas a « reconstruit un palais mou fonctionnant de façon « remarquable ».

Le cloisonnement du cavum. (Razemon. *Arch. intern. de laryngol.*, avril 1926, p. 396.) — Dans certains cas de cavum à voûte surbaissée, le report en arrière de l'insertion vomérienne détermine un cloisonnement du cavum qui favorise d'autant plus l'obstruction nasale que la cloison est fréquemment déviée.

La section de cette cloison à l'aide d'une pince courte (pince de Ruaut pour végétations), donne les meilleurs résultats.

Deux cas rares de fibrome naso-pharyngien de la première enfance. (Aurelio di Core. *Oto-rhin. laryngol. intern.*, 1926, n° 2.) — L'auteur rapporte l'observation de deux cas typiques de fibrome naso-pharyngien de la première enfance, affection que l'on est accoutumé à rencontrer exclusivement à l'âge de la puberté masculine.

Observation I. — Enfant de dix-huit mois, normalement développé, sans tare héréditaire, présente depuis l'âge de six mois, de l'obstruction nasale complète et des épistaxis.

L'examen découvre une néoformation s'insinuant de chaque côté du septum dans les orifices choanaux : consistance dure au stylet. Grande tendance hémorragique. Le voile distendu est refoulé en bas et en avant par une masse volumineuse gris rosé, de surface lisse. Le doigt peut partout circonscrire cette tumeur.

Extraction de la néoformation sous anesthésie locale à l'aide d'une anse métallique introduite par voie oro-pharyngée.

Arrachement de la masse avec sensation de fracture osseuse : zone d'implantation muqueuse sur la face inférieuse de l'os basilaire. Guérison.

Histologiquement, cette tumeur présentait l'architecture du fibrome pur.

Obs. II. Enfant de vingt-trois mois, de constitution grêle, mais sans antécédent particulier. Respiration nasale difficile et sécrétions mucopurulentes abondantes, souvent striées de sang.

A l'examen, masses charnues non adhérentes, de coloration gris rosé, dures, saignant facilement, encombrant les choanes.

L'exploration digitale révèle la présence d'une petite tumeur encombrant toute la voûte du cavum, à laquelle elle paraît solidement implantée.

Extraction à l'aide de la pince d'Escat; zone d'implantation rugueuse à la base du vomer.

Hémorragie abondante nécessitant tamponnement pendant quarante-huit heures. Guérison.

Histologiquement, fibrome pur avec peu de vaisseaux sanguins.

Action de la radiothérapie profonde dans un cas de fibrome naso-pharyngien. (F. Chavanne et P. Japiot. *Oto-rhin.-laryngol. intern.*, avril 1926.) — Chavanne et Japiot ont obtenu, à l'aide de la radiothérapie profonde, une amélioration considérable d'un fibrome naso-pharyngien, chez un jeune homme de dix-sept ans, profondément anémié, presque cachectique, sur lequel toute tentative opératoire eût été des plus dangereuses.

Cette observation n'a pas pour but de proposer un procédé nouveau de traitement du fibrome naso-pharyngien, mais souligne simplement la régression presque complète de la tumeur et la transformation de l'état général, sous l'action des rayons qui peuvent ainsi rendre réalisable, sans danger, une extirpation chirurgicale, qui d'emblée aurait présenté des risques extrêmement sérieux.

Les tumeurs lymphoïdes hyperplasiques du naso-pharynx. (Barret de Nazaris, *Rev. laryngol. otol.*, 1926, n° 3.) — Les lymphomes sont des tumeurs hyperplasiques caractérisées par la pullulation des cellules lymphoïdes contenues dans les mailles d'un réticulum partout distinct (Masson).

Leur pronostic est difficile à préciser : bénin d'après la constitution histologique; malin par la tendance à la généralisation.

Etiologie encore imprécise et obscure.

Histologiquement, lésions hyperplasiques atteignant une pureté maxima; l'aspect est rigoureusement uniforme, constitué par des cellules lymphoïdes en nappes compactes.

Rare, cette affection se présente avec des caractères cliniques particuliers : le malade consulte pour trois raisons qui correspondent aux trois formes cliniques fondamentales :

1° Gêne respiratoire : forme respiratoire;

2° Surdité : forme auditive.

3° Tuméfaction des régions carotidiennes : forme ganglionnaire.

A l'examen objectif, on constate au niveau des choanes une masse rose violacé, lisse, donnant une sensation de mollesse au contact du stylet et mobilisée par les mouvements du voile; peu de tendance à l'hémorragie. Quand le malade ouvre la bouche, on aperçoit derrière le voile abaissé et fortement refoulé en avant, la masse tumorale. La lésion trouve dans les os du crâne une barrière résistante, mais va par contre évoluer dans tout le système lymphatique et en particulier au niveau des ganglions trachéobronchiques et provoquer des troubles médiastinaux rapidement mortels.

Le diagnostic se base surtout sur l'isolation rapide de la tumeur, son volume comblant le naso-pharynx, son aspect lisse sa couleur rose violacé, sa consistance molle, l'absence de douleurs auriculaires permanentes, l'envahissement précoce et toujours bilatéral des ganglions.

L'examen histologique complétera le diagnostic, et sera même dans certains cas incapable de différencier aisément le lymphome du lymphosarcome.

Quant au traitement, il est uniquement d'ordre *radiothérapique*.

La fonte complète de la tumeur et des ganglions est très rapide; malheureusement tôt ou tard réapparaîtront de nouvelles tumeurs ganglionnaires, qui avec une rapidité foudroyante détermineront des accidents mortels.

La tuberculose miliaire du pharynx. Ses formes cliniques. (E. Escat et P. Rigaud. *Ann. des mal. de l'oreille*, t. XLV, fasc. 5, p. 458.) — La tuberculose miliaire du pharynx, laquelle serait mieux dénommée tuberculose pharyngée à type bacillémique, présente trois types cliniques différents :

1° *Angine tuberculeuse suraiguë*, absence de réaction nodulaire, nombreux bacilles, évolution très rapidement mortelle;

2° *Forme miliaire aiguë* évoluant en trois mois;

3° *Forme miliaire subaiguë ou chronique*.

MM. Escat et Rigaud se basant sur 22 observations récentes en déduisent les données étiologiques suivantes.

Affection de l'âge adulte (vingt à quarante ans, 13 cas sur 22).

L'homme est plus atteint que la femme (18/4). Celle-ci est surtout atteinte pendant la grossesse et l'allaitement. S'il est des cas exceptionnels de granulie pharyngée secondaire à l'ablation de végétations adénoïdes (Bloch), elle est en géné-

rale concomitante d'une tuberculose ulcéreuse chronique du poumon. Dans un seul cas, Escat et Rigaud ont observé une granulie d'emblée généralisée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — a. *Type suraigu.* — Aucune trace de formation nodulaire, mais très grand nombre de bacilles de Koch sur les coupes.

b. *Type aigu.* — Type décrit par Isambert. Dans le derme et la sous-muqueuse, éléments embryonnaires groupés autour de follicules tuberculeux.

c. *Type subaigu.* — Caractérisé par la mise en jeu de la réaction fibreuse de défense.

SYMPTOMATOLOGIE. — *Tuberculose miliaire aiguë d'Isambert* (55 p. 100). — Au cours d'une granulie généralisée apparaissent des douleurs pharyngées intenses, s'accompagnant d'une hypersalivation réflexe.

Le voile du palais, la paroi pharyngée, infiltrés et rouges, présentent un semis de granulations grisâtres, qui se groupent en placards gaufrés rappelant l'aspect de la semoule ou des œufs de poisson.

L'infiltration s'étend et évolue vers l'ulcération d'abord granulaire puis confluente.

Dans un quart des cas existe une adénopathie indolente. Les ulcérations, en même temps qu'elles s'étendent, se creusent, et détruisent.

La mort survient en deux à quatre mois.

Forme angineuse suraiguë de Letulle (15 p. 100). — Evolue en une vingtaine de jours.

Le pharynx, les amygdales, le voile sont rapidement couverts d'ulcérations à fond rouge à exsudat adhérent.

Le larynx présente une infiltration épiglottique marquée.

Les ganglions cervicaux sont volumineux et douloureux.

La dysphagie est intense.

Forme subaiguë (30 p. 100). — Infiltration ulcéro-caséeuse du pharynx.

Localisée, peut évoluer en plusieurs années; avec des formes rappelant de très près l'évolution du lupus.

PRONOSTIC. — Fatal dans les formes aiguës et suraiguës.

Quant à la forme subaiguë le pronostic pourrait être basé sur le type de la réaction tuberculinique.

DIAGNOSTIC. — Facile dans les formes suraiguës ou aiguës, il peut présenter de sérieuses difficultés pour le diagnostic des formes subaiguës.

La syphilis tertiaire est plus profondément ulcéreuse, mais plus localisée, apyretique et indolente, elle laisse souvent des cicatrices sténosantes. La réaction de Wassermann doit être recherchée.

La sporotrichose se caractérise par un bourgeonnement plus marqué des surfaces ulcérées. Ensemencement sur milieu de Sabouraud tranche le diagnostic.

L'actinomycose rare, elle est le plus souvent cervico-faciale.

La morve plus nécrosante, débute toujours par les fosses nasales.

L'angine de Vincent se reconnaît plus facilement. Plus délicat est le diagnostic avec :

Le lupus extrêmement torpide, le processus scléreux plus rapide et progressif.

L'ulcération tuberculeuse plus atone, inoculation directe par les crachats.

TRAITEMENT. — Symptomatiques dans les formes aiguës et suraiguës.

Dans les formes subaiguës : attouchemeuts avec :

Menthol	0. 20
Chloral	3 gr.
Gaïacol	1 gr.
Glycérine neutre	6 gr.

Pointes de feu, héliothérapie.

Suivent vingt-deux observations.

Les lympho-épithéliomes du pharynx. Etude histologique, clinique et radiothérapique. (J. JOVIN, *Ann. des mal. de l'oreille*, t. XLV, n° 8. p. 729.) — Tumeur caractérisée par l'association étroite et constante de l'élément épithélial et de l'élément lymphoïde (Regaud). Cette tumeur est douée d'une radiosensibilité particulière.

Ces tumeurs se localisent, au carrefour bucco-naso-pharyngien, à la région thymique, à l'iléon.

Histologiquement, ce sont les épithéliomes présentant le plus souvent une architecture cordonale, dont les éléments cellulaires restent souvent peu différenciés et ne subissent pas d'évolution épidermoïde. Les cordons épithéliaux sont habités par des lymphocytes assez régulièrement répartis entre les cellules épithéliomateuses.

Cliniquement. Surviennent chez l'homme de cinquante à soixante ans (plus rarement la femme).

Lésion pharyngienne, dans le cavum ou au niveau de l'amygdale. Tumeur végétante et molle, exulcérée et peu saignante. Peu douloureuse.

L'*adénopathie cervicale* est constante. Bilatérale, elle prédomine d'un côté.

Les *métastases* se rencontrent après les radiations et semblent surtout viscérales et osseuses.

L'évolution est lente et se fait en deux ou trois ans.

La radio-sensibilité de cette tumeur est externe, elle est intermédiaire entre celle de l'épithélioma et celle du lymphocytome.

Les polypes de l'œsophage et du pharynx laryngé. — (LIBERSA et SALEZ. *Rev. laryngol. et d'otol.*, 1926, n° 6.) — A propos d'une intéressante observation de polype de l'œsophage, les auteurs font une mise au point de la question, entrée dans une phase clinique depuis l'emploi courant de l'œsophagoscopie.

Les tumeurs bénignes sont étiquetées « polypes » parce qu'elles présentent un aspect piriforme avec un pédicule plus ou moins long, disposition liée à l'action de la pesanteur.

D'après leur point d'implantation on peut les grouper en trois variétés principales :

1° Polypes s'insérant à la face postérieure du cricoïde, les plus fréquents;

2° Polypes s'insérant sur la paroi intérieure à la hauteur de la bifurcation trachéale;

3° Polypes siégeant dans la moitié inférieure de l'œsophage ou juste au-dessus du cardia.

Le polype est habituellement unique et sa consistance variable. Au point de vue histologique, on a affaire à des fibromes, lipomes, myxomes, fibro-myxomes, ou à des myxoïdes, véritables polypes muqueux analogues à ceux des fosses nasales. Dans ce dernier cas, ils peuvent être multiples et dus à des lésions inflammatoires entretenues par un épithélioma sous-jacent.

Cliniquement, leur présence se manifeste par un syndrome analogue à celui du rétrécissement œsophagien à évolution lente et progressive. Tout au début, le malade accuse une sensation de corps étranger; c'est à cette période qu'il importe de poser le diagnostic en s'aidant de la radiographie et de l'œsophagoscopie. D'ailleurs, la symptomatologie varie avec le siège :

1° *Polypes du laryngo-pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage.* — Souvent, le malade fait faire d'emblée le diagnostic en extériorisant sa tumeur dans l'oropharynx par un mouvement de régurgitation. Les divers procédés d'exploration seront mis en œuvre pour en préciser le point d'implantation et éliminer les tumeurs similaires venant du pharynx supérieur ou du cavum : toucher digital, exploration au miroir laryngien, rhinoscopie postérieure, *hypopharyngoscopie.*

2° *Polypes bas situés à extériorisaton impossible.* — Le diagnostic appartient à l'œsophagoscope après radiographie préalable. Ici encore la difficulté réside à découvrir le point d'implantation.

Dans certains cas, on peut ne trouver dans l'œsophage que le pédicule de la tumeur. Celle-ci ayant franchi le cardia et étant allé se développer dans l'estomac.

Parfois, le polype se complique d'un diverticule au niveau de la partie supérieure de l'œsophage.

Depuis les progrès de l'œsophagoscopie, le pronostic est relativement bénin; la tumeur enlevée sous le contrôle de la vue ne récidive pas. Le traitement consiste à extirper la tumeur par les voies naturelles, à l'anesthésie locale, sous le contrôle de la vue à l'aide de l'œsophagoscope, au moyen de l'anse froide. L'anse diathermique paraît également très recomma dable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1926)

Un cas de tumeur à myéloplaxes du tibia. — M. BONAMY présente une observation d'une volumineuse tumeur à myéloplaxes chez un homme de quarante ans opéré en 1921 par curettage suivi d'une fulguration immédiate par le Keating-Hart. Le malade a parfaitement guéri. Aujourd'hui l'os est régénéré et le malade marche de façon normale. Il s'agissait problablement d'une tumeur bénigne non sarcomateuse.

Tumeurs à myéloplaxes. — M. PERAIRE en cite plusieurs cas : un premier observé en juillet 1909; tumeur du tibia chez une fillette de dix ans, curettage, résection limitée. L'examen histologique spécifie : tumeur sarcomateuse à myéloplaxes. Aucune récidive depuis cette époque.

Dans un second cas, tumeur histologiquement semblable de la région sternale chez un homme de quarante-cinq ans. Aucune récidive pendant vingt ans. Au bout de ce temps, apparition d'une masse profonde siégeant dans l'hypocondre droit. Traitement par le radium.

Les tumeurs inflammatoires des membres peuvent simuler le sarcome. Dans un cas étiqueté sarcome du fémur par des chirurgiens avertis chez un homme de cinquante-six ans, il s'agissait d'une ostéite avec séquestre.

Les épulis classés comme sarcomes à myéloplaxes ne seraient que des variétés de tumeurs inflammatoires malgré l'examen histologique. Elles ne récidivent pas.

La rotation de la joue dans les opérations de plastique faciale. — M. DUFOURMENTEL fait un rapport sur un travail de M. J. F. S. Esser (d'Amsterdam). Il s'agit d'une systématisation du procédé d'autoplasties par glissement avec des règles précises et des applications très étendues. D'excellents résultats justifient l'exposé théorique.

Énorme cancer du rein droit avec conservation intégrale du taux de l'urée. Néphrectomie lombaire. Guérison. — M. CATHELIN en rapporte l'observation en présentant à l'appui la pièce pesant 1kg500. Le fait intéressant réside dans le taux d'urée de ce rein qui, au litre, était supérieur à celui du rein opposé sain; ce qui semble constituer une exception à la loi d'élimination de l'urée émise autrefois par l'auteur.

En réalité, si cela ne se voit jamais dans la tuberculose, l'hydronéphrose ou les reins calculeux qui produisent des lésions destructives dans le cancer, le tissu noble du rein peut être simplement comprimé et centrifugé par la tumeur.

L'auteur insiste sur la supériorité de l'incision lombaire sur toutes les autres voies d'abord du rein.

M. ISELIN n'est pas du même avis sur la prépondérance de la voie lombaire dans l'extirpation des tumeurs volumineuses du rein. Il pense que la voie antérieure parapéritonéale lui est supérieure parce qu'elle permet un abord facile du pédicule vasculaire et sa ligature première qui est, selon lui, la clef de ces néphrectomies difficiles.

A propos de l'appendicite pelvienne. — M. HALLER fait un rapport sur une observation de M. Coudray (de Nogent-le-Rotrou). Il s'agit d'un enfant de treize ans et demi qui a présenté une appendicite pelvienne à symptômes initiaux frustres. Le diagnostic ne fut pas fait et le malade ne fut vu et opéré que le huitième jour après le début alors qu'il était en pleine péritonite généralisée. Mort.

Torsion du cordon en dehors de la vaginale. — M. THEVENARD en rapporte un cas chez un homme âgé, ce qui est un fait rare. Le début de l'affection fut dramatique. Le chirurgien ne fut appelé et le malade opéré que le cinquième jour ; le testicule était sphacélé. L'auteur insiste sur l'importance du diagnostic immédiat (facile car il suffit d'y penser) qui permet une intervention hâtive et évite la castration.

A propos d'un cas d'ulcère pylorique. — MM. BARBET et LANOS présentent l'observation d'un malade, qui, opéré en mai 1925, pour une perforation aiguë de l'estomac (excision et suture), a refait en août 1926 des hématémèses. Une nouvelle opération pratiquée à cette dernière date a montré un nouvel ulcus de la région pyloro-duodénale. Gastro-pylorectomie. L'examen histologique de cet ulcère a révélé qu'il était déjà en voie de dégénérescence cancéreuse.

Un cas localisé de maladie de Paget. — M. ROEDERER présente un cas de cette affection localisée uniquement à la jambe gauche, sans déformation apparente des autres membres, ni du crâne. Il s'agissait d'une femme de soixante ans. Ce cas est très rare. La seule ressource thérapeutique possible est l'appareil orthopédique.

Autoplasties faciales exécutées suivant les procédés décrits par M. Esser. — M. DUFOURMENTEL en présente deux cas :

1° Un cas d'ostéite maxillo-lacrymale traité en 1920 par résection et restauré par un lambeau frontal à pédicule vasculaire. Le résultat montre l'excellence du procédé autoplastique et le caractère définitif de la guérison obtenue.

2° Un cas de rotation de la joue effectué en 1917 pour une destruction de la lèvre supérieure et de la partie voisine de la joue qui a donné une reconstitution excellente.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1926)

Action de la colchicine dans la sensibilisation et le choc anaphylactique. — MM. Fernand ARLOING et L. LANGERON ont vu sur le cobaye que l'action de la colchicine à dose non toxique agit sur les phénomènes de choc de façon variable suivant le moment de son administration. Donnée immédiatement avant le choc, elle ne l'atténue pas, si même elle ne l'exagère pas. Administrée trois jours à dix heures avant l'injection déchaînante, elle atténue nettement ses effets. Cette action protectrice disparaît en quatorze jours.

Administrée pendant et avant la sensibilisation, la colchicine n'exerce aucune action modificatrice sur l'anaphylaxie.

Ces constatations expérimentales s'accordent avec l'observation clinique qui apprend que le colchique ne doit pas être donné trop près de l'accès de goutte aigu, sous peine de l'aggraver, tandis que pris de loin de l'accès, il prévient son retour.

La fixation du complément et la réaction de la résorcine dans la tuberculose. — M. A. PRUNELL a pratiqué comparativement sur les mêmes sérums la réaction de fixation selon la méthode de Calmette-Massol et la réaction de floculation à la résection suivant la technique de Vernes. Il a constaté que la réaction à la résorcine est plus sensible que la réaction de la fixation du complément bien qu'elle donne parfois un chiffre supérieur à 30 chez des malades considérés comme indemnes de tuberculose.

Les degrés photométriques les plus élevés se constatent dans les phases avancées de l'infection dans lesquelles la réaction de fixation est parfois négative. Les degrés photométriques les plus faibles s'observent dans les périodes d'accalmie (apyrexie, bon état général, pneumothorax à évolution favorable) où souvent la réaction de fixation se montre au contraire fortement positive.

Sur l'histologie du corps jaune gravidique. — M. MOULONGUET. Le corps jaune gravidique est différent du corps jaune menstruel par plusieurs caractères histologiques : un état cytolytique des cellules, une moindre teneur en lipoïdes, un état différent de ces lipoïdes. Ces modifications sont apparentes dès les premiers jours de la grossesse. Elles existent aussi bien dans les grossesses anormales (ectopiques) que dans les grossesses normales.

On peut en tirer quelques conclusions physiologiques à savoir : les lipoïdes sont bien l'un des produits actifs du corps jaune ; le corps jaune est, pendant la grossesse une glande endocrine en phase d'excrétion; en dehors de la grossesse, est une glande qui ne fonctionne pas. Enfin, c'est la présence de l'œuf vivant qui ferait déclencher l'excrétion dans le corps jaune. Cette activité cesse après la mort de l'œuf.

Les toxines microbienne et le bacille pyocyanique. — M. Louis DUCHON. Par une expérimentation multipliée, M. DUCHON montre que le bacille pyocyanique a le pouvoir de neutraliser les toxines microbiennes. Son expérimentation porta sur la toxine diphtérique, cette dernière par la mesure expérimentale du cobaye, paraît s'atténuer de jour en jour et se neutraliser complètement. Les endotoxines microbiennes paraissent subir le même sort (diphtériques ou autres). Les dépôts injectés se sont toujours montrés atoxiques. Ce qui explique la possibilité de concentration d'antigènes des lysats vaccins,

Formule des lysats vaccins des bronchopneumonies. — M. L. DUCHON :

Bacilles diphtériques...	2.500	millions
Streptocoques.........	3.500	—
Pneumocoques.........	2.500	—
Staphylocoques........	10.000	—
Bacille de Pfeiffer......	7.500	—
Catarrholin...........	3.000	—
Colibacilles...........	2.500	—

Influence de l'atropine et de l'ésérine sur la chronaxie du gyrus sigmoïde. — MM. M. CARDOT, J. RÉGNIER et D. SANTENOISE. On constate une modification nette et progressive de la chronaxie du gyrus sigmoïde chez le chien, après une injection intraveineuse d'atropine. Au contraire, sous l'influence d'une injection intraveineuse d'ésérine, il y a une très forte et très rapide diminution de la chronaxie du gyrus.

Etude sur l'injection intraveineuse d'adrénaline. — MM. H. CLAUDE, H. BARUK et LAMACHE ont pratiqué des injections intraveineuses d'adrénaline dans l'exploration du système neuro-végétatif. Ils ont injecté 1 centimètre cube de dilution au 1/400.000, et, après avoir tâté la susceptibilité du sujet, au 1/200.000 ou même au 1/100.000. L'action sur la pression artérielle, le pouls, le réflexe oculo-cardiaque est rapide, et se produit en moyenne de la trentième à la soixantième seconde après l'injection. Elle est plus précoce et plus passagère chez les sujets à réflexe oculo-cardiaque inversé.

Cette épreuve permet, semble-t-il, d'obtenir des résultats plus précis et plus constants que l'injection sous-cutanée d'adrénaline.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

POUR LES VICTIMES DANS LES HOPITAUX ET LES LABORATOIRES.

La Confédération des travailleurs intellectuels (C. T. I.) a chargé une commission d'étudier un projet de loi en vue d'étendre aux travailleurs intellectuels le bénéfice de la législation ouvrière sur les risques professionnels. Cette commission a vu M. Fallières, ministre du Travail et de l'Hygiène, le mercredi 1er décembre 1926, et exposé, le même jour, à la Chambre, à son groupe parlementaire, ses desiderata très discutés et écoutés.

A la suite des rapports présentés à la dite commission par M. le docteur Foveau de Courmelles, M. Florentin, sous-directeur du Laboratoire municipal de Paris, Mme Jacob (des Travailleuses sociales) et M. Lenoble, avocat à la Cour, s'inspirant du travail de M. Zwingedauw, professeur à la Faculté des sciences de Lille, la commission propose de mettre à profit le projet de loi déposé en faveur du personnel des hôpitaux par M. Durafour (1) en le complétant et en y apportant les modifications ci-après. M. Durafour, profitant de l'opinion publique émue par les accidents récents hospitaliers, cancer inoculé, scarlatine contractée et mortelle, etc., s'est surtout occupé du personnel des hôpitaux si négligé jusqu'ici, et estime qu'il faudrait commencer par lui, sauf à revenir aux ingénieurs, chimistes..., menacés également, ensuite.

Mais ce projet de loi de M. Durafour modifié, a été estimé plus convénient, plus général par la C. T. I. qui comprend toutes sortes de travailleurs intellectuels (et souvent manuels à la fois), comptant à l'heure actuelle bien peu dans la nation : voici le texte proposé par M. Lenoble, avocat à la Cour de Paris et adopté par ses collègues. On le soumettra également à M. Durafour, et au rapporteur de la loi, son collègue, le docteur Fié, député de la Nièvre, qui n'ont pu assister le 1er décembre 1926, à la séance du groupe parlementaire de la C. T. I. (la prochaine aura lieu le 15 décembre).

Article premier. — « La législation concernant les responsabilités des accidents du travail et des maladies professionnelles est étendue aux hôpitaux, hospices ou autres établissements d'assistance ou de bienfaisance publics ou privés, au profit des médecins, chirurgiens, chefs de clinique ou de laboratoire, radiologistes, internes ou externes, chirurgiens dentistes, étudiants, infirmiers, assistants et tous autres praticiens non dénommés, appelés à donner leurs soins aux malades admis dans lesdits établissements. *Elle s'appliquera également aux infirmières, surintendantes et toutes travailleuses sociales, en général, diplômées de l'Etat français ou des Sociétés reconnues d'utilité publique au service de l'Etat, du département, des communes, des associations et de toutes œuvres d'entr'aide et d'assistance*, sous réserve des dispositions spéciales ci-après. »

L'article 3 deviendrait l'article 2 ainsi conçu :

« Les maladies contractées à l'occasion du service dans les établissements visés à l'article premier ci-dessus donneront lieu aux mêmes réparations.

Toute victime des radiations, des émanations, par contact, absorption, etc., ou d'une manière plus générale, des contagions dans les hôpitaux, les usines, les laboratoires, les œuvres privées, les administrations, etc. et incapable de travailler, recevra soit un salaire pendant la durée de son incapacité, soit une indemnité proportionnelle à l'importance de cette incapacité. Les familles des victimes décédées devront également être indemnisées.

Ces indemnités seront dues que la maladie figure ou non dans les tableaux prévus par l'article 2 de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles toutes les fois que la relation de cause à effet entre l'infirmité ou l'invalidité et la manipulation des substances qui l'ont produite sera nettement établie. »

L'article 2 deviendra l'article 3.

« Le salaire de base pour la fixation de l'indemnité journalière et de la rente sera déterminé par arrêté du ministre du Travail et de l'Hygiène, après avis d'une commission comprenant des représentants du personnel médical des établissements hospitaliers, d'assistance et de bienfaisance, *des membres de la Confédération des travailleurs intellectuels, des associations professionnelles de travailleuses sociales* reconnues d'utilité publique et de l'administration.

Si la victime n'a ni conjoint, ni enfants dans les termes de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, il est alloué à chaque ascendant du premier degré une rente égale à 10 p. 100 du salaire, payable audit ascendant soit immédiatement, lorsqu'il établit qu'il était à la charge de la victime, soit lorsqu'il atteint l'âge de soixante-cinq ans ou dès qu'il se trouve dans l'incapacité de gagner sa vie par suite d'infirmités ou de maladies entraînant une incapacité supérieure ou au moins égale à 60 p. 100. En cas de faute inexcusable du chef d'entreprise, la rente de l'ascendant pourra être majorée sans pouvoir toutefois dépasser le salaire de la victime. »

Art. 4 (nouveau). — « Pour faire fixer les indemnités prévues par la présente loi en faveur du personnel ouvrier ou employé il sera procédé comme il est prescrit par les lois du 9 avril 1898 et 25 octobre 1919; il en sera de même pour fixer celles dues aux travailleurs intellectuels sauf que dans ce dernier cas le bénéfice de l'assistance judiciaire ne sera pas acquis de plein droit aux victimes ou à leurs représentants; il pourra seulement être accordé en tout ou en partie aux intéressés suivant les règles qui régissent la législation sur l'assistance judiciaire. »

Art. 5 (nouveau). — « L'article de la loi du 25 octobre 1919 qui fixe la composition de la commission chargée de réviser le tableau des maladies professionnelles est complété comme suit : (fonctionnaires, professeurs de Facultés...).

(1) 1er juin 1926.

Ajouter aux membres de la commission : deux médecins praticiens, nommés par les syndicats médicaux; un membre désigné par la Confédération des travailleurs intellectuels. »

Art. 6 (nouveau). — « Tout membre de la commission pourra à toute époque et en toutes circonstances provoquer la réunion de celle-ci pour délibérer et donner son avis sur une maladie professionnelle en vue d'une addition à faire au tableau des dites maladies.

En cas d'avis favorable la délibération sera transmise au ministre compétent dans les formes prévues par la loi du 25 octobre 1919. »

— Je n'ai que peu ajouté ou fait ajouter à ce texte qui nous a paru d'ordre assez général et que les suggestions de nos confrères peuvent modifier, en nous communiquant leurs idées. FOVEAU DE COURMELLES.

LIVRES NOUVEAUX

Le système veineux normal et pathologique. — Guide des malades et des prédisposés (varices, phlébites, hémorroïdes, etc.) (2), par R. HUGEL et G. DELATER.

Ce n'est pas assez dire que d'appeler ce livre le guide des malades et des prédisposés; sa tenue en fait un ouvrage plein d'intérêt pour le médecin lui-même.

Les auteurs en effet cherchent à faire admettre les mesures qu'ils proposent par des chapitres d'anatomie et de physiologie du système veineux normal et pathologique, puis par une mise au point des symptômes qui caractérisent les varices, les hémorroïdes, les phlébites, et par celle des complications qui peuvent survenir. Ils initient enfin leurs lecteurs à la légitimité des traitements modernes par l'opothérapie et les eaux de Bagnoles, par les injections sclérosantes, par l'électrothérapie, et ils donnent des conseils d'hygiène générale et particulière pour leur existence quotidienne.

Voici donc enfin le manuel que ces malades attendaient; entrés désormais dans l'horizon scientifique des chercheurs modernes, ils vont cesser d'être abandonnés à des soins empiriques et inefficaces. Mais quelle n'est pas l'emprise des habitudes et des remèdes anciens! Et combien difficilement les vieilles manières inopérantes cèdent-elles le pas aux méthodes nouvelles, audacieuses parfois pour certains, mais éprouvées et sûres pour qui les connaît bien, si utiles !

Ce livre précisément vient à l'heure voulue pour familiariser le public avec ces méthodes et l'encourager à les accueillir avec confiance, ainsi que pour ouvrir un chapitre d'hygiène, qui permettra de prévenir l'apparition ou l'aggravation de toutes les affections du système veineux.

(2) Un vol. in-16 de 184 pages avec figures en noir et en couleurs, 12 fr. 50, plus majoration de 20 p. 100, soit 15 fr.

Les maladies des reins (1), par le docteur G. SIGURET, médecin assistant à l'hôpital d'Urologie, consultant à Saint-Nectaire.

Rédigé d'une façon claire et précise, ce petit volume constitue un véritable vade-mecum indispensable aussi bien à l'étudiant qu'au praticien.

Il n'a pas la prétention d'être complet ainsi que les gros traités. Comme il s'agit d'un ouvrage destiné à être consulté tous les jours, l'auteur a volontairement évité tout ce qui n'est pas essentiellement pratique. De même il a volontairement exclu certaines consultations que l'on trouvera développées dans d'autres volumes de la collection.

En revanche, il a longuement insisté sur la thérapeutique,

(1) Un volume in-16 de 164 pages. « Les Consultations journalières. » — Prix : cartonné, 10 fr., plus hausse de 20 p. 100, 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie, éditeurs.

en écrivant un certain nombre de chapitres avec son expérience personnelle.

Coprologie (1), par M. LANGERON, chef de laboratoire microscopique à la Faculté de médecine de Paris, et M. RONDEAU DU NOYER, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

Ce petit ouvrage permet de déterminer tous les éléments figurés qu'on peut rencontrer dans les selles.

Les auteurs laissent de côté les questions théoriques. Ils décrivent brièvement tous les corps figurés normaux ou anormaux pouvant exister dans les selles; ils ne donnent que les détails morphologiques indispensables permettant de les reconnaître.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'exposé des méthodes techniques. On y retrouve, dans le choix des méthodes, l'expérience des auteurs.

La deuxième partie comprend la description des éléments normaux ou anormaux des selles, puis celle des éléments parasitaires; protozoaires, helminthes, arthropodes et champignons.

L'ouvrage se termine par un index bibliographique et par une table alphabétique très complète.

Thérapeutique chirurgicale, par P. LECÈNE, professeur à la Faculté de médecine de Paris; R. LERICHE, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

OUVRAGE COMPLET. Viennent de paraître : Tome I : *Généralités. Membres*, par P. LERICHE. Un volume de 644 pages. Tome II : *Tête, Bouche, Cou, Thorax, Glande mammaire*, par P. LECÈNE; *Rachis, Bassin*, par R. LERICHE; *Nez, Oreille, Larynx*, par F. LEMAITRE, professeur agrégé à la Faculté. Un volume de 508 pages.

Précédemment paru : Tome III : *Abdomen et Organes génito-urinaires*, par P. LECÈNE. Un volume de 646 pages.

Chaque volume se vend séparément. Prix de base pour la France et la Belgique : broché, 50 fr.; relié toile, fers spéciaux, 60 fr.; hausse 40 p. 100. Etranger, chaque volume relié : 2 dollars 40. — Pour toute commande directe, ajouter à ces prix 15 p. 100 pour la France, 20 p. 100 pour l'étranger, pour frais de port et d'emballage. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

TUMEUR BLANCHE DU COU-DE-PIED [2]

Signes généraux. — A cette période, l'état général est touché, avec amaigrissement.

Un examen des fonctions rénale et hépatique devient alors nécessaire.

Evolution. — *a*. Certains cas graves aboutissent à la généralisation tuberculeuse et se terminent par la mort.

b. Même bien traitée, la guérison survient lentement à la fin de la troisième ou de la quatrième année.

L'*ankylose fibreuse* serrée est favorable si elle est obtenue en bonne position, avec léger talus varus.

Pour certains, l'*astragalectomie*, dans la majorité des cas, donnerait un résultat supérieur en laissant une pseudarthrose fibreuse suffisamment lâche pour permettre une flexion et une extension nécessaire à la marche.

Mais il persiste souvent des *raccourcissements* du pied et de la jambe par troubles ostéogénétiques.

FORMES CLINIQUES. — Nous ne ferons que citer :

Formes aiguës à début inflammatoire, rapidement transformées par l'immobilisation.

Formes sèches, douloureuses, de diagnostic difficile et qui tardivement peuvent se transformer en formes fongueuses.

Formes à début synovial, exceptionnelles.

Forme de l'adulte qui, souvent, n'est qu'une récidive de tumeur blanche ancienne.

L'envahissement précoce des articulations astragalo-scaphoïdienne et sous-astragalienne, la formation rapide d'abcès et les fistulisations multiples en font une forme d'une particulière gravité.

PRONOSTIC. — Beaucoup plus favorable chez l'enfant que chez l'adulte.

DIAGNOSTIC. — 1° En cas de *début aigu pseudo-inflammatoire* le diagnostic se fera avec :

a. Rhumatisme articulaire aigu.

b. Rhumatisme gonno, dans sa forme pseudo-phlegmoneuse.

c. Ostéomyélite de l'astragale, mais l'infiltration de la jambe est rapide.

2° En cas de tuméfaction, à la période d'état.

L'on éliminera facilement :

Les *synovites, sèche ou séreuse,* des gaines, leur situation sur le trajet des tendons, la conservation de mouvements articulaires étendus sont des signes bien particuliers.

Il faut cependant toujours *craindre et rechercher une lésion articulaire sous-jacente*.

L'*ostéosarcome* avec grosse déformation osseuse, la radio tranche le diagnostic.

Les *arthropathies tabétiques*, indolentes, avec dislocation de la jointure.

Les diagnostics difficiles restent surtout :

Les ARTHRITES SYPHILITIQUES, la bilatéralité fréquente, les stigmates doivent toujours être recherchés.

Les OSTÉITES TUBERCULEUSES JUXTAARTICULAIRES de l'extrémité inférieure du tibia ou du calcanéum, mais le gonflement siège au-dessus ou au-dessous de l'interligne : les mouvements articulaires ne sont pas limités et le siège précis de la douleur permet le diagnostic, la radiographie est dans tous les cas utile.

TRAITEMENT. — Dépend essentiellement de l'âge :

Chez l'enfant. — *a*. Les tuberculoses polyfistuleuses sont pour tous justiciables de l'astragalectomie qui donne une ankylose fibreuse serrée.

b. Au début de l'affection au contraire :

Certains préconisent l'immobilisation, le traitement conservateur pour obtenir une guérison par ankylose.

Pour d'autres, l'*astragalectomie*, alors que les lésions sont localisées à cet os, serait le procédé de choix, car elle laisse des mouvements étendus avec une néarthrose solide non douloureuse.

Chez l'adulte âgé. — L'*astragalectomie* donne des résultats moins bons, les récidives, les fistules persistantes sont fréquentes.

Il peut être préférable de recourir à l'*amputation,* il en est de même **chez le vieillard**.

Le *traitement héliothérapique*, la *cure marine* constituent dans tous les cas un excellent adjuvant.

(1) Un vol. de 132 pages avec 129 figures (Masson et Cie, éditeurs). — *Prix de base* pour la France : 12 fr. en plus hausse variable (40 p. 100, juillet 1926). *Prix fixe* pour l'Etranger : 0 dollar 48.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 96, p. 1550.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

Nº 99. — SAMEDI 11 DÉCEMBRE 1926. 99e ANNÉE. SAMEDI 11 DÉCEMBRE 1926. — Nº 99.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif nº 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif nº 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 7 décembre. — Questions données : « Signes et diagnostic du cancer de la tête du pancréas. — Signes et évolution de la pneumonie franche lobaire aiguë chez l'adulte. »

MM. Saint-Pierre, 22 ; Bernal, 23; Miget, 21; Bufnoir et Cachera, 22 ; Mialaret, 19; Martin, 23; Baillet, 23 1/2 ; Maison, 16; Vincent, 24.

— PRIX DE L'INTERNAT. — *Médecine.* — Le jury est définitivement composé de MM. Ravaut, Bénard (Henri), Guinon, Harvier et Boidin.

Chirurgie. — Le jury est définitivement composé de MM. Thiéry, Mouchet, Dujarier, Heitz-Boyer, Ecalle.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Maurice Croiset, membre de l'Institut, professeur de langue et de littérature grecques au Collège de France, et M. d'Arsonval, membre de l'Institut, professeur de médecine, sont nommés respectivement, pour une nouvelle période de trois ans, à partir du 16 novembre 1926, administrateur et vice-président de l'assemblée des professeurs de l'établissement.

UN CERTIFICAT MÉDICAL OBLIGATOIRE AVANT LE MARIAGE. — Un certain nombre de députés, dont MM. Pinard, Dubreuil, Gardiol, Eldin, Legros, Nicollet, Lainé, Dezarnaulds, viennent de prendre l'initiative d'une proposition de loi tendant à sauvegarder, même avant leur naissance, les générations futures.

L'article unique de cette loi est ainsi conçu :

« Tout citoyen français voulant contracter mariage ne pourra être inscrit sur les registres de l'état civil que s'il est muni d'un certificat médical, daté de la veille, attestant qu'il ne présente aucun symptôme appréciable d'une maladie contagieuse. »

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES. (Hôpital Claude-Bernard. M. le professeur Pierre TEISSIER.) :

Service. — Visite tous les matins, de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/2, les jours de leçons; à 11 h. 1/2 les autres jours.

L'examen des malades est fait par le chef de service, par les assistants de la Clinique (chefs de clinique et chefs de clinique adjoints), ou par les élèves, sous la direction du professeur ou des assistants.

Enseignement. — Le mardi et le jeudi, à 10 h. 1/2, leçon magistrale à l'amphithéâtre provisoire, avec ou sans présentation de malades, ou leçon au lit du malade par le docteur Teissier, professeur.

Le samedi, à 10 h. 1/2, leçons de technique clinique à l'amphithéâtre ou au laboratoire, par les assistants de la Clinique : M. le professeur agrégé Tanon, MM. les docteurs Gastinel, Cambessédès, Cathala et Rivalier, anciens chefs de clinique; Reilly, chef de laboratoire; Joannon, chef de clinique; Cochez et Coste, chefs de clinique adjoints.

Une consultation concernant les affections du nez, des oreilles, du larynx, d'origine infectieuse, est assurée par le docteur Mahu.

L'enseignement régulier de la Clinique pourra se compléter, au cours de l'année, à des jours et à des heures qui seront chaque fois indiqués à la Faculté, et grâce au concours d'un certain nombre de collaborateurs spécialisés, de leçons magistrales sur des sujets d'actualité concernant la pathologie infectieuse, notamment la pathologie exotique.

L'enseignement de la chaire de Clinique des maladies infectieuses, créé durant la guerre et dont l'organisation matérielle n'est encore que provisoire, s'adresse plus particulièrement aux étudiants de 4e et 5e années et aux docteurs en médecine.

COLLÈGE DE FRANCE. — CHAIRE DE PROTISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. — M. Nattan-Larrier, professeur, commencera son cours le samedi 11 décembre, à 3 h. 45, salle 5, et le continuera les jeudis et samedis, à la même heure.

Objet du cours : Questions relatives à l'origine des espèces pathogènes.

CHRONIQUE

LE BANQUET D'AUTOMNE DE L'U. M. F. I. A. (UNION MÉDICALE FRANCO-IBÉRO-AMÉRICAINE)

En 1912, Dartigues, avec le concours de notre collaborateur Gaullieur l'Hardy et de notre excellent confrère Bandelac de Pariente, jetait les bases d'une entente intellectuelle et scientifique entre les médecins français et leurs confrères des pays de langues espagnole et portugaise. Depuis 1912, malgré la guerre, l'U. M. F. I. A. a progressé à pas de géant. Elle est devenue une association considérable par le nombre, l'importance et l'influence de ses membres. Ses réunions sont des solennités auxquelles s'intéressent les gouvernements autant que les savants. Le banquet de mercredi soir, au Palais d'Orsay, en a été une nouvelle preuve.

Placé sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'Intérieur et la présidence effective de M. le doyen Roger, le banquet réunissait près de 400 convives parmi lesquels de très nombreuses dames apportaient le charme de l'élégance parisienne jointe à la beauté latine.

A la table d'honneur avaient pris place M. Albert Sarraut, ministre de l'Intérieur, ayant à sa droite Mme J.-L. Faure et S. E. l'ambassadeur du Brésil, et à sa gauche M. le doyen Roger. A leurs côtés : Mme Boas de Jouvenel, L. L. E. E. les ministres du Chili, de la Colombie, de l'Equateur, du Paraguay, du Pérou, du Portugal, de l'Uruguay, du Venezuela. Les doyens des facultés de Bolivie, Nicaragua et la Havane, le sénateur Merlin, les professeurs Chauffard, J.-L. Faure, Achard, Léon Bernard, Guillain, Couvelaire, Vallée, Carnot, Labbé, Nobécourt, Mayer (de Bruxelles), MM. Zimmern, Laignel-Lavastine, Marchoux, Brindeau, Harvier, Fiessinger père et fils, et nous nous excusons de ne pas citer tout le monde...

Après un exquis dîner accompagné d'un brillant concert, les toasts commencèrent. Il y en eut une trentaine. C'est dire que nous ne pouvons que les énumérer.

M. Molinéry, secrétaire général de l'Umfia, donne lecture du toast de Bandelac de Pariente, retenu à Madrid, qui envoie à l'Umfia, au nom de S. M. le roi Alphonse XIII et du général Primo di Rivera, un message de félicitations.

Puis, S. E. M. de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil, en un toast plein d'esprit transmet les vœux des médecins brésiliens.

LL. EE. les ministres du Chili, de la Colombie, de l'Equateur, du Paraguay, du Pérou; le docteur Ferreira, au nom du ministre de Portugal, les ministres de l'Uruguay, du Venezuela parlent à leur tour avec chaleur.

Mme Boas de Jouvenel, en un toast charmant, apporte les vœux de la Bienvenue Française. Parlent ensuite le professeur Cuellar, ex-doyen de la Faculté de Bolivie; le professeur José Martinez, doyen de la Faculté du Nicaragua; le professeur Montané, ancien doyen de la Havane; le professeur Léon Bernard, au nom des médecins français chargés de mission dans l'Amérique du sud; le professeur Verneau, du Muséum; le sénateur Merlin; le professeur Mayer, au nom de l'Association de la Presse médicale belge; Noël Fiessinger, au nom de l'Association de la Presse médicale française; M. Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques; le professeur Maistre, de la Faculté de droit, au nom des amis de l'Umfia; le comte de la Vaulx, président de l'Aéro-Club; le docteur Lemaître, au nom de l'A. D. R. M; le professeur Gaudier (de Lille), au nom des facultés de province.

M. Dartigues, président de l'Umfia, est acclamé quand il vient remercier M. Albert Sarraut, le doyen, le corps diplomatique et les corps savants qui se sont rendus à l'invitation de l'Umfia. Il expose l'idée qui mène l'Umfia, idée de pacification qui est le propre de la civilisation latine. Il salue enfin, en termes émouvants, les drapeaux des républiques américaines, et il boit aux amis latins et aux dames, inspiratrices des efforts les plus sublimes.

M. le Doyen déclare qu'on ferait une œuvre de justice en décernant le prix Nobel de la Paix à des médecins qui, comme les trois fondateurs de l'Umfia, Gaullieur l'Hardy, Bandelac de Pariente et Dartigues, ont réalisé une œuvre si considérable dans la voie du rapprochement des peuples.

Il salue tous les étrangers amis de la France, qui sont venus assister à ce banquet et en particulier le professeur Mayer qui n'est pas un étranger car les Belges sont des nôtres, ayant partagé nos épreuves et la gloire finale.

M. le ministre de l'Intérieur, en un discours d'une superbe envolée, dit sa joie de se retrouver dans ce milieu latin qui est le sien. Il exprime les grands espoirs que l'on peut fonder dans l'union intime des peuples latins en face des redoutables conflits de races dont la menace est sur le monde civilisé.

Il boit à la prospérité de l'Umfia qui a tant fait et fera tant encore pour rendre plus intime cette union latine.

Une réception particulièrement brillante termina cette belle manifestation.

F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE NEURASTHÉNIQUE

1° Prendre v à x gouttes de Vanadarsine, dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

2° Une demi-heure après les repas, prendre, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Craie préparée................	} *àà* 15 gr.
Magnésie calcinée..............	
Bicarbonate de soude..........	20 gr.

3° En cas de douleurs, gouttes de Gallard (II gouttes sur un morceau de sucre) ou eau chloroformée saturée (une cuillerée avec deux cuillerées d'eau).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 14 décembre. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Carnot, Brumpt et Vaudescal. — M. MEYSENC. Atonie gastrique et son traitement. — M. POUBLAN (H.). Etude du parasitisme intestinal. — M. DEROCQUE. Endombriomes vaginaux.

Jeudi 16 décembre. — (Thèses vétér.) Jury : MM. Achard, président; Jeanselme, Dechambre et Moussu. — M. BOURGUET. De l'élevage dans la région du Tonkin. — M. SACRE. L'élevage du mouton dans le Sud-Annam.

Vendredi 17 décembre. — Jury : MM. Couvelaire, président; Strohl, Ecalle et Abrami. — Mlle KANEL (L.). La pouponnière moderne. — M. GAUILLARD. Etude de la stéréométrie radiographique.

(Thèses vétér.) Jury : MM. Sebileau, président; Bourdelle, Moussu et Robin. — M. ARRAMY. Des maxillites chez les bovidés. — M. RIVIÈRE. Propulsion du larynx chez les gallinacés.

REVUE GÉNÉRALE

LE MÉRYCISME

Par Raymond PARIS,
Interne des hospices de Paris,
Interne de l'hôpital Saint-Joseph.

I. **Définition.** — On désigne sous le nom de mérycisme (de μηρυχωμαι, je rumine) cette singulière perturbation des fonctions digestives qui consiste en la faculté ou l'obligation dévolue à quelques individus de ruminer les aliments ainsi que le font certains mammifères.

II. **Historique.** — C'est dans un livre de Fabrice d'Aquapendente paru à Padoue en 1618 *de Gula, Ventriculo et Intestinis* qu'on trouve l'observation princeps du mérycisme. Elle fut suivie en peu d'années par d'autres assez nombreuses, mais la médecine était loin à cette époque de la perfection à laquelle avaient atteint au même moment les lettres et les arts et ce n'est pas là qu'il faut chercher des détails complets ou une discussion approfondie des faits observés.

Il faut en venir à la thèse de Pipelet (1786), aux études de Roubieu (1808), de Percy et Laurent (1819), de Cambay (1830) pour trouver des descriptions et des hypothèses qui ne soient pas fantaisistes.

A partir de cette époque les travaux sur la question se sont multipliés à tel point que le nombre des observations connues s'élève maintenant à plusieurs centaines et il nous faut citer tout particulièrement l'auto-observation de M. le professeur Raphael Blanchard (in *Dictionnaire de Jaccoud*), les travaux de Bourneville et Séglas sur la rumination chez les fous et les idiots, de Singer et Decker sur l'anatomie pathologique, de Boas, Ewald, Singer, Mathieu, sur le chimisme, de Lemoine et Linossier sur le mécanisme, de Charlier, Farez, Desternes, R. Paris sur la Radio.

III. **Formes cliniques.** — Le fait essentiel du mérycisme est qu'au bout d'un certain temps après les repas, les aliments remontent dans la bouche sans efforts et ordinairement sans nausées. Souvent ils y sont soumis à une nouvelle mastication, une nouvelle insalivation avant d'être à nouveau déglutis, réalisant ainsi le cycle complet de la rumination animale. Mais celle-ci, qui est un temps nécessaire de la digestion du ruminant, est invariable dans ses modalités, tandis que le mérycisme, comme tous les faits pathologiques comprend des aspects innombrables.

Nous étudierons tout d'abord le mérycisme que nous appelons idiopathique. Les auteurs se sont efforcés de démembrer cette entité, mais il est bien certain qu'à l'heure actuelle il est encore nécessaire de la conserver, non seulement parce que dans l'insuffisance de nos connaissances il est un nombre de faits relativement considérable pour lesquels aucune étiologie sérieuse ne peut être invoquée, mais encore parce que ces faits sont justement les plus typiques, les plus complets de tous les cas du mérycisme, à tel point qu'un certain nombre de sujets utilisant leur infirmité comme profession ont pu se produire sur les pistes des cirques et le plateau des théâtres, et réaliser avec leur estomac des attractions véritablement remarquables.

Nous opposerons à ce mérycisme idiopatique : le mérycisme des dyspeptiques dont l'intérêt est considérable au point de vue du traitement, le mérycisme des aérophages et le mérycisme des fous et des idiots bien connu depuis les travaux de Bourneville et Seglas.

Nous avons cru nécessaire de décrire séparément les faits nombreux de rumination observés chez l'enfant. Tout d'abord parce que la plupart du temps ils n'entreraient que difficilement dans les cadres que nous venons de citer, mais surtout parce que leur fréquence et leur pronostic tout particuliers en font véritablement une entité qu'il semble légitime d'isoler.

Il va sans dire que ces compartiments que nous avons établis sont loin d'être étanches. Entre chacun d'eux existent des formes intermédiaires qui leur servent de trait d'union. De même on peut en décrire entre le mérycisme et d'autres accidents tels l'éructation, la régurgitation et même le pyrosis, rapprochements qui se justifient, non seulement par les observations d'ordre clinique, mais encore par l'étude du mécanisme de ces différentes affections.

IV. **Mérycisme idiopatique.** — Le début de l'affection a toujours lieu dans l'enfance et le malade ne s'en souvient presque jamais. Le plus souvent les parents eux-mêmes ne peuvent donner aucun renseignement utile : ils se sont un jour aperçus que leurs fils ruminait et n'ont noté aucun autre détail. Quelquefois, ils rattachent l'affection à une fièvre éruptive, à une coqueluche, à une maladie infectieuse, à une peur, à une chute sur la tête sans qu'on sache au vrai l'importance qu'il convient de donner à ces facteurs.

Si aucune étiologie ne peut être retenue, cependant deux questions méritent d'attirer l'attention : celle de l'hérédité et celle du terrain.

L'hérédité est quelquefois des plus nettes; cela est rare d'ailleurs dans le mérycisme idiopatique, tandis que c'est extrêmement fréquent comme nous le verrons, chez les idiots et chez les fous.

Pour le terrain, il faut insister sur le fait que presque tous les malades répondent au tableau des neuro-arthritiques. Ce sont des hommes obèses, pléthoriques, séborrhéiques, qui ont tendance au rhumatisme chronique, aux eczémas, aux accidents cutanés. La goutte, le diabète, l'albuminurie ne sont pas rares (voir notamment les observations de Marcel Labbé et de Turmel). Le caractère est très souvent difficile, avec des colères fréquentes, des crises de neurasthénie. Dans l'enfance, on a noté des troubles digestifs et des convulsions.

Tous ces signes ne sont naturellement pas tous retrouvés dans tous les cas, mais leur fréquence est très grande et l'on pourrait sans doute l'affirmer mieux encore si l'on s'était toujours préoccupé de leur recherche.

L'impossibilité de rapporter l'affection à une cause suffisante et ce terrain neuro-arthritique à peu près constant ont fait considérer le mérycisme idiopatique par la plupart des auteurs comme une névrose. Cela semble bien être la seule explication qu'on puisse en donner (Pœnissen, Dumur, Dehio, Walter, Berger, Frey-Bam, Lemoine et Linossier), mais la raison pour laquelle cette névrose se manifeste surtout par cette singulière perturbation digestive est totalement inconnue. On ne peut que bâtir des hypothèses, tel Turmel qui pense à un réflexe dont le point de départ serait la muqueuse stomacale

qui chez de tels malades serait douée d'une susceptibilité particulière.

Quoi qu'il en soit, retenons l'importance que présente le terrain. Nous le retrouverons et aurons à en traiter à chaque forme du mérycisme.

*
* *

Le mérycisme idiopatique est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme contrairement aux névroses habituelles où le sexe féminin est, en général, celui qui est de beaucoup le plus largement représenté.

C'est presque toujours pour une maladie intercurrente et non pour leur mérycisme que ces malades viennent consulter bien que les manifestations de cette affection paraissent bien gênantes à une personne non prévenue puisque pour la très grande majorité de ces sujets c'est chaque jour et à tous les repas que la rumination se produit. Nous verrons qu'en réalité ils n'en retirent habituellement aucun ennui.

*
* *

Entre la prise d'aliments et le début du phénomène peut s'écouler un temps variable qui, chez les uns, peut être extrêmement court : « Après avoir mangé mon potage, dit l'un d'eux, je peux le ruminer avant que le bœuf soit entamé » qui, chez les autres, au contraire, peut être plus considérable : quelques minutes, un quart d'heure ou même plusieurs heures après la fin du repas. M. Blanchard note que sa rumination commence plus tôt s'il a mangé plus rapidement et si après son repas il se livre immédiatement à un travail intellectuel.

Les mérycoles sont avertis dès le début par des sensations d'ordre digestif : sensation de tension à l'épigastre, de plénitude à l'estomac, voire même par des éructations, soit par quelque chose de particulier, souvent indescriptible, sorte d'aura mal définie que l'habitude leur fait interpréter.

Ainsi prévenus ils attendent immobiles, la tête projetée en avant, la langue collée sur le palais et *sans qu'ils aient à faire le moindre effort le bol alimentaire remonte tout doucement dans la bouche, sans aucune violence et sans aucun bruit, sans qu'il soit possible de noter du côté de l'abdomen la moindre contraction.*

Aucun de ces caractères n'est constant, surtout le dernier.

Tout d'abord la première régurgitation peut être difficile et jusqu'à un certain point pénible, on peut alors voir le mérycole faire une inspiration pour abaisser son diaphragme « il se produit une saillie dans la région épigastrique puis aussitôt après, si rapidement qu'on a de la peine à dissocier les deux mouvements, survient un affaissement de cette région pendant que la bouche reçoit un bol alimentaire plus ou moins volumineux (Lemoine et Linossier).

D'autre part, lorsque les aliments remontent, il peut se produire un bruit de gargouillement fort désagréable pour le malade quand il se trouve en public.

Enfin si le plus souvent les aliments remontent doucement, d'autres fois ils sont si violemment projetés dans la bouche que malgré la main qu'il tient devant ses lèvres fortement serrées le mérycole ne peut éviter de voir s'échapper au dehors une quantité plus ou moins grande de la bouillie alimentaire.

*
* *

D'une manière générale une fois commencées, les régurgitations se répètent fréquemment. Au début elles peuvent même se reproduire presque sans interruption ; le malade est entièrement occupé à recevoir dans sa bouche des aliments, à les mastiquer et à les déglutir de nouveau. D'autres fois il existe entre chaque régurgitation un intervalle de quelques minutes qui devient plus long quand la rumination s'approche de sa fin. Alors le temps qui s'écoule entre l'ascension de chaque bouchée peut être d'une demi-heure et même davantage.

La durée totale de chaque séance est différente suivant les malades : elle peut se réduire à 15 ou 20 minutes ; on a pu la voir se prolonger pendant 6 ou 7 heures.

*
* *

Tout aliment contenu dans la cavité gastrique peut être ruminé : la longue étude de Cambay en est la preuve, mais là encore il y a des variations individuelles.

Il est des mérycoles (ce sont les plus rares d'ailleurs) qui ruminent toujours la totalité de leurs aliments, et toute substance avant d'être digérée par l'estomac, doit subir un deuxième passage dans la cavité buccale. Ces aliments reparaissent parfois dans la bouche dans l'ordre exact dans lequel ils ont été avalés, mais ce n'est pas l'ordinaire et à l'habitude chaque gorgée est formée d'un mélange de chacun d'eux.

Beaucoup plus souvent, le mérycisme est partiel ; une partie du contenu stomacal plus ou moins importante, quelquefois un ou deux bols seulement sont ramenés dans la bouche, l'autre portion est digérée comme chez les individus normaux.

La partie qui remonte comprend ordinairement une fraction de chaque espèce d'aliments déglutis, parfois au contraire c'est une seule classe d'aliments, les viandes par exemple, ou bien les légumes ; qui sont soumis à une deuxième mastication.

A vrai dire, les malades ruminent en général plus facilement les substances très aromatiques ou de digestion difficile (les graisses, le gibier, certains poissons, le porc, etc.,) de même que les produits dont l'organisme ne peut tirer aucun profit : noyaux de cerises, pépins de fruits, tendons, aponévroses, etc.

Les liquides ne reviennent jamais que pendant le premier quart d'heure. Lorsque le mérycole semble ruminer tardivement des liquides, il mérycise en réalité des aliments solides dont la chimification est achevée. En effet, dans le début de la rumination, les aliments reviennent encore solides et il se produit toujours avant la deuxième déglutition une deuxième mastication tandis qu'à la fin les substances reviennent sous l'aspect d'une pâte plus ou moins liquide et les bouchées sont avalées immédiatement presque sans mastication ou même sans mastication du tout.

*
* *

Considérée en elle-même la rumination est en général indifférente au malade. Quelquefois, pourtant elle lui est très agréable : M. Blanchard nous dit ne manger certains aliments que pour le plaisir

qu'il aura plus tard à les ruminer: Fabrice d'Aquapendente dans son observation princeps de mérycisme écrit que le moine de Padoue qui en était atteint ruminait avec « volupté » et le Suédois cité par Windthier dit que sa rumination a la sensation du miel le plus doux.

Il est tout à fait exceptionnel, par ailleurs, que le phénomène soit accompagné de répugnance puisque parmi toutes les observations on ne peut en relever qu'une dans laquelle le mérycisme causait du dégoût. Cependant presque tous les mérycoles avouent que si le début de la rumination est agréable, très souvent vers la fin les aliments prennent un goût acide qui leur est déplaisant.

*
* *

Quelle est l'influence de la volonté sur un tel phénomène?

Tantôt il y est entièrement soumis, c'est-à-dire qu'il est au pouvoir du malade de le provoquer, de l'accélérer; de le retarder, de le supprimer. Nous verrons à quel point les individus qui se font exhiber dans les cirques ont su discipliner leur estomac pour lui faire exécuter à la minute à laquelle ils le désirent et autant de fois qu'ils le veulent les exercices requis par leur profession.

D'autres fois l'influence de la volonté est partielle, c'est-à-dire qu'elle s'exerce soit au profit de la provocation, soit à celui de la suppression du phénomène. Bien souvent les malades peuvent surmonter leur infirmité en public, mais quelquefois au prix de douleurs assez violentes. M. R. Blanchard peut seulement arrêter les aliments vers l'arrière bouche et les faire refluer immédiatement vers l'œsophage et l'estomac.

Chez d'autres enfin, la rumination est absolument indépendante de la volonté et le sujet ne peut rien contre elle.

Il faut signaler, à côté de l'influence de la volonté, l'influence du psychisme sur la rumination : le malade de Johanessen ne ruminait pas lorsqu'il était en colère ou qu'il avait quelque émotion; le professeur de rhétorique de Gintrac ne ruminait pas pendant qu'il faisait son cours, et l'artiste cité par Hempel ne ruminait pas non plus lorsqu'il était en état d'appétence sexuelle. Ces cas sont cependant isolés et la presque totalité des mérycoles ruminent quotidiennement et à tous les repas.

*
* *

Evolution. — L'évolution est d'une grande bénignité et l'on ne saurait à peine prononcer le nom de maladie.

M. Blanchard nous dit qu'il aurait considéré sa rumination comme un phénomène normal si les livres ne lui eussent appris le contraire et, sans aller aussi loin que Cambay qui affirme que le mérycisme est d'une grande utilité puisqu'il permet à ceux qui en sont atteints de décharger leur estomac de substances qui pourraient lui être contraires et qu'il faudrait souhaiter que tout le monde soit mérycole, il faut bien avouer que le mérycisme ne compromet absolument pas la vie de celui qui en est atteint et que l'on a vu nombre de gens qui en étaient atteints vivre jusqu'à un âge très avancé avec la plénitude de leurs facultés intellectuelles et physiques.

Presque toujours le mérycisme dure toute l'existence. Cependant dans un certain nombre d'observations, on note que l'affection a pu disparaître soit spontanément soit sous l'influence d'agents très variables d'un cas à l'autre.

Pour les uns, c'est par la volonté, pour d'autres c'est à la suite d'une maladie infectieuse (rougeole, scarlatine, typhoïde) ou bien d'un accès de goutte et même, dans un cas, après le premier coït. La disparition fut parfois définitive parfois seulement temporaire. Quoi qu'il en soit, ces faits sont exceptionnels et en général le mérycole vit et meurt avec son affection.

Au rebours de la bénignité du mérycisme qu'on laisse abandonné à lui-même, il faut insister sur la fréquence des troubles qui surviennent lorsque d'une façon ou d'une autre le mérycisme a été supprimé.

Un grand nombre d'auteurs signalent des troubles d'ordres généraux, de la céphalée, de l'asthénie, des douleurs d'estomac, de la constipation ou de la diarrhée, de l'anorexie. Tous ces troubles cesseraient presque immédiatement lorsque le mérycisme se réinstalle de nouveau.

Notons, au milieu de beaucoup d'autres, l'observations de Turmel dans laquelle il cite un malade atteint de mérycisme depuis sa plus tendre enfance et chez lequel un traitement par la belladone qui avait fait cesser complètement toute régurgation dut être abandonné à cause de troubles nombreux, analogues à ceux que nous avons cités. A part cette éventualité rare il n'y a guère à craindre de complications à cette maladie. Ducasse fils cite bien au cours de deux observations qui rentrent tout à fait dans le cas du mérycisme idiopatique deux cas de cancer du pylore et il se demande si le surmenage apporté à l'estomac n'y créerait pas un lieu de moindre résistance. Mais en réalité c'est un nombre de faits trop restreint pour qu'on puisse lui accorder grosse valeur étant donné surtout la fréquence du cancer du pylore chez des individus n'ayant jamais souffert du tube digestif.

V. Les mérycoles qui se produisent dans les cirques. — Nous venons de noter combien était variable l'influence de la volonté sur le mérycisme et nous avons dit qu'elle pouvait être si grande dans certains cas, que quelques sujets mérycoles avaient pu réaliser un véritable dressage de leur estomac et se produire comme attraction dans les cirques.

Tous ces sujets rentrent dans le cadre du mérycisme idiopatique. Comme tous les malades de cette classe ils ruminent depuis leur première enfance, et c'est souvent par hasard qu'ils s'aperçoivent qu'ils peuvent reproduire quand ils veulent cette rumination et même ramener dans leur bouche des objets précédemment déglutis. Souvent ils ne peuvent, au début, le faire qu'inconstamment et avec peine, tandis que la rumination qu'ils ont après les repas s'accomplit régulièrement et avec facilité. Mais, à force de s'exercer, ils disciplinent leur estomac et celui-ci finit par se prêter à toutes leurs exigences pour répéter leurs exercices aussi fréquemment qu'ils le désirent. La rumination post-prandiale, elle-même, qui, au début n'était ordinairement pas influencée par leur volonté en devient très souvent à ce point dépendante qu'elle ne se reproduit plus que lorsqu'ils le veulent.

Leurs tours sont assez variés; il leur est d'ailleurs facile, étant donné la virtuosité de leur estomac, de les multiplier à l'infini *puisque en somme ils peuvent introduire dans leur poche gastrique des objets va-*

riés et ramener au commandement celui qu'ils désirent.

Voici leurs exercices les plus habituels.

Ils avalent 10, 20, 30 verres d'eau jusqu'à concurrence de 6 ou 7 litres et peuvent à volonté ou les garder ou les restituer, soit à flot, soit en un mince filet, en petite ou en grande quantité. Ils installent ensuite entre leurs lèvres un tube creux horizontal dont l'extrémité externe courbée à angle droit regarde en haut et par l'ouverture effilée l'eau s'élève verticalement dans les airs, tandis qu'ils placent sur ce jet une balle en celluloïd telle qu'on en voit dans les baraques de tir des fêtes foraines.

Ils demandent ensuite à l'assistance un billet de 20 fr., un de 10, et un de 100; après les avoir pliés et avalés, ils ramènent celui des trois billets qu'on leur indique, puis l'un des deux autres au commandement, puis le troisième. Et comme en général ils ont pris soin dans les coulisses d'avaler des sous ils peuvent même rendre la monnaie.

Enfin ils avalent en un clin d'œil après avoir ingéré quelques litres d'eau, quatre ou cinq grenouilles et des petits poissons et les restituent tout vivants les faisant remonter exactement dans l'ordre indiqué par un quelconque spectateur.

Nous verrons au mécanisme et à la radio les réponses à quelques questions soulevées par ces tours si remarquables.

VI. **Mérycisme des dyspeptiques.** — Les cas de mérycisme dyspeptique qu'on rencontre en clinique sont beaucoup plus nombreux à eux seuls que tous ceux des autres formes réunies. Il faut toujours discuter à leur occasion la question de l'étiologie qui est d'autant plus intéressante que peut en découler une sanction thérapeutique importante.

D'assez nombreuses différences séparent ce mérycisme dyspeptique du mérycisme idiopatique que nous avons décrit; en particulier ses aspects cliniques en sont beaucoup plus variés.

Les aliments mérycisés ont souvent un goût désagréable acide et comme d'autre part les malades ne sont pas habitués dès l'enfance à un phénomène qui leur semble répugnant, très fréquemment ils les rejettent au dehors au lieu de les déglutir à nouveau. Il ne faut cependant pas dire que nous ayons alors affaire à un vomissement, car tandis que le vomissement est pénible, s'accompagne d'efforts, de nausées, que la totalité des aliments est rejetée brusquement au dehors, au contraire le mérycisme garde ici comme ailleurs, ses caractères essentiels : les bols alimentaires sont ramenés dans la bouche doucement, sans efforts, sans nausées, par petites portions.

Quelquefois la rumination peut être le seul symptôme clinique d'une dyspepsie larvée. C'est dire qu'il ne faut jamais porter sans un examen approfondi de diagnostic de mérycisme idiopatique; mais le fait est rare et le plus souvent il fait partie d'un ensemble de symptômes plus ou moins complets traduisant la dyspepsie originelle. L'âge et le sexe sont sans influence appréciable et l'on peut dire QUE TOUTES LES DYSPEPSIES peuvent fournir des mérycoles.

Nous distinguerons par rapport aux repas un mérycisme précoce et un mérycisme tardif qui font partie des syndromes de dyspepsie précoce et tardive. Ces syndromes ont été décrits en divers lieux (*Traité des dyspepsies* de Ramond) et nous ne reviendrons pas sur leur détail.

Mérycisme précoce. — Il survient très rapidement après les repas, peut être isolé, mais en général s'accompagne d'une douleur très vive, d'autres fois beaucoup plus sourde qui siège sous l'appendice xyphoïde avec des irradiations qui, en dépit de ce qu'on a pu décrire, sont extrêmement variables. Il va sans dire que c'est surtout dans le cas où la douleur est très discrète ou même absente et dans lesquels le mérycisme est à peu près le seul symptôme clinique qu'il convient de mettre en œuvre radio, tubage à jeun et après repas d'épreuve, etc., pour faire exactement le diagnostic de la cause.

Ces causes sont très variables. Ce peut être un ulcus juxta-cardiaque, une gastrite supérieure soit banale, soit toxique, soit surtout alcoolique. Il faut opposer la rareté des observations d'ulcus juxta-cardiaque et au contraire la fréquence de la gastrite alcoolique. Sans doute cette dernière se rencontre-t-elle dans la pathologie courante de l'estomac plus habituellement que l'ulcère; mais ici la différence est beaucoup plus marquée. Peut-être un ulcère perturbe-t-il trop la mécanique stomacale pour que puisse se réaliser la succession des phénomènes en somme compliqués que constitue le mérycisme; peut-être aussi l'alcoolisme chronique produit-il, à côté de la lésion stomacale, des modifications du système nerveux qui favorisent la rumination.

Assez exceptionnellement il faut rechercher l'excitation du syndrome dans une excitation réflexe qui serait presque toujours d'origine vésiculaire, et quelquefois appendiculaire.

Mérycisme tardif. — Le mérycisme tardif n'est en quelque sorte que le diminutif du vomissement tardif; les mêmes causes les produisent tous deux avec le même ordre de fréquence relative, c'est-à-dire que nous n'allons pas insister sur ces étiologies, les livres spéciaux en traitant à loisir. Rappelons simplement la fréquence de toutes les causes agissant dans la zone d'influence du pylore que ce soit en amont ou en aval de lui sur le tractus digestif ou même que ce soit d'une façon réflexe comme dans les lésions de la vésicule biliaire. A toutes les périodes d'évolution de ces lésions, il est possible d'observer la rumination, tant à la période de sténose spasmodique qu'à celle de sténose organique, tant à celle ou l'estomac réagit encore qu'à celle ou il est complètement dilaté. Schmalz cite un cas de mérycisme survenu chez un homme atteint de sténose pylorique avec grande dilatation et qui ruminait à de longs intervalles une bouillie infecte dans laquelle on pouvait reconnaître, quand il la rejetait, des aliments qu'il avait avalés plusieurs jours auparavant.

Pronostic. — Indépendamment de la gravité de la lésion causale le mérycisme apporte presque toujours par lui-même un facteur d'aggravation. En effet, comme il est très fréquent que les malades rejettent leurs aliments, il s'ensuit un élément de dénutrition qui n'est souvent pas négligeable.

La guérison peut survenir, mais elle est fonction non seulement de la guérison de la lésion causale dont le diagnostic doit être fait avec le plus grand soin, mais de l'état névropatique plus ou moins accentué. Dans les cas idéals, mais pratiquement très rares dans lesquels la touche nerveuse n'apparaît pas, le mérycisme disparaît dès que l'estomac est guéri; en réalité il semble bien qu'un terrain spécial soit nécessaire pour qu'un individu dyspeptique réagisse suivant le mode mérycole. Si ce n'est

pas un état nerveux nettement pathologique, du moins est-ce cet état de neuro-arthritisme aux réactions si spéciales que le médecin doit déceler pour traiter convenablement son malade. Il est évident que là encore nous aurons tous les intermédiaires entre le simple terrain neuro-arthritique et les affections qui dépendent véritablement de la psychiâtrie, comme la folie et l'idiotie. Le pronostic en sera modifié d'autant. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1926)

Etude de modifications apportées dans la formule azotée du sérum sanguin par l'imperméabilité rénale. — MM. F. WIDAL et M. LAUDAT.

Antagonisme oxygène-gaz carbonique. — M. Jules AMAR.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 7 DÉCEMBRE 1926)

L'Académie a tenu, dans l'intimité, sa séance annuelle. En raison du Centenaire de Laennec qui doit être célébré solennellement mardi prochain, elle a pensé qu'il valait mieux consacrer sa séance à la simple lecture du rapport du Secrétaire sur les travaux de l'Académie, et à la proclamation des lauréats. Puis elle a repris la suite de ses travaux.

Discussion des communications de M. Couvelaire et de M. G. Petit (1). — La question des virus filtrants sur laquelle, dès 1920, notre collègue Vaudremer attirait l'attention de la Société de biologie, sur laquelle MM. Calmette, Valtis et Lacomme, à l'Académie des sciences, et M. Couvelaire, à l'Académie de médecine, ont fait il y a quinze jours d'importantes communications, appelle d'abord M. SERGENT à la tribune. Il apporte les premiers résultats des recherches qu'il poursuit depuis trois ans, avec MM. H. Durand et Benda, sur le virus tuberculeux filtrant et sur la transmission transplacentaire de la tuberculose. « Il nous semble, dit-il, que l'ensemble des recherches poursuivies dans ces temps derniers concourent à établir que la tuberculisation in utero est plus fréquente que ne l'indiquaient les quelques rares observations anciennes recueillies avant la découverte du virus filtrant.

Cela ne signifie pas que cette transmission soit la règle; cela ne signifie pas que la contagion postnatale doive rendre à l'hérédité de graine la place qu'elle lui a prise; cela signifie une fois de plus qu'il n'y a pas de dogme en médecine et que nous devons nous garder d'édicter des lois biologiques, absolues que viendront saper les constatations et les découvertes de l'avenir.

Plutôt que de nier la tuberculisation in utero par le virus filtrant sous le prétexte que ses effets tangibles ne sont pas exactement superposables à ceux de la tuberculisation par le bacille de Koch, attachons-nous à préciser et à définir les caractères expérimentaux et cliniques qui nous permettront de l'identifier et de la reconnaître.

Ce faisant, nous nous comporterons selon la bonne méthode sans porter la moindre atteinte aux principes de prophylaxie antituberculeuse dont l'expérience a démontré la nécessité et la valeur. »

M. ARLOING et M. Léon BERNARD interviennent dans la discussion. Ce dernier insiste sur la nécessité de continuer la prophylaxie de la tuberculose chez les nouveau-nés issus de mère tuberculeuse. Il fait remarquer, d'accord en cela avec M. Calmette, que le poids de l'hérédité maternelle n'est supporté que pendant les trois premiers mois, et il pense qu'il est indispensable de séparer les enfants de leur mère tuberculeuse.

M. SERGENT, tout en estimant que le débat n'est pas épuisé, est d'accord avec M. Bernard sur la nécessité de poursuivre sans faiblesse les mesures de prophylaxie.

M. COUVELAIRE, en matière de conclusion, rappelle que Baumes (de Montpellier) croyait à l'hérédité et qu'il conseillait cependant de séparer l'enfant pour le soustraire aux caresses de sa mère qu'il considérait comme dangereuses. Il termine en affirmant la nécessité de la prophylaxie.

L'apoplexie traumatique tardive. — M. AUVRAY, à propos d'une observation personnelle d'apoplexie survenue tardivement à la suite d'un traumatisme cranien, présente une étude d'ensemble de faits du même ordre recueillis dans la littérature médicale. Ces faits, dans lesquels l'apoplexie est survenue au bout de plusieurs jours, de plusieurs semaines et même de plusieurs mois, sont d'une importance très grande au point de vue médico-légal et chirurgical. L'auteur retient 95 cas dans lesquels l'hémorragie, soit cérébrale, soit méningée, cause de l'apoplexie tardive, paraît bien avoir été sous la dépendance directe du trauma. Les faits les plus probants, et ils sont assez nombreux en faveur de l'existence réelle d'apoplexie traumatique tardive, sont ceux qui concernent les sujets jeunes, les enfants même indemnes de toute tare pathologique antérieure susceptible de créer une prédisposition à la rupture vasculaire; en pareil cas on ne voit pas quelle cause pourrait être invoquée en dehors du traumatisme seul. Ces faits d'apoplexie par hémorragie tardive méritent d'être bien connus du chirurgien; en effet, un grand nombre de faits publiés concerne des hémorragies méningées sous-durales qui relèvent de la trépanation. Méconnues, elles l'ont été malheureusement assez souvent, elles entraînent la mort.

PRIX DÉCERNÉS EN 1926

PRIX DE L'ACADÉMIE (1.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY [Brésil] (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Henri Baruk, interne des hôpitaux de Paris. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Coste (de Paris).

PRIX AMUSSAT (1.200 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX APOSTOLI (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Leroux-Robert (de Paris).

PRIX ARGUT (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr L. Jaubert, médecin de l'hôpital René-Sabran, à Hyères.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (un titre de 24.000 fr. de rente). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX BAILLARGER (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr A. Rodiet, médecin-chef de l'asile de Ville-Evrard.

PRIX DU BARON BARBIER (2.500 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : Une somme de 1.500 fr. à M. le Dr Lucien de Gennes, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Une somme de 1.000 fr. à M. le Dr Weissenbach (de Paris).

PRIX BERRAUTE (un titre de 3.092 fr. de rente 3 p. 100). — L'Académie partage les arrérages du prix en trois parts, en accordant : 1.030 fr. 70 à MM. les Drs Peyron, professeur de pathologie expérimentale à l'Université d'Aix-Marseille; J. Surmont, chef adjoint de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, et F. Corsy, professeur suppléant d'anatomie à l'Université d'Aix-Marseille; 1.030 fr. 65 à Mme le Dr Simone Laborde (de Paris); 1.030 fr. 65 à M. le Dr Ball, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon.

PRIX CHARLES BOULLARD (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à Mme le Dr C. Pascal, médecin chef de l'asile d'aliénés de Moisselles, et M. le Dr J. Davesne (de Paris).

PRIX BOULONGNE (4.900 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Sézary, médecin de l'hôpital Broca, à Paris.

PRIX MATHIEU BOURCERET (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jean Heitz (de Paris). Une mention

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 95, p. 1531.

très honorable est accordée à M. le Dr Mouchet, professeur à la Faculté de médecine de Constantinople. Une mention honorable est accordée à Mme le Dr Gabrielle Bellocq (de Strasbourg).

Prix Henri Buignet (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Ch. Dhéré (de Fribourg, Suisse).

Prix Campbell-Dupierris (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Noguès (de Paris).

Prix Capuron (1.800 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 800 fr. à MM. les Drs Claude et Debidour (de Paris).

Prix Chevillon (2.500 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Civrieux (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à Mlle le Dr Gabrielle-Charlotte Lévy (de Paris).

Prix Clarens (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Alexandre Bruno (de Paris).

Prix Daudet (2.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Demarle (750 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. Em. Dufau et L.-G. Toraude, pharmaciens agrégés près la Faculté de pharmacie de Paris.

Prix Desportes (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 1.000 fr. à M. le Dr Falgairolle (de Montpellier) ; 500 fr. à M. Marcel Métin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Une mention honorable est accordée à M. le Dr J. Reenstierna, professeur à la Faculté de médecine de Stockholm.

Prix Georges Dieulafoy (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Coste (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. les Drs Gaston Parturier et Maurice Vernet (de Paris).

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont décernés à titre d'encouragement à M. Noël Péron (de Suresnes).

Prix Ernest Gaucher (1.800 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Ernest Godart (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Ed. Terris (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. les Drs H. Lambert (de Villefranche-sur-Mer), Gaston Lyon et Joseph Périsson (de Paris).

Prix Jacques Guérétin (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix en accordant : 750 fr. à M. le docteur Lucien Girot (de Paris) ; 750 fr. à M. le Dr de Massary (de Paris).

Prix Théodore Guinchard (6.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Zœller (de Paris). Une mention honorable est accordée à M. le Dr Lutembacher (de Paris).

Prix Pierre Guzman (un titre de rente de 2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jean Walser (de Paris).

Prix Théodore Herpin [de Genève] (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Edward Hartmann (de Paris).

Prix Herpin [de Metz] (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Romary, médecin principal de 2e classe, hôpital Michel-Lévy, à Marseille.

Prix du comte Hugo (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Busquet, bibliothécaire de l'Académie de médecine, à Paris. Des mentions très honorables sont accordées à MM. les Drs Paul Delaunay (du Mans) et L. Brodier (de Paris).

Prix Léon Labbé (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr O. Pasteau (de Paris).

Prix Laborie (6.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs G. Canuyt, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique, et J. Terracol, chef de clinique de ce service à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Prix du Baron Larrey (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Guinard (de Bligny). Des mentions honorables sont accordées à MM. les Drs Ch. Spire, médecin principal de 2e classe, et P. Lombardy, médecin-major de 2e classe, Paris, et A. Bouland (de Paris).

Fondation Laval (1.200 fr.). — L'Académie attribue, à titre d'encouragement, la somme de 1.200 fr. à M. Xénophon-Jean Contadiès, étudiant en médecine à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Lefèvre (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Henri Beaudouin, médecin de la colonie de Fitz-James, près Clermont (Oise).

Prix Leveau (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à Mlle le Dr Jeanne Desgrez (de Paris).

Prix Henri Lorquet (300 fr.). — L'Académie décerne le prix à Mme le Dr Marguerite Haller (de Nancy).

Prix Magitot (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les médecins-majors de 1re classe Bercher, chef du service de stomatologie, et Delater, ex-chef du laboratoire de bactériologie, au Val-de-Grâce, Paris.

Prix A.-J. Martin (1.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Henri-Pierre Chatellier, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Adolphe Monbinne (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 900 fr. à MM. A. Henry, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, et Ch. Leblois, chef des travaux à ladite Ecole ; 400 fr. à MM. A. Donatien et F. Lestoquard, de l'Institut Pasteur d'Algérie ; et 200 fr. à M. le Dr Chartres, médecin principal de 2e classe des troupes coloniales, à Alep (Syrie).

Prix Anna Morin (3.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Nativelle (600 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Orfila (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Raymond Hamet (de Paris).

Prix Otterbourg (1.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Oulmont (1.000 fr.). — Ce prix, destiné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie), est décerné à M. Pierre-Jacques-Joseph Marchant (de Paris).

Prix Pannetier (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr R. Turpin (de Paris).

Prix Portal (1.000 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Pourat (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Bierry, professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Marseille.

Prix Rebouleau (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Maurice Patel, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Prix Redard (5.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Roederer (de Paris) et Ledent (de Liége).

Prix Sabatier (600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Pierre Blamoutier (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Jean Ciurea, professeur de parasitologie à la Faculté de médecine vétérinaire de Bucarest. Des mentions honorables sont accordées à MM. les Drs Decamps (de Bruxelles) et Noureddine bey, recteur de l'Université de Constantinople, et Mouchet, professeur français à ladite Faculté.

Prix Saint-Lager (1.500 fr.). — Aucun mémoire n'a été présenté.

Prix Saintour (5.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Ch. Foix, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et J. Nicolesco, assistant d'histologie à la Faculté de médecine de Bucarest. Une mention honorable est accordée à M. le Dr Lévi-Valensi (de Paris).

Prix Stansky (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Kermorgant (d'Issy-les-Moulineaux). Une mention honorable est accordée à M. le Dr Robert Dalsace (de Paris).

Prix Tarnier (4.500 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix. Une mention honorable est accordée à M. le Dr Jean Desoubry, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Vernois (800 fr.). — L'Académie partage le prix en accordant : 400 fr. à MM. les Drs Louis Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, et Jacques Parisot, professeur agrégé, chargé de la Clinique des maladies tuberculeuses à ladite Faculté ; 400 fr. à M. le Dr Raoul Blondel (de Paris).

Prix Zambaco (600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr J. Reenstierna, professeur à la Faculté de médecine de Stockholm.

Service des épidémies. — L'Académie a proposé et M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées

par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de protectorat pendant l'année 1925.

Rappel de médaille d'or, à : M. le Dr Bauzon, médecin des épidémies de Chalon-sur-Saône.

Rappels de médailles de vermeil, à : MM. les Drs Ginestous, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bordeaux; Emeric, inspecteur départemental d'hygiène de la Loire; Devy, médecin de l'assistance de l'Indochine.

Médailles de vermeil, à : MM. les Drs Loir, directeur du bureau d'hygiène du Havre; Barbary, inspecteur départemental d'hygiène des Alpes-Maritimes.

Rappel de médaille d'argent, à : M. le Dr Potelet, inspecteur départemental d'hygiène du département du Nord.

Rappel de médaille de bronze, à : M. le Dr Broquin-Lacombe.

Service des eaux minérales — L'Académie a proposé et, par son arrêté, M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1925, des médailles d'honneur de l'hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

Médailles de vermeil, à : MM. les Drs Censier (de Bagnoles-de-l'Orne), Cottet (d'Evian), Mougeot (de Royat).

Rappel de médaille de bronze, à : M. Roche, docteur en pharmacie à Aigueperse.

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Edmond Aine (de Châtel-Guyon) et Vauthey (de Vichy).

Service de la vaccine. — L'Académie accorde, pour le service de la vaccine, en 1925 :

Médaille d'or, à : M. le Dr Paul Gouzien (de Paris).

Rappel de médaille de vermeil, à : M. le Dr Louis-René-Pierre Cazée (de Paris).

Médailles de vermeil, à : MM. les Drs Bentrowski (de Saint-Hippolyte-du-Fort), Fasquelle (de Paris), Guillemet (de Vientiane), Lazard (de Paris).

Rappels de médailles d'argent, à : MM. les Drs Haury, Janot, Planes, Sangline et Grangé (de Paris).

Médailles d'argent, à : MM. les Drs Bidot, médecin aide-major de 1re classe des troupes coloniales (Moyen-Congo); Bigot (de Quimper), Ducerf (de Saint-Hippolyte-du-Fort), Lamouroux (de Montpellier); Mollandin de Boissy, médecin aide-major de 1re classe des troupes coloniales (Moyen-Congo); L. Parrot (d'Alger), Pratbernon (de Nancy), Remoussenard (de Levallois-Perret), Schmutz (de Strasbourg), Suldey (de Bamako), Thébault (de Paris).

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Bertrand et Gauchas (de Paris), Gaimard (d'Aubagne), Hutinet et Neveu (de Paris), Pourquier (de Montpellier), Wateau, Weber et Weil (de Paris).

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux lauréats dont les noms suivent les distinctions suivantes :

Rappel de médaille d'or. — M. le Dr Ledé (de Paris).

Médaille d'argent. — M. le Dr Morin, médecin inspecteur de la protection, à Paris.

Médailles de bronze. — MM. les Drs Bonniot de Ruisselet et Cormon, médecins inspecteurs de la protection, à Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 3 décembre 1926)

Anémie et thorium X. — M. Léri, à propos de la communication de M. Laignel-Lavastine où il s'agit d'une véritable

intoxication, rappelle que l'emploi du thorium X doit être de 150 à 200 microgrammes par semaine pendant six semaines environ, soit au total, pour une cure, de 1.200 microgrammes. Chez 208 malades traités par le thorium X, il n'a constaté que 2 cas d'anémie modérée, et chez ces 2 malades on avait injecté chez l'un 5.500 et chez l'autre 7.850 microgrammes en un an et demi.

Zona et varicelle. — MM. Lévi-Valensi, Feil et Sellé présentent un tuberculeux atteint de zona intercostal et de varicelle. Dans la même salle que ce malade, un autre tuberculeux a présenté des douleurs thoraciques, puis deux jours après un zona intercostal gauche très développé, à vésicules hémorragiques.

Tabes vraisemblablement hérédo-syphilitique de l'adulte. — MM. P. Léchelle, J. Dereux et Mlle Lacan présentent une malade atteinte d'un tabes typique (abolition de tous les réflexes tendineux, ataxie, signes urinaires, arthropathies, douleurs fulgurantes, signe d'Argyll-Robertson) dont les premiers signes sont apparus à l'âge de seize ans. La probabilité d'un tabes hérédo-syphilitique devient une quasi-certitude quand on examine la mère de la malade, que les auteurs présentent également. Celle-ci est atteinte d'un tabes aussi typique que celui de sa fille (crises gastriques, troubles sphinctériens, signe de Romberg, abolition des réflexes tendineux, signe d'Argyll-Robertson).

Le tabes hérédo-syphilitique est une affection rare : il est exceptionnel qu'on en puisse soupçonner l'origine héréditaire d'une façon aussi légitime.

La pneumobacillo-diphtérie. — M. Gaté rapporte 27 observations dans lesquelles il a trouvé le pneumobacille dans la diphtérie. Il en tire une série de conclusions cliniques et thérapeutiques.

Toux spasmodique tenace avec hémoptysies, éosinophilie et polyglobulie due au tænia incrua. — MM. Pagniez et Lerond relatent l'observation d'une femme de vingt-six ans souffrant depuis plusieurs mois d'une toux spasmodique extrêmement violente s'accompagnant d'hémoptysies. La constatation d'une éosinophilie massive (66 p. 100) permit de reconnaître l'existence d'une helminthiase. L'expulsion des tænias fit disparaître les hémoptysies et la polyglobulie. Les auteurs insistent sur ce fait très exceptionnel.

Le saturnisme à la campagne. — M. Gendron (de Nantes).

Les spasmes artériels par le strophantus et la digitaline. — MM. G. Etienne et Gerbaut (de Nancy).

Spirochétose broncho-pulmonaire chez les blessés du thorax par projectile de guerre. — M. A. Pellé (de Rennes) rapporte 4 observations montrant la relation entre la spirillose des voies respiratoires et les plaies thoraciques. Il insiste sur l'intérêt de cette relation au point de vue des expertises des blessés de guerre, du diagnostic et du traitement antispirillaire qui a donné à l'auteur des guérisons qui paraissent complètes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1926)

Circoncision. — M. E. Blum réfute les critiques soulevées dans une récente conférence sur la circoncision du nouveau-né.

Il démontre que cette opération n'est ni vexatoire, ni inutile, ni mutilante, ni dangereuse.

Il expose en même temps le procédé opératoire rituel de la circoncision chez le nouveau-né.

Glossoptose. — M. Pierre Robin. La glossoptose peut être congénitale ou acquise. Congénitale, elle détermine chez le nourrisson des états de dénutrition en rapport avec son importance. Acquise, elle est d'autant plus grave qu'elle apparaît tôt.

Le glossoptosique est presque toujours un respirateur par





la bouche, au menton en retrait, avec un facies adénoïdien. C'est la glossoptose qui assure la persistance de la respiration buccale après l'ablation des végétations adénoïdes et autres interventions libératrices du naso-pharynx.

La glossoptose se guérit chez le nourrisson par la méthode « orthostatique », qui consiste à faire téter en tenant le thorax vertical et à présenter le sein ou le biberon de telle sorte que le cou du bébé reste tendu et que le menton se propulse à chaque succion.

Ne plus jamais tenir un nourrisson couché sur le dos pendant la tétée, soit au sein, soit au biberon.

Chez l'enfant et l'adulte, la glossoptose se guérit par le port d'appareils non douloureux qui, créant une fonction artificielle normale, déterminent l'organe à s'adapter.

Rectocolite aiguë. — M. J. Vigouroux, à propos d'une recto-colite aiguë et amoeba coli, a observé une inflammation aiguë du côlon et du rectum avec rejet presque continu et involontaire de glaires. Présence de nombreuses amoeba coli dans les glaires. Guérison après six piqûres d'émétine à 4 centigrammes. Il semble que l'efficacité de ce médicament, spécifique de la dysenterie amibienne, s'explique par une action identique sur les deux formes du parasite résultant d'un lien de parenté très étroit, d'une filiation entre l'amoeba coli et l'amoeba dysenteriae.

Les sels de cobalt. — M. Le Goff, parlant des propriétés physiologiques des sels de cobalt, indique qu'il a injecté chez le lapin jusqu'à 6 centigrammes de chlorure de cobalt pur par jour et par la voie buccale il fait prendre pendant cent vingt jours une moyenne de 15 centigrammes du même corps, sans observer aucun symptôme d'intoxication. Une partie du produit ingéré est éliminée par l'urine, une autre par les selles, enfin une troisième partie se fixe dans les tissus. Chez l'homme, l'auteur a donné de 10 à 50 centigrammes par jour dans les maladies de la nutrition et a obtenu souvent une grande amélioration.

Crises douloureuses abdominales. — M. Maurice Fabre communique l'observation de crises douloureuses abdominales provoquées par un rein atteint d'hydronéphrose et en ectopie congénitale et dont le diagnostic fut très difficile.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(octobre-novembre 1926)

Fugues et réactions d'allure perverse chez une jeune encéphalitique. Influence des tares antérieures. — MM. Roger, J. Reboul-Lachaux et Pourcine présentent une jeune fille de treize ans, atteinte d'encéphalite épidémique à forme léthargique et myoclonique il y a deux ans, qui a fait de nombreuses fugues dont trois en prenant le chemin de fer et qui est devenue grossière, insolente, coléreuse, méchante envers les siens et les animaux; elle a notamment essayé de frapper son père à coup de hache et se livre à des attouchements sexuels sur les grandes personnes, sur ses frères et sœurs, ainsi que sur les animaux. Les auteurs soulignent à nouveau qu'il ne s'agit pas là de psychoses perverses mais de réactions dues à un état d'excitation globale de l'humeur, exacerbant des tendances antérieures anormales et certaines dont l'origine première est trouvée dans une lourde hérédité : alcoolisme mental intense chez le père et le grand-père, deux avortements et deux morts en bas-âge du côté de la mère.

Volumineux rein calculeux. — M. Esmenard présente un volumineux calcul rénal, pesant 114 grammes chez un malade âgé de trente-deux ans, s'étant plaint depuis quatre ans de douleurs sourdes sans la région lombaire droite. Calcul enlevé par néphrectomie.

Méningite cérébro-spinale à forme mentale; diagnostic tardif; guérison. — MM. Reboul-Lachaux et Mlle Certonciny relatent le cas d'une femme de trente ans, conduite à la consultation externe (service du professeur Roger) pour état mélancolique. Il s'agit d'un syndrome très typique de mélancolie anxieuse, qui aurait débuté trois semaines auparavant. L'examen neurologique ne montre aucun symptôme objectif en dehors d'un signe de Kernig léger mais net. La malade est hospitalisée en vue d'une ponction lombaire qui donne issue à un liquide purulent avec 3 g 50 d'albumine, 900 leucocytes par millimètre cube, dont 90 p. 100 de polynucléaires, absence de germes à l'examen direct, mais présence de méningocoques après vingt-quatre heures à l'étuve. Sédation rapide des troubles psychiques par sérothérapie sous-arachnoïdienne et intramusculaire. Après une réaction due à une méningite sérique, la malade sort guérie un mois après son admission.

Un cas de fièvre de Malte d'origine bovine probable. — M. Paul Giraud. Il s'agit d'une fièvre ondulante, durant trois mois et demi et terminée par la guérison, pour laquelle le sérodiagnostic de Wright fut positif à 1 p. 150. Or, la malade avait, trois semaines environ avant le début des accidents, donné des soins à une vache atteinte d'avortement compliqué de rétention placentaire. Cette malade ne pouvait avoir eu que des contacts très peu fréquents avec des moutons en parfait état de santé; elle ne possédait pas de chèvre et ne buvait que du lait de vache bouilli. Elle seule avait donné des soins à la vache et elle fut seule atteinte dans sa famille. Cette observation, qui réalise une expérience assez précise, pose de nouveau la question de l'identité du m. melitensis et du microbe de Bang et doit être versée au dossier de la discussion en faveur de cette identité.

Un cas de réinfection syphilitique. — M. Paul Vigne rapporte l'observation d'un malade, âgé de quarante ans, qui a présenté, il y a six ans, un accident primitif de la lèvre avec présence de tréponèmes. Ce malade traité précocement n'a pas eu d'accident depuis et a eu trois enfants bien portants. Le nouveau chancre, situé sur la verge présente tous les caractères chronologiques et cliniques d'un chancre induré. Il s'accompagne de l'adénopathie inguinale habituelle et montre des tréponèmes à l'ultra-microscope. Les caractères de cette observation satisfont pleinement aux conditions exigées par le dernier congrès de dermatosyphiligraphie pour affirmer la réinfection.

Le traitement du chancre mou par la thermocautérisation. — M. E. Chauvin croit devoir revenir sur cette vieille méthode thérapeutique pour en préciser les indications et la technique et pour vanter l'excellence et la constance de ses résultats.

Polynévrite sensitivo-motrice chez une bacillaire après injection de phosphate de créosote. — MM. Roger, Siméon et Mlle Certonciny présentent une malade qui, au cours d'une bacillose discrète (sclérose du sommet gauche) traitée par des injections répétées de produits non arsénicaux, a réalisé une polynévrite sensitivo-motrice de type chiropodal. Après avoir éliminé la possibilité de tout autre facteur étiologique (éthylisme, diphtérie), les auteurs incriminent le phosphate de créosote employé par voie hypodermique et attirent l'attention sur le danger que présente ce produit dont la toxicité est peu connue des praticiens, quoiqu'un certain nombre de polynévrites phosphocréosotiques ait été parfois signalé.

Cystite rebelle après néphrectomie pour tuberculose rénale, guérison après quatre ans de traitement. — M. Tristant rapporte l'observation d'une malade ayant subi une néphrectomie pour bacillose rénale gauche. Suites vésicales particulièrement tenaces pendant quatre ans et fistule lombaire débridée deux fois; noter 4 érysipèles cataméniaux. Les phénomènes vésicaux étaient intenses quand la fistule semblait se tarir. Ce n'est que par la diathermie répétée sur les ulcérations vésicales, par des cautérisations par instillations concentrées de nitrate d'argent dans la fistule lombaire, profonde de 17 centimètres et allant jusqu'à la région vésicale, que les phénomènes vésicaux ont disparu et que la fistule s'est fermée. L'auteur insiste sur la haute valeur de la diathermie dans ces formes persistantes et rebelles de cystite après la néphrectomie, et sur l'effet sédatif de l'huile goménolée en pansements vésicaux.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE


Lait de vache + Zymatine = Lait humain

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 9 décembre. — Questions données : « Hernies inguinales congénitales. — Evolution et complications du rétrécissement mitral pur. »

MM. Guibé, 16 ; Calmel, 22 ; Briault (Roger), 5 ; Adida, 10 ; Lecomte, 9 ; Priollet, 21 ; Georges, 22 1/2 ; Briault (L.), 22 ; Jeanne, 20 ; Mlle Bucsan, 22 1/2 ; M. Papaioannou, 25.

Séance du 10 décembre. — Questions données : « Complications des kystes de l'ovaire. — Symptômes et évolution d'une fièvre typhoïde normale chez l'adulte, sans les complications. »

MM. Odinet, 25 ; Monod, 22 ; Massot, 18 ; Minot, 22 1/2 ; Sourice, 18 ; Lemoyne et Mlle Corbillon, 28 ; MM. Chauveau, 19 ; Cuviller, 18.

— Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Hendaye et San Salvadour. — Jury : MM. May, Chevalier, Monod (Robert).

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : M. Henriet, Mlle Turot, MM. Rimbaud et Duponnois.

Internes provisoires : Mlle Soulas, MM. Dufoix, Lonjon et Anselme-Martin.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — *Concours de l'internat.* — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Paul Lobéac et André Danés comme internes titulaires et M. Gilbert Declercq comme interne provisoire.

Concours de l'externat. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Achille Torck, Henri Druelle, Mlle Claire Pernet, MM. Joseph Camelot, Paul Rousselle, Lucien Dupas, Jacques Poissonnier, Jacques Fertin.

Concours d'adjuvat d'anatomie. — Ce concours s'est terminé par la nomination de M. Achille Torck.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rouen. — Un concours s'ouvrira le 26 mai 1927, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et cliniques chirurgicale et obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Tours. — Un concours s'ouvrira le 17 mars 1927 au siège de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux chimiques à ladite école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

COMMISSION DE L'HYGIÈNE DE LA CHAMBRE. — M. Nicollet a été nommé rapporteur de la proposition de loi de M. Pinard et plusieurs de ses collègues, ayant pour objet de rendre obligatoire le certificat médical prénuptial.

GUERRE. — (Armée active.) — Mutations :

Médecins principaux de 2e classe. — MM. Camus, d'Amiens, est désigné comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens; Combe, des troupes du Maroc, est affecté à l'hôpital militaire de Belfort.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Pelegrin, du 109e rég. d'artillerie lourde hippomobile à Angers, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte d'Angers; Marchal, du 5e rég. de chasseurs à cheval à Senlis, est affecté au 67e d'infanterie à Soissons; Heuraux, de l'armée française du Rhin, est affecté à la 19e région; Colleye, du 39e d'infanterie à Dieppe, est affecté aux troupes du Maroc; Lafon, médecin

des hôpitaux militaires, des troupes du Maroc, est affecté au laboratoire central des recherches bactériologiques et sérologiques de l'armée à Paris.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Martin, de la direction du service du 10e corps d'armée à Rennes, est affecté au 109e d'artillerie lourde hippomobile à Angers; Achard, du 32e d'infanterie à Poitiers, est affecté aux troupes du Maroc; Jouanne, du 67e d'infanterie à Soissons, est affecté à l'armée française du Rhin; Rigaud, du 307e d'artillerie portée à Niort, est affecté aux troupes du Maroc; Laporte, des troupes du Maroc, est affecté au 307e d'artillerie portée à Niort; Coulon, des troupes du Maroc, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Rouen; Lesbre, médecin des hôpitaux militaires, du laboratoire de vaccination antityphique de l'armée, est affecté à l'armée française du Rhin; Baudet, médecin adjoint à l'Ecole du Service de santé militaire, est affecté à l'hôpital militaire Maillot à Alger (volontaire); Decroocq, de la 19e région, est affecté au 6e escadron du train des équipages militaires à Metz; Liégeois, assistant des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire; Durousseau, armée française du Rhin, est affecté au 39e d'infanterie à Dieppe; Berlandi, des troupes du Maroc, est affecté au 4e bat. de mitrailleurs à Mulhouse; Texier, des troupes du Maroc, est affecté au 126e d'infanterie à Brive; Diot, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, est affecté aux troupes du Maroc, laboratoire de bactériologie; Bergeret, du 21e d'aviation à Nancy, est affecté aux territoires du Sud algérien; Talbot, des troupes du Maroc, est affecté au 22e bat. d'ouvriers d'artillerie, Vincennes.

Médecin aide-major de 1re classe. — M. Tete, des troupes du Levant, est affecté au 32e d'infanterie, à Poitiers.

MINISTÈRE DES COLONIES. — *Liste des candidats autorisés à prendre part au concours pour l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.* — MM. Bonnet, Cardera, Chesneau, Daléas, Grenierboley, Guy, Lafontaine, Tournier, Verdier. (*J. O.*, 10 déc. 1926.)

AMICALE DES MÉDECINS DE BRETAGNE. — Le prochain dîner de l'Amicale aura lieu le lundi 20 décembre, au club de la Renaissance française, 12, rue de Poitiers (VIIe), à 20 h. précises, en tenue de ville, au prix de 50 francs (25 francs pour les étudiants). Au cours de cette réunion, le président, le professeur Marcel Labbé, évoquera les jeunes années de Laennec à Nantes; le docteur Courcoux contera quelques anecdotes de son passage à Saint-Brieuc, à Lannion, et le professeur Rieux rappellera certains faits de son existence à Quimper et dans le Finistère.

Adresser son adhésion au docteur Larcher, secrétaire général, 1, rue du Dôme (XVIe).

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique a enregistré pendant la 33e décade, du 21 au 30 novembre 1926, 1.077 décès, au lieu de 1.220 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.114, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 17 décès, au lieu de 12 pendant la décade précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 79, au lieu de 122 pendant la décade précédente (moyenne 29).

La variole et la varioloïde n'ont causé aucun décès; 4 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins; il y en avait eu 4 pendant la décade précédente (moyenne 0).

Vérification faite, 4 cas de variole ou varioloïde ont été confirmés. — 9 cas de varicelle ont été signalés.

La diphtérie a causé 8 décès, au lieu de 5 pendant la décade précédente (moyenne 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 105, au lieu de 100 pendant la décade précédente (moyenne 68).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Henri Vadon, interne des hôpitaux, décédé à l'âge de 24 ans, victime du devoir professionnel.

M. Vadon avait été atteint au cours d'une intervention, il y a un an, et il avait dû subir l'amputation du bras gauche. A peine rétabli, il avait continué avec un courage digne d'admiration à assurer son service d'interne à l'hôpital Broussais.

Henri Vadon avait reçu, il y a quelques mois, la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Nous apprenons également la mort de MM. les professeurs Aldo Massaglia, professeur à l'Université de l'Etat du Missisipi; Otto Piffl, l'oto-rhino-laryngologiste de Prague; le docteur G. Oosterbaan, inspecteur principal d'hygiène, à La Haye.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Prof. M. Fernand WIDAL.) — M. le professeur Fernand Widal commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la Clinique médicale, le mardi 14 décembre, à 11 h.

Chaque matin, à 9 h., leçons sur les syndromes morbides (physiologie pathologique, symptomatologie, thérapeutique).

A 10 h., exercices de séméiotique au lit du malade, pratique des examens de laboratoire applicables à la clinique; prise des observations.

A 11 h., présentation de malades et leçon clinique faite par le professeur dans les salles.

Le mardi, à 11 h., leçon faite par le professeur à l'amphithéâtre.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — Un cours de psychiatrie élémentaire en vingt leçons, destiné aux externes et aux internes des hôpitaux qui ne peuvent suivre les leçons de stage, commencera le jeudi 6 janvier 1927, à 17 h., à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis), et continuera tous les jeudis, à la même heure.

Ce cours est absolument facultatif et gratuit.

NOTES DE PRATIQUE

ÉTATS HYPOSYSTOLIQUES

Digitaline : v gouttes de la solution alcool à 1/1000e pendant dix à quinze jours, interrompre cinq à dix jours, reprendre et ainsi de suite.

Pendant la période de suspension de la médication digitalique, prescrire la *Théosalvose scillitique*, dont la double action cardiaque et rénale assure les meilleurs effets : deux cachets de 0g50 par jour.

Régime très faiblement chloruré.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

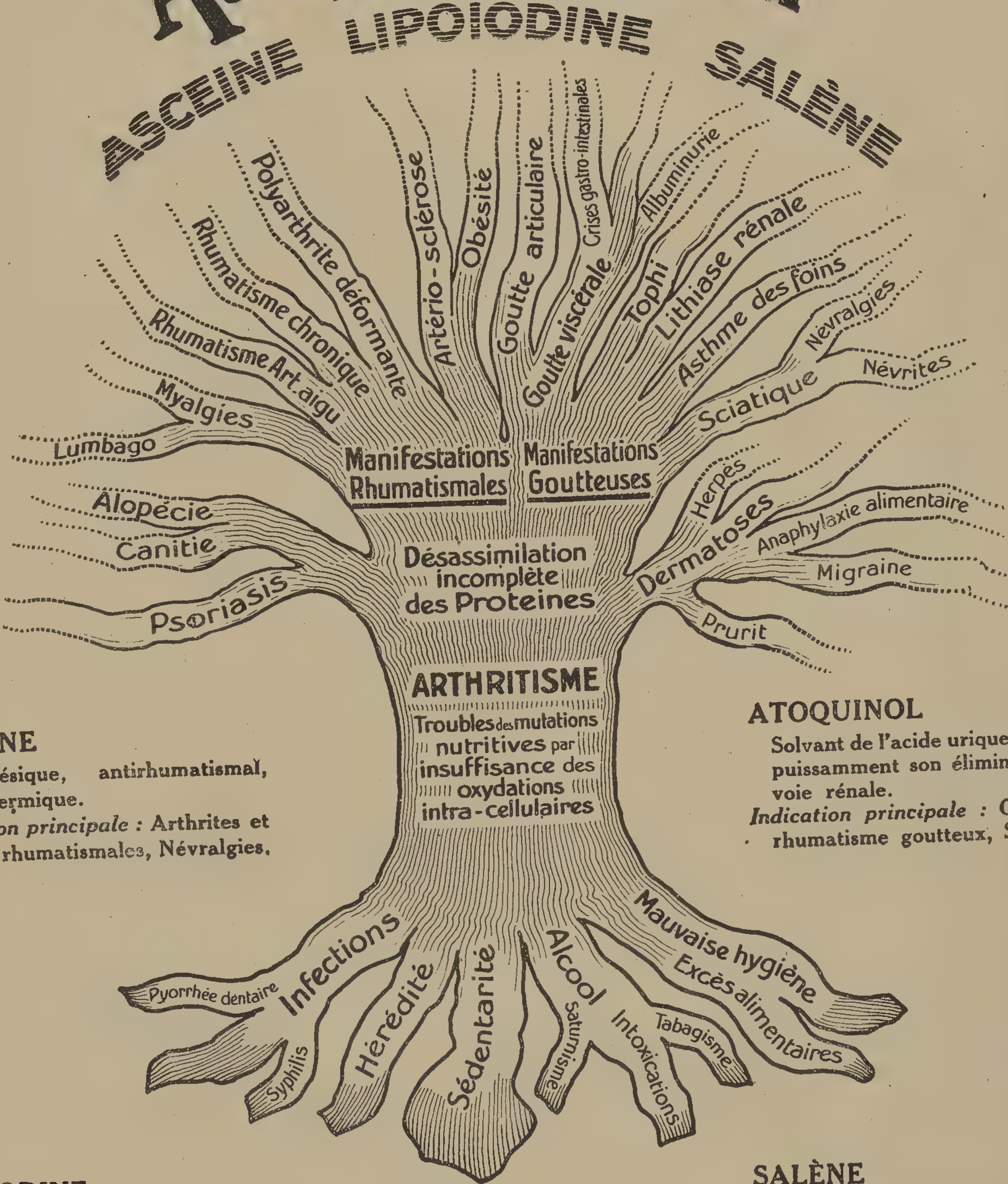
THÈSES

Samedi 18 décembre. — Jury : MM. Jeanselme, président; Bezançon, Claude et Lecène. — Mlle LE GOURIÉREC. Etude sur la pneumonie. — M. SPATZIÉRER (H.). Etude de la glycémie dans le psoriasis. — M. LAFFITTE. La suture « bord à bord » dans l'iléo-colectomie. — M. TERRIN (P.). Les compensations idéo-effectives.

LA DIATHESE ARTHRITIQUE

Origines Manifestations Médications

Atoquinol Ciba



ASCEINE

Analgésique, antirhumatismal, antithermique.
Indication principale : Arthrites et algies rhumatismales, Névralgies.

ATOQUINOL

Solvant de l'acide urique, favorise puissamment son élimination par voie rénale.
Indication principale : Goutte et rhumatisme goutteux, Sciatique.

LIPOIODINE

Médicament remplaçant avantageusement iode et iodures.
Indication principale : Hypertension artérielle, Rhumatisme chronique, Asthme, Emphysème.

SALÈNE

Usage externe. — Inodore, non irritant, très analgésique.
Indication principale : Rhumatisme artic. aigu, Goutte (traitement local), Lumbago et myalgies.

LABORATOIRES CIBA - O. Rolland, 1, Place Morand, LYON

N° 225

UN CAS
DE
GONOCOCCÉMIE GRAVE SUIVIE DE GUÉRISON

PAR MM.

ZADOC-KAHN, OGLIASTRI et WAUTHIER

Médecin-chef Internes
à l'hôpital de Rothschild.

L'infection générale blennorragique, connue et décrite depuis longtemps déjà, se présente cliniquement soit comme une septicémie pure, soit — et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent — comme une véritable infection purulente, métastatique, le gonocoque ne faisant qu'emprunter la voie sanguine pour aller déterminer à différents points de l'organisme des foyers de colonisation.

Si c'est le plus souvent dans les semaines qui suivent le début de l'écoulement que survient cette septicémie gonococcique, il est assez exceptionnel d'en constater l'apparition quelques jours seulement après les premières manifestations uréthrales. C'est ce qui se produisit dans un cas que nous avons récemment observé et dont nous résumons ici l'observation.

*
* *

Le 3 février 1926 se présentait à la consultation de l'hôpital de Rothschild un homme de cinquante-cinq ans se plaignant de douleurs très vives au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Apparues quarante-huit heures auparavant d'une façon d'ailleurs assez brutale, ces douleurs n'avaient cessé de s'accentuer. La palpation même légère de ses masses sacro-lombaires était extrêmement douloureuse, les mouvements de latéralité du tronc très limités sans que rien d'objectif ait pu être constaté localement.

L'examen du malade révéla cependant un écoulement uréthral d'ailleurs assez discret présentant tous les caractères d'un écoulement blennorragique et datant de quatre jours seulement. Comme signes généraux il n'existait pas autre chose qu'une température à 38°6.

En raison de leur précocité, nous ne crûmes pas devoir faire de ces phénomènes arthralgiques une localisation articulaire de l'infection gonococcique. D'autre part la présence dans ses antécédents, d'une crise de rhumatisme articulaire aigu nous fit mettre le malade au traitement salicylé qui ne donna aucun résultat.

Deux jours après nous constations même des phénomènes inflammatoires au niveau des petites articulations métatarso-phalangiennes du pied droit dont la face dorsale présentait un œdème diffus, de la rougeur, une température locale notablement élevée. Les mouvements de flexion et d'extension des orteils étaient très douloureux.

L'apparition de cette nouvelle localisation articulaire chez ce malade manifestement blennorragique et résistant au salicylate nous imposa le diagnostic d'arthrite gonococcique.

En dépit du traitement vaccinothérapique institué, une autre articulation fut bientôt prise.

Le 9 février nous constations en effet un gonflement douloureux du genou droit accompagné d'une impotence fonctionnelle considérable et de tous les signes cliniques d'une arthrite pseudo-phlegmoneuse. Une ponction exploratrice ramena un liquide jaune verdâtre dans lequel on retrouva par examen direct quelques gonocoques en association avec un diplocoque prenant le Gram, légèrement encapsulé et présentant tous les caractères du pneumocoque.

En même temps que s'installait cette localisation nouvelle, l'état général s'aggravait considérablement : frissons, sueurs, température oscillant aux environs de 39 degrés, pouls accéléré, facies terreux, langue sèche, attitude prostrée : tous ces symptômes traduisaient une infection sérieuse. L'auscultation du cœur ne révélait cependant rien d'anormal. La rate était à peine perceptible. Il n'existait aucune éruption cutanée. Une hémoculture pratiquée à ce moment fut négative.

Mais le 11 février apparaissait un fait nouveau : une rougeur de la conjonctive de l'œil gauche accompagnée d'une sérieuse diminution de la vue (perception vague de la lumière) et de phénomènes douloureux intenses. Le lendemain l'état de l'œil s'était considérablement aggravé : la vision était complètement abolie à gauche (chémosis, dilatation pupillaire, trouble de l'humeur aqueuse).

M. Joseph, ophtalmologiste de l'hôpital, constata ce our-là des symptômes lui permettant d'affirmer une irido-choroïdite aiguë de nature endogène comportant un pronostic local extrêmement sérieux et constituant d'autre part, comme dans toutes les septicémies, un élément fâcheux dans l'appréciation du pronostic général.

En raison de ces symptômes oculaires et des signes généraux de plus en plus accentués (l'hémoculture restant cependant négative) nous avons agi plus fortement contre l'infection.

Une injection de 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine fut faite à la face externe de la cuisse gauche en vue du développement d'un abcès de fixation. En même temps, nous faisions une injection intra-veineuse de 5 centimètres cubes d'électrargol.

Localement on fit, sur les conseils de M. Joseph des instillations oculaires d'atropine et des applications de pommade collargolée sur les paupières.

Trois jours après, l'état du malade était stationnaire. La température légèrement accrue (39°9) traduisait la formation de l'abcès, l'œil gauche continuait à ne rien voir.

Quant aux phénomènes arthralgiques, ils persistaient au niveau des articulations sacro-iliaques, avaient rétrocédé notablement au genou droit mais l'on constatait au coude gauche une localisation nouvelle, le membre étant immobilisé en demi-flexion et présentant une légère tuméfaction sous-olécranienne d'où l'on ramena par ponction quelques gouttes seulement d'un liquide citrin ne renfermant pas de gonocoques.

Le malade reçut ce jour-là pour la première fois une injection intra-veineuse de gonacrine, injection qui fut renouvelée quotidiennemeut, à la dose de 5 centimètres cubes.

A la cinquième injection, nous constations une amélioration sensible tant au point de vue de l'état général (la température baissait, la prostration était moindre) qu'au point de vue des manifestations articulaires. L'œil lui-même paraissait moins gravement atteint. Il était en effet moins douloureux et le malade commençait à discerner le nombre de doigts qu'on lui présentait.

Cette amélioration se précisa après incision de l'abcès de fixation qui fut faite au huitième jour. L'examen du pus fut d'ailleurs bactériologiquement négatif.

La température continua à baisser. Elle était, dès le 1er mars à la normale et se maintint dans la suite. Le malade beaucoup moins adynamique reprenait avec plaisir son alimentation habituelle. Son facies était meilleur.

Il ne persistait plus que quelques douleurs au niveau des articulations précédemment atteintes, en particulier au genou droit où sans phénomènes d'ankylose, il subsistait cependant une atrophie légère du quadriceps. L'arthrite du coude avait laissé de son côté une certaine limitation des mouvements d'extension qui disparut d'ailleurs assez rapidement. Car, encouragé par ces premiers résultats, nous décidions de continuer les injections de gonacrine, ne les faisant alors que tous les deux jours, jusqu'à disparition complète des phénomènes articulaires.

Le 10 mars, l'oculiste examinant à nouveau notre malade, trouva l'état de son œil aussi satisfaisant que possible. Pupilles semi-dilatées, un peu ovales, mais sans irrégularités, ni synéchies.

L'œil voyait distinctement les doigts à un mètre.

Le 31 mars, on constatait la demi-dilatation de la pupille, ovalaire à grand axe horizontal. Les milieux étaient encore un peu troubles, l'acuité visuelle, sous un verre de plus 3 était égale à 0,4.

Le malade ne tarda pas à se lever et à reprendre son activité normale. Il quitta l'hôpital peu de temps après, ne conservant de sa maladie aucune séquelle appréciable.

*
* *

Deux faits, nous semble-t-il, sont à retenir de cette observation.

La précocité remarquable des accidents septicémiques par rapport au début de l'écoulement. Et il est d'ailleurs à noter que cet écoulement ne fut pas de longue durée et que la localisation urétrale ne dépassa jamais l'urètre postérieur. C'est, cependant, le plus souvent au cours des urétrites graves avec atteinte de la prostate et de la vessie que le gonocoque a tendance à passer dans le sang.

D'autre part, la nature des complications oculaires en présence desquelles nous nous trouvions (iridochoroïdite par voie endogène) était incontestablement la signature d'une infection grave dont témoignait d'ailleurs, en dépit d'hémocultures négatives, l'intensité des phénomènes généraux. Or le traitement par l'abcès de fixation associé aux injections quotidiennes de gonacrine parut avoir sur l'évolution de la maladie une influence décisive que nous avons cru devoir signaler.

XXXIXe CONGRÈS FRANÇAIS
D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Le Congrès français d'oto-rhino-laryngologie a tenu ses assises annuelles dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, du 13 au 17 octobre 1926, sous la présidence de M. le professeur Sebileau.

PREMIER RAPPORT

TECHNIQUE ET CORRECTIONS CHIRURGICALES DES DIFFORMITÉS CONGÉNITALES ET ACQUISES DE LA PYRAMIDE NASALE

MM. le professeur Pierre Sebileau et Léon Dufourmentel, rapporteurs.

M. le professeur Sebileau et M. Dufourmentel exposent chacun à leur tour, la partie qu'ils ont écrite sur la « correction chirurgicale des difformités congénitales et acquises de la pyramide nasale ». Ce travail, d'un caractère très personnel, est le fruit d'une longue expérience. L'abondance de la documentation, la précision et la richesse des détails techniques, en font un guide indispensable au chirurgien, désireux d'aborder la chirurgie plastique de la face, qui trouvera, en outre, dans la partie icononographique de cet exposé, des dessins et des photographies extrêmement démonstratifs.

La première partie du rapport, écrite par le professeur Sebileau, traite de la réfection chirurgicale des larges destructions du nez, et envisage successivement les rhinoplasties totales et subtotales, hautes et basses. La seconde partie, écrite par M. Dufourmentel, étudie la correction des destructions partielles du nez et des déformations par excès ou par défaut.

Ce mémoire n'est pas une simple énumération des techniques déjà appliquées aux destructions et déformations de la pyramide nasale; les descriptions ne portent que sur les cas observés par les rapporteurs et les opérations qu'ils ont faites.

A côté des techniques générales, minutieusement décrites, et des procédés opératoires applicables à des cas particuliers, les auteurs ont montré les difficultés que présente cette délicate chirurgie anaplastique, mais aussi les ressources et les grandes satisfactions que l'on peut en tirer.

Ce travail, d'une grande sincérité scientifique échappe à toute analyse; il faut le lire avec attention : chaque ligne précise un point particulier de cette chirurgie si minutieuse : chaque figure révèle un temps opératoire délicat, qui doit être médité.

M. Dufourmentel (co-rapporteur). Actuellement, on est autorisé à dire que toutes les difformités nasales sont corrigeables, sans risque, par des opérations qui ne laissent aucune cicatrice.

Les nez écrasés, les nez en lorgnette sont parfaitement reconstitués par des greffes osseuses ou cartilagineuses, préférables aux corps morts ou inorganiques, en particulier à la paraffine, qui risque toujours d'entraîner des accidents. Le prélèvement se fait aisément sous anesthésie locale. L'application se fait par voie endonasale sans aucune incision visible.

Les malformations du squelette osseux (nez tordus, bossus, élargis), sont justiciables soit de l'ostéotomie faite au niveau de la crête, dans les déformations habituelles, soit de l'ostéotomie basale, dans les difformités très accentuées. L'opération est suivie d'un gonflement assez marqué, qui persiste plusieurs jours.

Les malformations de la partie cartilagineuse, nez pendant, nez épatés, nez asymétriques, narines atrésiées ou trop ouvertes, sont corrigées par le modelage sous-cutané des cartilages alaires, opération délicate qui pratiquée avec soin donne d'admirables résultats.

Contre le rhinophyma, Dufourmentel préconise la décortication d'Ollier, ou abrasion modelante de Morestin.

On peut actuellement considérer cette chirurgie comme bien réglée. Entre des mains prudentes, elle ne doit donner que des succès.

DISCUSSION

M. Jacques (de Nancy) souligne l'innocuité et les avantages de la voie endoseptale pour l'introduction des supports squelettiques.

M. Benjamin (de Groningen) demande si les rapporteurs ont utilisé le celluloïd, matière que l'auteur considère comme très malléable.

M. Moulonguet (de Paris) insiste sur la nature du greffon introduit par voie endo-nasale. Cette voie est parfaite pour les auto-greffons cartilagineux, qui ne nécessitent pas une asepsie absolue; elle ne donne que des déboires dans les cas d'hétéro-greffe (cartilages de veau formolés), pour lesquels une voie aseptique, telle que la voie sourcilière, est de rigueur.

M. Sargnon (de Lyon) a renoncé à la paraffine et utilise uniquement les greffes vivantes, osseuses, cartilagineuses, graisseuses et surtout musculaires.

M. Lemaitre insiste sur les déboires que réserve souvent la rhinoplastie, et met en garde les jeunes chirurgiens contre les difficultés et les résultats souvent décevants de ces opérations.

M. Brindel reste fidèle à l'injection sous-muqueuse de paraffine, qu'il emploie toujours fusible à 70 degrés, ce qui évite toute migration du médicament et tout accident à distance.

M. Bourguet emploie dans les nez camus, indifféremment les greffes cartilagineuses, ou les inclusions de paraffine dure, fusible à 75 degrés et qui ne provoque jamais d'accident.

DEUXIÈME RAPPORT

LA LARYNGOLOGIE ET LE CHANT

MM. Molinié et Moreaux, rapporteurs.

M. Molinié (de Marseille). Ce rapport envisage le fonctionnement physiologique de l'organe vocal pendant le chant et étudie objectivement le phénomène sonore; en outre, il montre la répercussion que ces connaissances peuvent exercer sur la technique vocale.

1° La respiration ne doit pas dans le chant adopter un mode exclusif, mais doit être totale.

Il faut éduquer l'inspiration, mais aussi l'expiration de façon à mettre sous pression l'air pulmonaire.

L'éducation expiratoire peut se faire à l'aide des spiromètres et aussi par le procédé du vide-bouteille. Certains exercices sont à recommander : marche ascensionnelle, canotage, natation.

2° *Phonation.* — L'auteur combat la théorie de Müller selon laquelle les cordes vocales se détendent quand le son enfle et inversement; la théorie de Savard qui assimile le fonctionnement du larynx à celui d'un appeau pour se rallier à la théorie

de Garcia qui admet que le phénomène sonore est engendré par les vibrations des cordes vocales.

Il existe deux catégories de voix : voix normale et voix de fausset ayant chacune des caractères et un mécanisme particuliers.

3° *Résonateurs et registres.* — Les résonateurs donnent à l'énergie vibratoire ses effets acoustiques; ce sont : les ventricules laryngés, la poitrine, les cavités pharyngées, naso-pharyngées, nasales, faciales, sinusales. Leur influence est considérable sur les modifications de la voix; la combinaison d'une des voix précitées, avec tel ou tel mode de résonance, donne des modalités qui concourent à l'homogénéité ou à la différenciation sonore que l'on a appelée registre.

4° *Articulation.* — L'observation naturelle est incapable de pénétrer le mécanisme intime de la parole; les procédés d'analyse sont d'ordre physique, mathématique ou physiologique.

On peut dire que les voyelles et les consonnes sont la conséquence de la formation dans la bouche d'un rétrécissement dont le siège et les dimensions différencient entre elles les diverses voyelles et les diverses consonnes.

Voici le niveau de ce défilé :

a. Région linguo-palatale antérieure donnant les voyelles I, É, È.

b. Région linguo-palatale postérieure donnant les voyelles OU, AU, O.

c. Région linguo-pharyngienne, donnant la voyelle A.

Ces défilés peuvent être combinés avec une occlusion plus ou moins prononcée de l'orifice labial.

La nature des consonnes est, de même, déterminée par le degré de fermeture du défilé et sa localisation.

Les syllabes sont formées par la liaison de la consonne à la voyelle.

La succession de deux consonnes amène la cessation du son vocal et par conséquent ne peut être admise dans le chant. Aussi doit-on intercaler un e muet entre deux consonnes ou à la fin d'un mot terminé par une consonne.

5° *Emission.* — L'émission est l'extériorisation du son et sa projection dans l'espace. Le coup de glotte a été, tour à tour, prôné, puis proscrit. La tenue du son doit se faire sans tremblement, ni chevrottement.

La voix doit être appuyée, mais le siège de l'appui est différemment localisé : larynx, retrécissement linguopalatal, cavités de résonance.

La mobilité de la bouche, souple et modérée, paraît recommandable.

Il en est de même de l'attitude du larynx et de la tête, qui ne doivent pas être immobilisés.

M. Moreaux (de Nancy), co-rapporteur. — Avant toute initiation au chant, un examen médical et laryngologique est nécessaire. Si des interventions chirurgicales sont utiles, on les pratiquera auparavant pour éviter le changement de tessiture et les variations du timbre. Les premières études doivent avoir pour but d'inculquer impeccablement à l'élève, le mécanisme exact de la voie chantée. Le classement des voix ne peut et ne doit être fait qu'après complet développement physique des organes phonatoires et après des études vocales suffisantes.

L'auteur désire : que les spécialistes se mettent à la recherche du mécanisme vocal rationnel; que les professeurs de chant ne reçoivent une consécration officielle qu'après avoir prouvé leurs connaissances sur ce sujet; que l'anatomie, la physiologie et la phonétique soient enseignées au Conservatoire.

DISCUSSION

M. Lafite-Dupont estime que les lois du mécanisme vocal ne sont pas établies d'une façon indiscutable : les cordes génératrices du phénomène vocal modifient la forme de la colonne d'air. La résonance est une question d'appui : les chanteurs ont tendance à chercher cet appui sur la poitrine dans le grave, sur le masque dans l'aigu; c'est ce qui provoque le « passage », qui les gêne tous. Ils doivent supprimer ce passage en cherchant l'appui sur le palais dans l'un et l'autre registre.

M. Vacher soutient que dans le registre inférieur, les cordes sont libres, tandis qu'elles sont tendues dans le registre supérieur.. Lorsqu'un son est émis correctement, la glotte n'est jamais ouverte; ce qu'on peut constater en plaçant une bougie devant la bouche, si le son est bon la flamme ne vacille pas.

M. le professeur Moure est d'avis que tout est affaire de phonétique expérimentale et que les médecins n'ont qu'à s'inquiéter des maladies de la voix et les moyens de les guérir. Les enrouements et les altérations de la voix naissent avant tout de la disproportion entre le larynx et le souffle envoyé par les poumons.

M. le professeur Canuyt. Les principes du chant restent du domaine de l'empirisme : l'imitation du maître par l'élève.

M. le professeur Sebileau déclare que les plus grands ennemis des chanteurs sont d'abord les professeurs de chant qui veulent uniformément imposer leurs méthodes à tous leurs élèves, alors que les voies aériennes ne sont jamais exactement constituées de la même manière; ensuite certains médecins qui veulent tout traiter chirurgicalement et procèdent à des cautérisations et à des attouchements qui risquent de compromettre à tout jamais la carrière d'un artiste.

COMMUNICATION SUR LES SINUS

Pansinusite avec complications oculo-orbitaires doubles. — M. Colleville (de Douai). Enfant de douze ans, atteint de sinusite maxillo-ethmoïdale droite, ayant présenté à la suite d'une grippe, un phlegmon orbitaire droit, puis gauche. Intervention en deux temps : ouverture des deux sinus maxillaires, de l'ethmoïde droit, avec amélioration rapide de l'état général et rétrocession de l'exophtalmie; mais persistance d'une névrite rétrobulbaire.

Huit jours plus tard, effondrement sans résultat de l'ethmoïde gauche qui est « soufflé ». On pense à une cellule aberrante autour du nerf optique.

Sur l'étiologie des ethmoïdites chroniques. — M. le professeur Jacques (de Nancy). La syphilis acquise ou constitutionnelle paraît sensibiliser aux infections banales le système des antres périnasaux.

Le labyrinthe ethmoïdal paraît être un lieu d'élection pour les infections torpides et rebelles de cette origine, infections qui se manifestent, soit sous forme d'œdèmes polypoïdes, soit sous forme de cellulite purulente. Si souvent les réactions sérologiques restent en défaut, la clinique peut établir l'influence du tréponème, qui dans la syphilis constitutionnelle, agit par l'intermédiaire d'altérations des organes régulateurs de la nutrition.

De l'accès au sinus frontal par voie nasale. — M. Lafite Dupont (de Bordeaux). La trépanation du sinus frontal par voie endonasale se fait en empruntant le conduit naturel du sinus. Le cornet moyen étant réséqué, la lèvre antérieure de l'infundibulum est détruite, puis la résection étendue aux cellules de l'agger nasi et au plancher du sinus frontal.

Parfois, l'intervention par voie endonasale est rendue difficile, ou même impossible, par suite de certaines dispositions anatomiques.

Tuberculose laryngée grave. — M. de Reynier (de Leysin) présente cinq cas de tuberculose laryngée grave, avec dysphagie et aphonie totale, chez des malades porteurs de lésions pulmonaires étendues; guérison obtenue par le traitement sanatorial et les galvano-cautérisations profondes et répétées. Le pronostic des tuberculoses du larynx n'est donc pas nécessairement fatal.

MM. Moreaux et Caboche font remarquer que dans la tuberculose du larynx la galvano-cautérisation comporte des contre-indications, et qu'elle peut être dans certains cas désastreuse.

M. Moulonguet pense que les malades présentés par M. de Reynier présentaient des formes favorables de tuberculose.

M. Mahu demande si les résultats obtenus ne sont pas dus, en partie, aux effets climatériques et d'altitude.

Du rôle de l'oto-rhino-laryngologie dans les écoles. — M. Lazar Mayerson (de Bucarest). Le dépistage des végétations adénoïdes chez les écoliers est la plupart du temps possible par simple interrogatoire (questionnaire composé par un laryngologiste).

L'ablation des végétations a sur les enfants une influence heureuse : *physique* les rendant plus résistants contre les

maladies, mais aussi *psychique*, leur facilitant la compréhension et l'étude des leçons.

L'assistance d'un laryngologiste auprès des écoles, est d'un intérêt non seulement individuel, mais aussi national.

L'anesthésie locale et régionale. Quelques réflexions. — M. le professeur Canuyt (de Strasbourg). Outre ses dangers d'ordre général, la chloroformisation présente en oto-rhino-laryngologie des contre-indications spéciales. L'injection d'adrénaline sous les muqueuses, au cours de la chloroformisation présente un danger mortel. L'anesthésie générale prédispose aux abcès gangréneux d'origine bucco-pharyngée.

Pour ces raisons il est préférable d'avoir recours à l'aneshésie locale et régionale. Néanmoins, de façon tout à fait exceptionnelle, des accidents graves et même mortels peuvent se produire au cours de l'anesthésie locale. Il faut donc l'employer selon une technique rigoureuse.

M. Bonain (de Brest) se sert uniquement de son mélange anesthésique en simples badigeonnages.

M. Le Mée pense que beaucoup d'accidents observés à l'étranger, en particulier dans l'amygdalectomie viennent de ce que cette opération se pratique en position couchée. Ces mêmes accidents sont rares en France où l'on opère les amygdales en position assise.

M. Dutheillet de Lamothe cite deux cas de syncopes mortelles à la suite d'une très faible injection sous-périostée au cours d'un évidement pétro-mastoïdien.

Nouveau masque anesthésique à chlorure d'éthyle. — M. Kowler (de Menton). Cet ingénieux appareil permet au malade d'inhaler l'anesthésique pur, par inspiration buccale, et de lui faire renvoyer par le nez, hors du masque, l'air expiré. Ainsi cet air pollué, ne se rechargera pas d'anesthésique, pour être à nouveau inspiré par le patient.

COMMUNICATIONS SUR LES FOSSES NASALES

Redressement esthétique du nez après fracture. — M. Proby (de Lyon). Présentation d'un appareil, dont la caractéristique est d'être modelé sur le nez, ce qui lui permet de produire une contention très efficace. La réduction endonasale doit toujours être pratiquée, ainsi que la réduction externe au moment de la mise en place de l'appareil. Exposé de la technique de fabrication du dit appareil.

Film opératoire des corrections esthétiques du nez. — M. Bourguet (de Paris). Suivi de projections des résultats satisfaisants.

Contribution au traitement des fractures récentes et anciennes du nez. — M. Sargnon (de Lyon) préconise au préalable l'ostéotomie interne avec son ciseau à double épaulement; puis il refracture le nez avec l'appareillage de Martin et maintient la réduction avec l'appareil de Molinié.

Ces interventions se font sous anesthésie générale.

L'appareil de Molinié peut rester en place cinq à huit jours, et est en règle générale bien supporté. On peut compléter dans certains cas le résultat esthétique par l'adjonction d'un modeleur externe imité de Joseph, qui permet de faire du modelage du nez d'une façon intermittente, tous les jours, pendant un certain temps.

Sur une difformité congénitale compliquée de la pyramide nasale avec histoire d'hérédité. Opération. Guérison. — M. Benjamins (de Groningen). Projection de photographies d'un jeune homme de dix-neuf ans dont le nez présente trois déformations :

a. Dilatation en forme de ballonnet que Joseph a nommé « nez en pomme de terre ».

b. Absence des os du nez.

c. Elargissement de la portion sus-cloisonale du lobule du nez « nez de dogue ».

Sous anesthésie locale, tailles de lambeaux et suture suivant les principes de Joseph.

Rhinoplastie totale par le procédé du lambeau frontal médian à double pédicule temporal tubulé. — M. Paul Moure (de Paris). Procédé qui s'inspire de la méthode indienne et de la méthode italienne :

L'auteur expose sa technique, qui utilise des lambeaux bi-pédiculés et tubulés, et montre par une série de projections, les résultats obtenus.

A cette méthode, plusieurs avantages :

a. Grande vitalité du greffon.

b. Possibilité de tailler un lambeau médian dont la descente directe est plus facile et qui permet de réaliser une sous-cloison et des narines perméables.

c. Résultat esthétique meilleur, les cicatrices étant dissimulées dans les cheveux.

M. Caboche estime que ce procédé est moins simple que celui qu'il a décrit avec le professeur Sebileau, parce qu'il ne permet pas de modeler aussi facilement la pyramide nasale, et nécessite des retouches.

Aérophagie et insuffisance nasale. — M. A. Iribarne (de Paris). L'aérophagie résulte, soit d'une déglutition de l'air, soit d'une aspiration de l'air par l'œsophage. Si déglutition, on note des lésions du nez et du pharynx qui produisent des sécrétions : adénoïdes, pharyngite hypertrophique ou professionnelle, catarrhe rhino-pharyngé consécutif à l'obstruction nasale.

L'aérophagie par aspiration, apanage des tempéraments nerveux, résulte des réflexes d'origine nasale dus à l'irritation de la pituitaire.

Le traitement s'attaquera à ces lésions et devra rétablir la perméabilité nasale indispensable au bon fonctionnement diaphragmatique, toujours diminué chez les aérophages.

Essai d'application de la physiologie du carrefour sphéno-palatin à la pathologie nasale. — M. Chavanne (de Lyon). I. *Rôle sécrétoire des éléments nerveux du bloc sphéno-palatin.* — a. Une sécrétion abondante est obtenue, par l'excitation, même avec des courants faibles, soit du nerf vidien, soit du ganglion sphéno-palatin, soit des efférents qui rejoignent en avant les branches à destination nasale.

b. L'excitation du maxillaire supérieur en arrière du ganglion de Meckel provoque une abondante sécrétion; mais celle-ci est considérablement réduite après section du nerf vidien, ce qui indique qu'elle était surtout réflexe.

La presque totalité des fibres excito-sécrétoires semble suivre le trajet suivant : vidien, ganglion de Meckel et efférents rejoignant les terminaisons nasales du maxillaire supérieur.

II. *Rôle trophique.* — Ni la suppression du ganglion de Meckel, ni la section du maxillaire supérieur, ni l'excision simultanée de l'un et l'autre, n'entraînent dans les mois qui suivent de modification appréciable dans la structure de la muqueuse, ni aucun phénomène de dégénérescence.

Ozène expérimental. Vaccination de l'ozène. — MM. Rebattu et Proby (de Lyon). Analogue aux cas antérieurement cités par Worms et Reverchon, les auteurs rapportent une observation très rare d'ozène unilatéral à la suite d'une blessure de guerre avec lésion du ganglion sphéno-palatin et du nerf maxillaire supérieur par éclat d'obus inclus pendant dix-huit mois dans la fosse zygomatique.

L'ozène expérimental peut être réalisé, soit par injections microbiennes, soit dans un autre ordre de faits par compression ou section du ganglion et du nerf sphéno-palatin (observations physiologiques et cliniques).

Le cas cité par les auteurs est celui d'un ozène unilatéral s'accompagnant de douleurs névralgiques, puis de troubles sensitifs et de troubles trophiques. L'ozène s'est développé lentement, étant d'origine staphylococcique, ce qui démontre le rôle de l'infection microbienne se surajoutant au trouble nerveux, et explique les avantages de la vaccination locale (découverte par les auteurs en 1923) associée au traitement sympathique et endocrinien.

M. Brindel (de Bordeaux). La pathogénie de l'ozène est totalement inconnue.

M. Leroux-Robert admet comme nécessaire l' « atrophie préalable » résultant tantôt de causes banales (pyrexies de l'enfance) ou spécifiques (tuberculose et syphilis). L'infection ozéneuse est *secondaire*, due à un microbe spécifique.

L'atrophie peut résulter d'une *névrite ascendante* par infection nasale, ou d'une névrite descendante par blessure du ganglion sphéno-palatin. Les expériences de Blanc et Paujalos démontrent d'une façon absolument évidente la nécessité

d'une atrophie préalable pour le développement des germes ozéneux.

Sympathicectomie péricarotidienne et ozène. — M. le professeur Portmann (de Bordeaux). Plusieurs malades ont été ainsi traités par sympathicectomie péri-artérielle au niveau de la carotide primitive, sans aucune autre thérapeutique.

Résultats intéressants. Toujours intervention unilatérale, et cependant toujours modifications bilatérales, quoique moins marquées du côté opposé à l'opération. Dès les premiers jours suivant l'intervention, la muqueuse pituitaire est congestionnée, les croûtes diminuent, la fétidité disparaît.

Phénomènes congestifs concomitants sur la paroi pharyngée et le vestibule du larynx.

M. Halphen reconnaît que les résultats immédiats sont merveilleux, mais signale que dès le troisième mois la récidive est complète.

Réaction conjonctivale d'origine nasale. — M. Pugnat (de Genève). Forte hyperémie de la conjonctive oculaire, avec larmoiement, sans altération de la muqueuse conjonctivale, troubles liés à l'existence d'une zone irritative sur la tête du cornet inférieur, rebelles aux traitements ophtalmologiques, mais cédant rapidement à quelques cautérisations de la pituitaire.

Contribution à l'étude du réflexe naso-facio-oculaire. — MM. Sargnon et Colrat (de Lyon) ont fait des constatations intéressantes sur deux malades opérés de résection de la partie postérieure du cornet moyen, pour lésions du fond d'œil. Le réflexe a été intense et a donné une vaso-dilatation des vaisseaux rétiniens dans un cas, et dans l'autre une chute de la tension artérielle. Ces faits éclairent la pathogénie des guérisons optiques par la résection des cornets moyens.

Le réflexe se traduit par la réaction conjonctivale, le larmoiement, la vaso-dilatation faciale. Les recherches faites au cours d'interventions ont montré l'abaissement de la tension oculaire.

Tuberculose végétante de la fosse nasale droite. — M. Constantin (de Marseille). Diagnostic confirmé par l'examen histologique. Guérison obtenue avec radiothérapie profonde.

COMMUNICATIONS SUR LE LARYNX

Toux persistante par malmenage de la voix parlée. Guérison par des exercices vocaux et des leçons de chant. — M. Magné (de Bayonne). Fillette de douze ans, atteinte depuis plus d'un an d'une toux rebelle à tout traitement et qui était due, en réalité, à du malmenage de la voix parlée, par abus des sons graves du registre vocal. Après une série d'exercices vocaux en faisant élever d'une tierce le ton général de la voix, et quelques leçons de chant pour fixer dans la mémoire auditive la différence entre les sons aigus et les sons graves, la petite malade fut guérie.

Des différentes méthodes de chant dans le mécanisme vocal. — M. Lafite-Dupont (de Bordeaux).

Présentation d'une pince laryngée. — M. Gault (de Dijon) présente une pince laryngée à mors fin pour ablation des nodules un peu volumineux, ou des petits polypes des bords libres des cordes vocales.

Spasme idiopathique de la glotte chez un enfant de dix-neuf mois. Trachéotomie. Mort ultrarapide quinze heures après l'opération. — M. Souchet (de Rouen). Il s'agit d'un enfant de dix-neuf mois, en parfait état de santé, n'ayant jamais rien présenté d'anormal dans ses antécédents, sans tare rachitique. Les crises de suffocation nécessitèrent la trachéotomie, l'enfant étant en état de mort apparente. Après vingt minutes de mouvements rythmés, la respiration se rétablit et reste normale pendant quatorze heures. A ce moment, malgré le bon fonctionnement de la canule nouvelles crises violentes de suffocation. La mort survient en quarante minutes dans le coma, déterminée par un spasme probable des muscles inspirateurs (diaphragme, surcostaux, scalènes).

Quand à la suite d'une trachéotomie, persiste un état spasmophile des muscles respirateurs, l'auteur prescrit le calcium à haute dose.

Dans le laryngospasme de moyenne intensité, les rayons ultraviolets paraissent avoir une action thérapeutique rapide.

Diphtérie pharyngée datant de dix ans avec paralysie de la corde vocale droite. — M. Constantin (de Marseille). Femme de quarante-quatre ans, sans aucun antécédent nerveux, ni syphilitique, présentant une paralysie unilatérale du dilatateur de la glotte à droite, lésion consécutive à une diphtérie pharyngée, dont le début remonte à dix ans.

Présence de bacilles de Lœffler dans la salive et le mucus pharyngé.

Disparition des bacilles par sérothérapie intensive, associée à des applications de sérum desséché dans le pharynx.

Persistance de la paralysie qui paraît définitive et incurable.

Paralysie récurrentielle et tachycardie paroxystique chez un malade atteint de gommes tuberculeuses multiples. — M. Lapouge (de Nice). Homme de soixante ans ayant présenté au cours d'une infection bacillaire une paralysie récurrentielle gauche, des crises de tachycardie paroxystique et des tuberculomes disséminés sur tout le corps. Mort cachectique.

L'auteur situe la lésion au niveau du pneumogastrique dans le segment compris entre l'émergence du nerf laryngé supérieur et celle du récurrent. L'autopsie ne put être pratiquée, mais M. Lapouge se croit autorisé à voir dans la paralysie récurrentielle, les crises de tachycardie et les tuberculomes multiples une relation indiscutable, et à localiser l'origine de ce syndrome dans la région paralaryngée.

Une observation très ancienne du syndrome du trou déchiré postérieur. — M. G. Batier (de Strasbourg) a lu une observation très précise de ce syndrome dans les mémoires de Dominique Larrey, parus en 1812-1818, et revendique pour ce chirurgien l'honneur d'avoir décrit le premier cas.

COMMUNICATIONS SUR LES OREILLES

Glycorachie atypique au cours d'une méningite aiguë pneumococcique otogène. — M. Vialle (de Nice). L'hyperglycorachie ne saurait, en tant que signe isolé, orienter un diagnostic; mais dans certains cas elle présente une haute signification séméiologique. Inconstante dans la méningite aiguë cérébro-spinale ainsi que dans la méningite tuberculeuse, et les méningites puriformes aseptiques, type Widal, elle est un signe presque indubitable quand on la rencontre au cours d'infections microbiennes des espaces sous-arachnoïdiens.

La complexité des facteurs qui régissent le chimisme hémoméningé commande, dans l'interprétation des résultats de l'analyse, prudence et circonspection.

Troubles endocriniens et métabolisme basal dans l'otospongiose. — MM. Rebattu et Mounier-Kuhn (de Lyon). A la suite de multiples examens, les auteurs ont constamment trouvé, excepté chez une malade, une augmentation du métabolisme basal.

L'examen clinique a par ailleurs montré des troubles endocriniens fréquents (dysthyroïdie, dysovarie).

L'augmentation du taux de la calcémie est un argument de plus en faveur de la nature endocrinienne de l'otospongiose.

Les heureux effets de l'opothérapie hypophysaire et pluriglandulaire plaident encore en faveur de l'origine endocrinienne de l'otospongiose.

Le « mucosus » dans les suppurations auriculaires. — MM. Lemaitre, Lévy-Bruhl et Aubin (de Paris). Gravité toute particulière des mastoïdites à « mucosus » cliniquement latentes. Seule la radiographie permet de déceler leur apparition. Ces mastoïdites commandent une intervention large et précoce.

Le « mucosus » se présente en chaînettes simulant le streptocoque, mais grâce à la présence d'une capsule épaisse on peut le reconnaître, même à l'examen direct.

Projection de la technique opératoire de la neurotomie rétrogassérienne. — M. Bourguet (de Paris).

Abcès du cerveau latent; rupture spontanée. — M. COULET (de Nancy). — Abcès d'origine otitique, du lobe temporal droit, ayant évolué sans aucun signe et ne s'étant révélé que lors de sa rupture. Quelques remarques intéressantes : présence de staphylocoques dans trois examens successifs (pus et liquide céphalo-rachidien); existence d'une aphasie qui s'est déclarée après l'ouverture de l'abcès, la lésion portant sur l'hémisphère droit; la gravité des complications de l'otite suppurée réchauffée au cours d'une rougeole grave.

Lésions encéphaliques décelées seulement par la stéréoradiographie. — M. MOREAU (de Saint-Etienne). Au cours de 98 examens craniens, l'auteur a constaté quatre fois une ombre, du volume d'un gros pois, en pleine substance cérébrale. Cette altération cérébrale ne s'accompagnait pas de phénomènes cliniques ni de modifications du liquide céphalo-rachidien. La nécropsie permit de constater que la lésion cérébrale, symétrique et bilatérale, siégeait à droite et à gauche, au niveau des plexus choroïdes, non loin du carrefour ventriculaire. L'examen histologique (docteur Devuns) montra qu'il s'agissait d'altérations des plexus choroïdes, avec présence de grains calcaires, diminution des capillaires sinusoïdes, lésions probablement d'origine congénitale, déjà constatées par Cushing.

La chirurgie du sac endolymphatique (projections). — M. le professeur PORTMANN (de Bordeaux). L'ouverture du sac endolymphatique produit dans les cas de labyrinthite hypertensive, une décompression endolabyrinthique. De même que dans le glaucome, les ophtalmologistes pratiquent une fistulisation afin de supprimer l'hypertension intra-oculaire, l'auteur a pensé que ce principe de décompression pouvait être appliqué avec efficacité à l'oreille interne.

Cette opération, quoique délicate à exécuter est relativement simple et est préconisée dans certaines affections de l'oreille interne, dont un symptôme au moins, le vertige, est particulièrement pénible pour le malade. L'auteur a pratiqué dans plusieurs cas cette intervention sur le vivant, avec le plus grand succès.

Observation d'un cas de guérison de mastoïdite diabétique par l'insuline. — M. BARRAUD (de Lausanne). Mastoïdite diabétique paraissant d'emblée très grave, vu la grande quantité de sucre dans le sang (3,80 p. 100) et vu aussi l'âge du malade et les symptômes généraux menaçants qu'il présentait.

L'auteur n'a pas osé opérer, mais l'insuline employée a non seulement fait diminuer la quantité de sucre, mais en quelques jours a fait disparaître tous les symptômes morbides et guéri complètement et la mastoïdite et l'otite elle-même.

Quelques cas de complications veineuses des oto-mastoïdites. — MM. LANNOIS et GAILLARD (de Lyon). La fréquence de ces complications est en diminution sensible. A propos d'un cas les auteurs font remarquer combien précocement peut se faire une thrombose suppurée du sinus, sans perforation du tympan, et avec minimum de lésions antro-tympaniques.

Le traitement chirurgical précoce est la meilleure arme thérapeutique.

La ligature de la jugulaire n'est indiquée qu'en cas de thrombus de la veine.

Un cas de mastoïdite syphilitique. — M. GAILLARD (de Lyon). Homme de cinquante-huit ans, présentant plusieurs antécédents syphilitiqes anciens et incomplètement traité. Apparition d'une tuméfaction mastoïdienne osseuse, avec otite suppurée et paralysie faciale homolatérales. A l'intervention ostéite gommeuse de la mastoïde, sans suppuration centrale, et à la ponction lombaire réaction méningée à formule lymphocytaire. Cicatrisation de la plaie mastoïdienne et guérison rapide de la paralysie faciale par le traitement spécifique.

Evidement pétro-mastoïdien; soins post-opératoires. — M. IRIBARNE (de Paris). Quand malgré des pansements bien exécutés, la plaie reste atone, sans tendance à la cicatrisation, quand les sécrétions purulentes persistent, il est indiqué d'examiner l'état général du sujet. Le traitement spécifique permet quelquefois d'obtenir une guérison rapide.

Résultats tardifs de l'évidement partiel. — M. DUTHEILLET DE LAMOTHE (de Limoges). Opération de Bourgeois-Sourdille quatre cas. Opération d'exception, applicable aux seuls cas de suppuration de Schrapnell pure, sans lésion concomitante du tympan et de la chaîne des osselets.

Cette intervention a été particulièrement précieuse dans un cas où l'autre oreille a dû subir secondairement un évidement total.

Cette bilatéralité des lésions semble autoriser un élargissement des indications opératoires.

M. DUTHULLET DE LAMOTHE (de Limoges). Un cas d'hémorragie foudroyante par ulcération de la carotide survenue au cours de la cicatrisation d'un évidement pétro-mastoïdien chez un tuberculeux.

Radiographie du massif pétro-mastoïdien. Incidence occipitale postérieure. — MM. WORMS et BRETON (de Paris). En vue du diagnostic des mastoïdites latentes, les auteurs décrivent une nouvelle incidence, incidence occipitale postérieure, qui mieux que les autres positions met en évidence les deux apophyses, prises en une seule pose, de façon rigoureusement symétrique. Cette technique met non seulement en évidence les processus infectieux récents ou chroniques, mais précise les lésions traumatiques.

Sur les vertiges post-traumatiques chez les accidentés du travail. — M. RAMADIER (de Paris). La réaction auditive au courant galvanique est rare chez les normaux (un tiers des cas); elle est sensiblement plus fréquente et plus intense dans les surdités de la transmission; elle est de règle et souvent très intense dans les surdités d'oreille interne; elle est variable dans les surdités de la perception dont on ne peut déterminer la lésion entre le labyrinthe et les centres inclusivement. On en peut tirer un signe de sincérité pour les examens médico-légaux.

Importance de la recherche de la syphilis dans les suppurations chroniques de l'oreille. — M. TARNEAUD (de Paris). La recherche de la syphilis doit être systématique; reconnue le traitement spécifique devra précéder l'acte chirurgical, à moins que celui-ci ne soit commandé par une complication brusque. Le traitement spécifique peut, à lui seul, amener la guérison de certaines otorrhées.

COMMUNICATIONS SUR AMYGDALES, PHARYNX, ŒSOPHAGE

Deux cas de tuberculose laryngo-pulmonaire à point de départ amygdalien; un après cautérisation ignée, l'autre après amygdalectomie. — M. KOWLER (de Menton). Chez ces deux malades, tache vélo-palatine pâle, jaunâtre, que l'auteur considère comme pathognomonique de la tuberculose des voies respiratoires. Il se demande, si cette tache constatée sur le palais d'un malade, ne devrait pas faire penser à une tuberculose latente, et mettre en garde contre toute intervention.

Un cas d'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrisson. — M. BERTEMÉS (de Charleville). Nouveau-né paraissant avoir été infecté par la mère (eczéma et furoncle de la grande lèvre). L'infection a dû passer par le nez, le coryza purulent ayant existé à partir du deuxième jour. Ouverture large avec destruction de tout le bourgeon dentaire et drainage étendu vers le nez. Staphylocoque. Guérison. Conclusion : ne pas se contenter d'ouvrir au-dessus de l'arcade dentaire, mais assurer en même temps une communication avec le nez.

De la ventilation aéro-oxy-thermique dans le traitement des affections des cavités pneumatiques de la face et de la caisse du tympan. — M. SIEMS (de Nice). Vecteur gazeux de chaleur et d'un pouvoir microbicide intense, le courant aéro-oxythermique permet l'aspiration du pus suivie de ventilation, la déshydratation des parties imbibées de sérosité et de pus, la désinfection de la cavité et des glandes engorgées, une action favorisante sur la circulation de la muqueuse, d'où la possibilité de *restitutio ad integrum*.

L'ectodermose érosive pluri-orificielle (20 observations). — M. R. RENDU (de Lyon). Affection caractérisée essentiellement par une inflammation érosive et pseudo-membraneuse des muqueuses externes, au voisinage de tous les orifices naturels (muqueuse bucco-pharyngée et ano-génitale, conjonc-

tive, pituitaire). Accessoirement on note une éruption des membres du type vésiculo-bulleux. Les lésions atteignent leur maximum d'intensité au niveau de la face interne des lèvres et des joues. La maladie qui revêt l'allure d'un état infectieux aigu, guérit habituellement en trois à six semaines. Les recherches bactériologiques se sont montrées jusqu'à maintenant négatives.

Traitement chirurgical simplifié de la paralysie faciale dite « a frigore ». — M. le professeur ESCAT (de Toulouse). Lorsque la syphilis et l'infection zostérienne peuvent être mises hors de cause, le substratum le plus fréquent est une otite atypique, fruste et insidieuse, localisée au massif osseux périfacial, capable d'évoluer sans manifestations tympaniques, sans surdité, sans fièvre, souvent sans douleur endotympanique. L'œdème du névrilème et la névrite du VII sont sous la dépendance selon le cas, d'une périostite propagée au canal de Fallope, à la faveur de l'hiatus de Hyrtl, d'une ostéite périfallopique, d'une cellulite périfaciale, ou d'une antrite sérofibrineuse enkystée. Le traitement le plus rationnel (2 observations à l'appui) consiste à décongestionner le canal de Fallope par la trépanation mastoïdienne aussi juxta-faciale que possible, intervention plus simple et moins périlleuse que la mise à nu du nerf facial préconisée par Barraud, de Lausanne.

M. le professeur SEBILEAU s'élève contre le terme de paralysie faciale « a frigore », car s'il est un nerf qui semble anatomiquement disposé pour échapper aux atteintes du froid, c'est bien le nerf facial. Une paralysie faciale dont l'origine ne peut être rapportée à une otite suppurée, doit être attribuée soit à la syphilis, soit à une otite légère méconnue.

M. RAMADIER (de Paris) rapporte une observation pour montrer l'importance qu'il y a à rechercher la syphilis neuroméningée, même s'il s'agit d'une paralysie faciale passagère; recherche qui doit être faite par l'examen sérologique du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Considérations relatives au zona cervico-facial. — M. BAR (de Nice). Rappelant une observation qu'il a déjà rapportée l'an dernier, l'auteur pense que les troubles observés sont consécutifs à une altération zostérienne du système central, partie de la région cervicale de la moelle et ayant gagné de là progressivement les noyaux bulbaires et les origines des nerfs mixtes : pneumogastrique, glossopharyngien, facial. Toutes les paralysies ont guéri en quelques semaines, excepté la paralysie laryngée, qui après un an, existe encore et paraît définitivement installée.

Adénites et abcès rétropharyngiens d'origine syphilitique. — M. CABOCHE (de Paris). Il ne s'agit pas des adénites secondaires qui sont bien connues, mais des adénites survenant à une période tardive. On pourra soupçonner la nature syphilitique de tels abcès à certaines particularités : allure moins aiguë, marche moins rapide que celle de l'abcès banal; l'âge du sujet (adulte); la présence à la périphérie de l'abcès dans la région cervicale, de ganglions parfois volumineux, plus ou moins nombreux, lisses, mobiles, résistants, indolores; la guérison lente après l'incision, et enfin l'épreuve du traitement spécifique.

M. le professeur SEBILEAU pense que de semblables constatations sont susceptibles de rétrécir le champ de la tuberculose ganglionnaire au profit de la syphilis.

Les troubles segmentaires sensitifs et trophiques du pharynx et l'ostéoarthrite déformante de la colonne cervicale. — M. TERRACOL (de Strasbourg). De l'observation de nombreux malades atteints de troubles douloureux du pharynx, notamment de troubles paresthésiques, l'auteur tend à déduire que ces algies sont en rapport avec des lésions d'ostéo-arthrite déformante de la colonne cervicale. Ces troubles sensitifs s'accompagnent également de troubles trophiques localisés.

Les injections épidurales de lipiodol paraissent actuellement la médication de choix.

M. Jacques (de Nancy) continue à accorder une grande importance au facteur psychique dans la pathogénie des paresthésies pharyngées.

Les rayons ultraviolets en oto-rhino-laryngologie. — MM. Worms et Bolotte (de Paris). C'est un remarquable agent de traitement grâce à son action bio-chimique énergique. Les rayons ultraviolets cicatrisent les foyers mastoïdiens, les plaies ulcéreuses atones et fongueuses, et ont une influence favorable sur les affections rhino-pharyngées, les laryngites et les adénites.

Du traitement des accidents causés par l'éruption de la dent de sagesse. — M. Gault (de Dijon). Traitement du trismus, de l'encapuchonnement; extraction de la dent de sagesse, ouverture du foyer ostéo-périostique; drainage de l'adénophlegmon.

Sarcome de l'œsophage. Radiumthérapie. M. Guisez (de Paris).

Cancer primitif des bronches. Bronchoscopie. Radiumthérapie (projections). — M. Guisez.

PRÉSENTATION D'APPAREIL

M. Le Mée (de Paris) présente un audiomètre électrique, construit par la « Western electric Company » . Il comprend un *oscillomètre* constitué par des tubes à vides, analogues à ceux de T. S. F., qui fournit des fréquences allant de 16 jusqu'à 16.384 vibrations par seconde; d'un *potentiomètre* qui permet de graduer l'intensité du courant; et d'un *casque téléphonique* dont les récepteurs spéciaux suppriment les harmoniques. Le malade est isolé, ayant en main un signalisateur électrique. Les graduations du potentiomètre, correspondant à des unités de sensation, sont inscrites sur une fiche, pour constituer un audiogramme et grâce à un tableau qui est annexé, on peut obtenir immédiatement le pourcentage d'audition de chaque oreille, pour chacune des fréquences recherchées.

PAUL TRUFFERT.

REVUE DES THÈSES

Des Formes cliniques et de la fréquence des néphrites au cours de la scarlatine (1), par S. Lefebvre.

Dans une Revue générale sur les néphrites de la scarlatine (*Gaz. des hôpit.*, 1er nov. 1924, n° 88), je signalais la grande fréquence des scarlatines sans néphrite et des cas dans lesquels l'atteinte des reins par le virus scarlatin ne se traduit que par une légère albuminurie de quelques jours seulement.

Le docteur Lefebvre a développé cette idée; il montre que très souvent la scarlatine ne provoque aucune lésion rénale; il apporte une statistique de 150 cas de scarlatine soignés à l'hôpital de l'Institut Pasteur et de 41 cas observés à Nantes. Sur ces 191 observations, on trouve 160 cas de scarlatine sans albuminurie, 29 cas de scarlatine avec traces d'albumine pendant la période fébrile, deux cas seulement de néphrite et encore, dans ces deux cas, les malades ont guéri sans séquelles rénales. Il n'y a, dans cette statistique, aucune observation de néphrite avec rétention chlorurée, avec œdème et anasarque, aucune observation de cette néphrite décrite comme le type de la néphrite scarlatineuse.

Sans vouloir tirer d'une statistique des conclusions trop optimistes, il faut cependant retenir ces faits très nombreux de scarlatine sans complications rénales et en tenir compte pour le pronostic.

M. Lefebvre insiste sur la prophylaxie des néphrites scar-

(1) *Th. de Paris*, oct. 1926.

latineuses (régime, précautions pour éviter le refroidissement); un scarlatineux bien soigné, bien surveillé, a les plus grandes chances d'éviter la néphrite tardive.

M. BRELET.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLACENTA PRÆVIA

SYMPTOMES. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DÉFINITION. — Le placenta est dit prævia lorsqu'il s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur ou zone basse de l'utérus.

ÉTIOLOGIE. — Le placenta prævia pathologique est une complication rare de la grossesse, 1 p. 500.

Il survient dans la règle chez une grande multipare.

Etiologie obscure : endométrite?

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le *segment inférieur* où s'insère le placenta est étendu de l'orifice du col jusqu'à 8 ou 10 centimètres au-dessus de cet orifice.

C'est anatomiquement :

Une zone très mince.

Une zone presque entièrement dépourvue de fibres musculaires, donc *non contractile*.

Le *placenta* peut s'insérer plus ou moins bas :

Etre latéral : n'atteignant pas l'orifice.

Marginal : affleurant l'orifice.

CENTRAL PARTIEL (le plus fréquent).

Central total (exceptionnel).

Pendant la grossesse, par suite des contractions indolores de l'utérus, le segment inférieur non contractile se laisse distendre, d'où :

1. Tiraillement du bord placentaire par les membranes et décollement du placenta entraînant l'*hémorragie*.

2. Rupture prématurée des membranes et accouchement prématuré.

De plus, placé au niveau de la présentation, le placenta entraîne un défaut d'accommodation d'où :

Retard de l'engagement.

Présentation vicieuse par le siège ou l'épaule.

Fréquence de la procidence du cordon.

SYMPTOMES. — Il est très rare que la grossesse aille à terme sans accident.

Le symptôme fondamental du placenta prævia est l'hémorragie.

Signes fonctionnels. — Dans la règle, elle survient chez une grande multipare dans les trois derniers mois de la grossesse et présente des caractères constants :

Hémorragie spontanée survenant le plus souvent la nuit, sans cause provocatrice.

Hémorragie indolore pouvant ne pas réveiller la femme.

Hémorragie de sang rouge non mêlé de caillots.

Hémorragie d'abondance variable mais ne tuant jamais la femme.

Hémorragie s'arrêtant toujours spontanément.

Plus rarement, c'est à l'occasion :

D'une rupture prématurée de la poche des eaux,

D'un accouchement prématuré,

que l'on sera amené à faire le diagnostic.

Signes physiques. — A l'examen de la femme, on trouve un état général excellent non touché par l'hémorragie.

Palpation : la tête fœtale est élevée, mobile.

On trouve souvent une présentation vicieuse du siège ou de l'épaule.

Toucher : L'excavation pelvienne est vide.

La présentation est élevée, parfois impossible à sentir.

Le segment inférieur semble irrégulier.

On peut parfois percevoir une masse mollasse à travers le segment inférieur entre le doigt et la présentation (signe du matelas).

Auscultation : elle est positive, l'enfant est vivant, non touché par l'hémorragie.

Evolution. — La première hémorragie n'a altéré ni l'état de la femme, ni l'état du fœtus, mais :

1. DANS LA RÈGLE, l'hémorragie du placenta prævia est avant tout une *hémorragie récidivante*.

Elle se répète, chaque hémorragie étant séparée de la précédente par un intervalle de dix à quinze jours.

Elle est de plus en plus abondante, entraînant chez la femme un état d'anémie aiguë qui force à intervenir. Sinon l'évolution se fait fatalement vers la mort.

2. PLUS RAREMENT, le placenta prævia se traduit par de petites hémorragies peu abondantes mais continues, entraînant peu à peu un état d'anémie grave et la femme arrive au terme épuisée et, à ce moment, une hémorragie minime, sans importance chez une femme normale, pourra chez elle entraîner la mort.

Il faudra donc, dans ces cas aussi, intervenir et interrompre la grossesse :

Avant que l'anémie ne soit trop prononcée.

Avant que la valeur globulaire ne soit trop abaissée (60 p. 100).

3. Les hémorragies du placenta prævia peuvent s'arrêter par la rupture prématurée des membranes, mais celle-ci amène dans la règle l'accouchement prématuré.

I. **Pendant le travail.** — L'hémorragie peut se produire pour la première fois au moment du travail, mais cela est rare.

Il s'agit le plus souvent d'un accouchement prématuré.

Signes fonctionnels. — *Hémorragie* qui commence dès le début du travail.

Hémorragie de sang rouge sans caillots.

Hémorragie abondante redoublant pendant la contraction utérine.

Signes généraux. — A l'examen, la femme présente des signes généraux d'anémie aiguë : pâleur, refroidissement, angoisse, pouls rapide.

Signes physiques. — **Le travail se fait mal.** — Palpation : La présentation est élevée et non engagée, c'est souvent une présentation du siège ou de l'épaule.

Les contractions utérines sont faibles et irrégulières.

Toucher : Col en voie d'effacement ou de dilatation, mais la *dilatation se fait mal*, la présentation restant élevée et n'appuyant pas, la poche des eaux étant souvent rompue prématurément.

En pénétrant dans le col on va pouvoir faire le diagnostic de la variété de placenta prævia.

1. On ne sent pas de poche des eaux et on tombe sur une masse molle, irrégulière, friable, obturant l'orifice interne, *c'est l'exceptionnel placenta central.*

2. On sent le bord d'un cotylédon empiétant sur l'orifice de dilatation, *c'est un placenta central partiel*

3. Dans certains cas on tombe sur une poche des eaux, mais les membranes sont épaisses, irrégulières, indiquant le voisinage du placenta, *c'est un placenta prævia marginal.*

Auscultation : Les bruits du cœur fœtaux peuvent être normaux, mais dans la règle le fœtus souffre (bruits du cœur ralentis et irréguliers), et souvent même le fœtus est mort.

Evolution : Devant la gravité de l'état général il faut intervenir et rompre largement les membranes *en se défiant de la procidence du cordon* qui est fréquente.

Tantôt l'hémorragie s'arrête, la présentation venant comprimer le placenta. La mère est sauvée, mais l'enfant peut mourir.

Tantôt l'hémorragie continue et la femme meurt d'anémie aiguë en collapsus cardiaque.

Il faut savoir qu'une femme qui a saigné longtemps pendant la grossesse, même en très petite quantité, peut mourir d'une hémorragie minime.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE



Le Système veineux normal et pathologique, Guide des malades et des prédisposés (varices, phlébites, hémorroïdes, etc.), par R. HUGEL et G. DELATER. In-16 de 184 pages avec figures en noir et en couleur. — Prix : 12 fr. 50, plus majoration de 20 p. 100, soit 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER

Tarif n° 1 : 65 *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Ethiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.

Tarif n° 2 : 75 *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

La célébration du centenaire de la mort de Laennec. — Le centenaire de la mort de Laennec vient d'être célébré solennellement par un Comité présidé par M. le professeur Chauffard et comprenant les représentants les plus éminents de la science médicale française.

Cette commémoration s'est déroulée dans une atmosphère de recueillement et de respect qui rendit toutes les manifestations extrêmement émouvantes. On ne saurait trop féliciter les organisateurs d'avoir su conserver dans la réalisation de leur programme ce caractère si conforme à la grande et pure mémoire de Laennec.

La messe de Requiem. — Lundi matin, devant une affluence énorme, une messe de *Requiem* fut célébrée à Notre-Dame, sous la présidence du cardinal Dubois, archevêque de Paris. Cette cérémonie était organisée par la Société de Saint-Luc et les Amis de Laennec. Après la messe, célébrée par M. l'abbé Lancrenon, docteur en médecine, l'éloge funèbre de Laennec fut prononcé par le R. P. de Tonquedec qui montra comment l'homme de science fut en même temps un homme à la foi raisonnée et profonde.

Dans l'assistance on remarquait la présence du représentant de M. le Président de la République, du général Gouraud, gouverneur de Paris, des membres de la famille Laennec, de nombreux parlementaires et conseillers municipaux et un nombre considérable de médecins.

Réception des délégués étrangers. — Dans l'après-midi, les délégués étrangers furent reçus à l'Académie de médecine où M. Gley, vice-président, leur souhaita la bienvenue. Parmi eux se trouvaient les membres du corps diplomatique, M. Thayer (de Baltimore), représentant officiel du gouvernement des Etats-Unis d'Amérique, et M. Philippe Roy, commissaire général du Canada.

Parmi les délégués des sociétés savantes étrangères, citons notamment MM. les professeurs Bermark (d'Upsal), Daniels (de Groningue), Henrijean (de Liége), Broadbent Bart (de Londres), Stirling (de Manchester), Hipmann van den Berg (d'Utrecht), Dever (de Mons), Lemaire (de Louvain), Vittorio Ascoli (de Rome), Ehlers (de Copenhague), Holmgren (de Stockholm), Rodosachievitch (de Belgrade), Petren (de Lund), Hertoghe (d'Anvers), Ide (de Louvain), Bramwell (d'Edimbourg), Leboucq (de Gand), Maranon (de Madrid), Benda (de Berlin).

Réception a l'Hôtel de Ville. — En quittant l'Académie les délégués se rendirent à l'Hôtel de Ville où la municipalité parisienne et le Préfet associèrent la Ville de Paris à l'hommage rendu à Laennec.

Cérémonie de la Sorbonne. — Dans la soirée de lundi, l'Université de Paris accueillit les savants venus pour honorer la mémoire de l'auteur de la méthode anatomo-clinique.

Le Président de la République assistait à la cérémonie qui était présidée par M. Painlevé, membre de l'Institut, ministre de la Guerre.

Après une allocution de M. Lapie, recteur de l'Académie de Paris, M. le professeur Ménétrier prononça un magnifique discours sur la *découverte de l'auscultation*. Puis M. Gley vint lire les pages consacrées par M. d'Arsonval, malheureusement souffrant, à *Laennec au Collège de France*. M. le doyen Roger célébra ensuite *Laennec professeur à la Faculté de médecine*; enfin, M. Léon Bernard, dans les belles pages que nous sommes heureux de publier plus loin, fit une étude magistrale de la *tuberculose depuis Laennec*.

Au nom des délégués étrangers, M. Thayer (de Baltimore), ce grand ami de la France, vint dire son admiration passionnée pour l'œuvre de Laennec. Puis ce fut le défilé habituel de tous les délégués venant déposer leurs adresses devant le Président.

Enfin, M. Painlevé glorifia les découvertes et la méthode scientifique du plus grand génie médical du XIXe siècle.

La visite a la Charité. — Mardi matin, les organisateurs ont eu la pieuse pensée de conduire les délégués dans le vieil amphithéâtre de la Charité où Laennec reçut les leçons de Corvisart, où il enseigna, où plus tard ses successeurs furent Bouillaud et Potain.

M. le professeur Sergent et M. le professeur Chauffard rappelèrent les souvenirs de cette grande époque où Laennec et ses successeurs pratiquaient devant leurs élèves les autopsies, ne craignant pas de constater en public leurs erreurs de diagnostic et donnant l'exemple de la science « à ciel ouvert » qui est bien dans la manière française.

Les délégués se rendirent ensuite en autocar rue de l'Abbé-Grégoire, devant la dernière maison habitée par Laennec, puis une visite au musée Carnavalet les initia aux beautés du vieux Paris.

La séance solennelle de l'Académie de médecine fut le digne couronnement de cette deuxième journée. Les invités après avoir admiré la belle exposition des souvenirs de Laennec organisée par M. Laignel-Lavastine, pénétrèrent dans la salle des séances où figurait un buste de Laennec prêté par sa famille, et devant lequel se trouvait une branche d'if cueillie la veille à Plouaré sur un arbre planté par Laennec lui-même.

A côté des délégués étrangers avaient pris place MM. René, Robert Laennec, petits-neveux de Laennec, et Théophile Laennec, interne des hôpitaux, arrière petit-neveu du grand clinicien.

M. le ministre de l'Instruction publique, présidait assisté du bureau de l'Académie en uniforme. La séance, dont nos lecteurs trouveront plus loin le compte rendu, fut très belle, très simple et très digne.

La troisième journée. — La matinée de mercredi était consacrée à une réception à l'hôpital Laennec et à la visite du dispensaire Léon-Bourgeois. M. Rist fit une conférence sur la *fonction du médecin d'hôpital dans la lutte antituberculeuse, cent ans après Laennec.*

Un pèlerinage à l'hôpital Necker, dont Laennec fut le médecin, s'imposait, les organisateurs ne manquèrent pas de nous y conduire.

Enfin, l'après-midi fut consacrée à une visite à l'Institut Pasteur où M. Calmette fit une admirable conférence sur la prévention de la tuberculose depuis Laennec.

Le manque de place ne nous permet pas de nous étendre, comme nous le voudrions, sur cette conférence qui a fait une profonde impression sur les auditeurs.

La commémoration était terminée. Avant de partir pour Nantes et Quimper les délégués se réunirent dans un grand banquet, au Quai d'Orsay, où en des toasts chaleureux nos confrères étrangers confondirent dans la même admiration le génie de Laennec et la France immortelle.

HÔPITAUX DE PARIS. — Mutations. — MM. Aubertin et C. Vincent passent à la Pitié; Villaret, à l'Hôtel-Dieu; Léri, à Saint-Louis; Guy-Laroche, à Tenon; Debré, à Beaujon Darré, à la Charité; Pinard, à Cochin; N. Fiessinger et Milhit, à Dubois; Troisier, à Sainte-Périne; Chabrol, à Ivry.

— Concours de l'internat. — Séance du 13 décembre. — Questions données : « Signes et diagnostic du cancer du sein. — Hémorragie et perforation intestinales dans les fièvres typhoïdes. »

M. Beau, 25; Mlle Blanchez, 23; MM. Falaise (Jean), 22; Milhiet, 20 1/2; Naggiar, 27; Gadaud, 21; Mlle Cahen, 18; MM. Gallais, 23; Cossa, 19; Deransart, 12; Langumier, 18.

— Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne, Hendaye et San Salvadour. — Jury : MM. May, Chevalier, Monod (Robert).

— Prix Fillioux. — *Jugement des mémoires.* — MM. Agostini et Magnien, 27; Aubry, 28; Maduro, 29.

Epreuve de chirurgie. — MM. Agostini, 16; Magnien, 18; Aubry et Maduro, 20.

— Concours de l'externat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Gosset, Malinsky, Hauert, Zimmern, Mlle Barnaud, MM. Maisler, Leroux-Robert (Jean), Bernard (Jean), Alpern, Salles,

11. Davous, Bréhant, Naulleau, Mlle Kritschewsky, MM. Brunel, Jarousse, Leroy (Louis), Porge, Mlle Pichon, MM. Thorain,

21. Ellenberger, Dussouil, Guilly, Mlle Wilmm, MM. Aubrun, Emond, Valdmann, Bouysson, Janvier, Vaidie,

31. Bergeron, Facquet, Mac-Guffic, Boussoulade, Cachin, Pergola, Eck, Mlle Lévy (Renée), MM. Voisin, Dreyfuss (A.),

41. Marc (R.), Groulier (P.), Conte (Michel), Brouet (G.), Ambrosini (Paul), Flaumembaum, Olivier (Jean), Friedmann, Soubiane, Mlle Delahaye,

51. MM. Lehmann, Roullier, Reynaud, Masson (G.), Rameaux, Roger (E.), Levaditi, Suchmann, Loiseau (Guy), Biétrix,

61. Dupuidemus, Carteret, Limoge, Gautier (P.), Boquet (P.), Bourgeois, Maillefer, Tenine, Martin (A.), Renac,

71. Mlle Hahn, MM. Bargeton, Tilitcheef, Mahoudeau, Robert (P.), Berteaux, Lubas, Delmotte, Bézier, Mlle Abraham,

81. MM. Tourneux, Fallourd, Mlle Cauvet, M. Strée, Mlle Picandet, MM. Levannier, Joly (H.), Dufour (J.), Habert, Terrasse,

91. Lecouillard, Leuret, Herbert (Jules), Soyer Mutricy, Perreau, Stora, Pourquie, André (Rob.), Loutsch,

101. Mlle Bogoraze, MM. Dubois (A.), Lestienne (Jean), Schnirer, Olagnon, Potier, Parrique, Legry, Fontaine, Mlle Verlière.

111. MM. Caratzali, Brincourt, Raboutet, Dubois (Pierre), Kessis, Minet, Godard, Julien (G.), Picard, Lémant,

121. Barros, Chaussidière, Mazeyrie, Pigeon, Voizot, Piraud, Dillard, Aboulker, Mlle Soubeiran, MM. Pointud,

131. Vexenat, Mlle Wix, MM. Guérin (J.), Rocher, Bouley, Borgida, Kritchewsky, Mathet, Imbert, Hallot,

141. Royer, Couder, Durandy, Birnie-Scott, Bourderon, Pétrignani, Cavel, Boras, Botrel. Sapozniek,

151. Metzquer, Stérin, Wolff, Gigon, Berg (de), Gérolami, Hécart, Gorrichon, Petiton-Saint-Mard, Lejeune,

161. Caner, Angeix, Mlle Parrain, MM. Relier, Duméry, Antoniou, Poupault, Chigot, Trombert, Névot,

171. Gorse, Krementchousky, Moreau, Ungar, Sauné, Reliquet, Vincent (P.), Brinon, Mlle Petit, MM. Wajnberger,

181. Pâris, Ampugnani-Pancrazi, Vincent (P.), Bournique, Mlle Matrat, MM. Zunica, Michaëlidès, Gillon, Serre, Waddington,

191. Dézoteux, Mlle Marie, MM. Pham-Hue, Roger, Briant, Lartigue, Mlle Drouhim, M. Simonet, Mlle Lavit, MM. Simon,

201. Rymer, Albeaux, Mlle Bouillard, MM. Auriacombe, Geminet, Laroche, Mlles Ber, Bourmalatz, MM. Chevallier, Pradel,

211. Dervé, Mme Kiriloff, MM. Tauvet, Paillard, Jundt, Daniel, Raisonnier, Bail, Demaldent, Jaulerry,

221. Marcy, Labignette, Lamiaud, Elbim, Caudron, Zaouche, Jouffroy, Tholose, Chaudron, Rosenfeld,

231. Jambon, Mlle Armelin, MM. Thonvenel, Frause, Mlle Bauzon, MM. Vasse, Langlade, Calvet, Marchand, Thivet,

241. Pannet, Huant, Frugier, Lefrançois, Mlle Chamdemerle, MM. Dabray, Raulot-Lapointe, Besson, Léage, Mlle Delpuech,

251. MM. Daunic, Lafon, Fontaine (H.), Mortier, Germain, François (R.), Sala, Amat, Bouxin, Ménétrel,

(*Voir la suite des* Informations, *p. 1638.*)

LA TUBERCULOSE DEPUIS LAENNEC [1]

Par le professeur Léon BERNARD.

Laennec, armé du stéthoscope, fruit de son génie créateur, venait de dégager du chaos toute la pathologie des poumons, édifice grandiose et parfait dans lequel la postérité ne devait avoir à réparer ni fissure ni erreur. La tuberculose pulmonaire surgissait, dévoilée dans son entier; sauf la cause, il avait tout vu : à travers la multiplicité des lésions, la variété des aspects cliniques, il avait reconnu l'unité de la maladie; cette unité que les générations suivantes, plus fortunées parce que mieux outillées, allaient fonder sur les données du microscope, lui l'avait pressentie et affirmée par la seule force pénétrante de son observation. Il avait compris la communauté de nature qui assimile ces formes d'apparence si disparate; ces bruits, que son auscultation avait sortis du néant et que son intelligence avait interprétés avec une infaillible sagacité, il en avait fait des signes caractérisés et caractéristiques, en les reliant aux altérations de l'organe dont il avait percé la signification. Il avait proclamé, chose audacieuse au temps de Broussais, que ces productions, ces tubercules, aux manifestations si changeantes, ne traduisent qu'un seul ordre de phénomènes, toujours identique à lui-même, et sans rapport avec le processus banal de l'irritation. La tuberculose devenait ainsi, sous son empire divinateur, plus qu'une individualité anatomo-clinique, dont il apportait les moyens de diagnostiquer sur le vivant les symptômes et de reconnaître les lésions sur le cadavre : une entité morbide autonome, provoquée et définie par une cause spécifique. Il l'affirmait! mais cette « cause réelle, avouait-il, comme celle de toutes les maladies, est probablement hors de notre portée. »

Oui! hors de la portée des hommes de son temps car les lumières pastoriennes n'avaient pas encore lui.

Mais Laennec avait vu bien d'autres vérités encore. Avant Landouzy, qui devait le démontrer, il avait vu que la pleurésie n'est que la première manifestation « souvent même l'effet » de la présence des tubercules.

Il avait vu que les tubercules peuvent cicatriser, même les cavernes; avant Brouardel, avant Natalis Guillot, il avait saisi le sens de ces cicatrices pulmonaires aux autopsies de sujets morts d'affections étrangères à la tuberculose; et il avait déduit de leur fréquence, par une étonnante prescience de nos plus modernes conceptions, que le développement de la phtisie est précédé par un certain nombre d'attaques, parfois silencieuses, composant alors une phase latente; et aussi que quantité de tuberculoses demeurent indéfiniment muettes et ignorées; il avait encore gravé en traits incisifs le contraste entre ces guérisons spontanées des tubercules et l'impuissance de la thérapeutique de son temps : « Quoique la guérison de la phtisie tuberculeuse soit possible pour la nature, concluait-il, elle ne l'est point encore pour la médecine. »

Mais, alors qu'il fustigeait de sa mordante ironie les meurtrières saignées et les vains orviétans, il n'avait pas méconnu l'influence salutaire des climats propices, les vertus de l'air des montagnes et de l'air marin.



René-Théophile-Hyacinthe LAENNEC
(1781-1826)

La seule lacune grave, inévitable d'ailleurs, que laissait dans l'histoire de la tuberculose l'œuvre de Laennec, c'était, je le répète, l'ignorance de la cause.

La phtisie, depuis l'époque hippocratique, était traditionnellement tenue, par l'opinion médicale comme par le sentiment populaire, pour le type des maladies constitutionnelles qui, avec les traits du visage et la taille, le tempérament et le caractère, les affinités et les aptitudes, se transmettent de génération en génération par l'hérédité. Laennec partageait cette erreur; il n'en pouvait être autrement; qui n'eût pas été frappé de la fréquence de la maladie chez les enfants de phtisiques? Cependant, Laennec n'avait pas été sans marquer le nombre des exceptions à la règle; de même il avait admis, dans une tragique et sereine notation sur lui-même, la possibilité de l'inoculation directe du tubercule; il avait même été jusqu'à croire que la contagion peut parfois s'exercer; le doute, à cet égard, hantait certainement sa pensée : « Une maladie qui n'est pas habituellement contagieuse, écrivait-il, peut le devenir dans certaines circonstances. »

Les notions que nous avons acquises ne nous permettraient-elles pas, à l'endroit de la tuberculose, de formuler aujourd'hui la même proposition?

Il était réservé à un autre génie de chez nous, à Villemin, de prouver, en 1865, par des expériences fameuses, que la tuberculose est une maladie virulente. Ce libre esprit, secouant le misonéisme rétif de la doctrine régnante, montra qu'il fallait « ranger la tuberculose parmi les affections dont on attribue l'existence à un germe morbide capable de se multiplier dans l'économie ».

Ce germe, Robert Koch le décelait, Pasteur étant venu, en 1882. N'hésitons pas à l'affirmer : si, après Laennec, nos connaissances sur la tuberculose se

(1) Discours prononcé à la Sorbonne le 13 décembre 1926.

sont développées, si notre conception même de la maladie a pu, en quelque sorte, s'orienter suivant un nouveau plan, c'est à la découverte de la cause qu'on le doit.

La notion du bacille permet de circonscrire dans ses frontières naturelles cette maladie, si polymorphe dans ses expressions; alle assure de manière définitive la thèse unitaire de Laennec qui, pendant le XIXe siècle, avait fait l'objet des controverses des anatomo-pathologistes et ruiné pour toujours les théories pluralistes de Virchow et de ses émules; tout en délimitant avec certitude le domaine de la tuberculose, elle permet, plus tard, avec Landouzy, de l'étendre, en identifiant, grâce à la présence du bacille, des lésions et des syndromes qui s'éloignaient des lésions et des syndromes exclusivement considérés jusqu'alors comme de nature tuberculeuse; mais aussi elle apporte au clinicien un critère objectif pour guider son diagnostic.

A demeurer un moment sur ce terrain, je crois bien qu'après Laennec, la clinique de la tuberculose n'a effectué que deux acquisitions « de grand rendement », suivant l'heureuse expression d'Henri Poincaré, c'est l'isolement du bacille de Koch, et c'est l'emploi des rayons Röntgen; remarquons d'ailleurs que ces deux immenses progrès n'ont fait, dans l'ensemble, que confirmer les constatations séméiotiques de Laennec et consolider ses vues doctrinales.

Mais ce n'est pas tout : comme tous les virus, le bacille tuberculeux sécrète des poisons; si leur étude n'a encore permis ni de pénétrer entièrement le mécanisme intime de la maladie, ni d'opposer un remède spécifique à ses coups, par contre, elle a fait connaître une réaction révélatrice, la réaction tuberculinique qui a fourni à la médecine vétérinaire, comme à la médecine humaine, de nouveaux moyens de diagnostic, et de plus a transformé radicalement notre manière de comprendre la tuberculose.

Par l'application des réactions tuberculiniques, en effet, notamment de la cuti-réaction inventée par un médecin viennois, von Pirquet, nous avons appris que le bacille tuberculeux envahit notre organisme insidieusement, qu'il peut y végéter sans créer la maladie redoutable seule connue jusqu'alors, et, constatation plus capitale encore, nous avons levé le masque de silence derrière lequel il cache son énorme diffusion dans le monde.

Nous savons aujourd'hui qu'il faut distinguer entre les sujets malades de la tuberculose et ceux qui ont été touchés par le bacille, mais lui ont résisté. Nous savons que si le nombre des tuberculeux, des phtisiques, paraît, hélas! trop élevé, il est relativement faible par rapport à la foule des individus qui, dans nos collectivités urbaines, dissimulent sous une santé parfaite une bacillose qui, ayant avorté, les a plus ou moins parfaitement immunisés. C'est en raison de la dissémination inouïe du germe que, le plus souvent, celui-ci s'insinue dans notre organisme dès l'enfance, comme Behring l'avait avancé; mais lorsque les bacilles ne s'y introduisent qu'en petit nombre, la tuberculose s'arrête rapidement; ainsi se produisent ces guérisons spontanées qu'avait entrevues Laennec; sous l'influence de facteurs divers intervenant ultérieurement, maladies intercurrentes, alimentation déficiente, mauvaises conditions d'hygiène, que sais-je? la maladie peut se réveiller des années plus tard, et c'est alors le début apparent d'une tuberculose qui, en vérité, puise ses origines dans un passé plus ou moins lointain. Ce n'est que dans des circonstances spéciales que l'agression bacillaire commence réellement à l'âge adulte.

La découverte du virus, achevant celle de l'inoculabilité, venait encore éclairer le mode de transmission de la tuberculose. Alors que celle-ci semblait aux yeux de tous de nature constitutionnelle et héréditaire, elle s'avère désormais comme une infection accidentelle venue du dehors par contagion. Ce n'est plus l'analyse des tempéraments, des prédispositions qui capte l'attention du phtisiologue, c'est la possession du mécanisme et le dépistage des sources de la contagion qui conduisent son action prophylactique.

En effet, deux notions essentielles émergent de tout ce développement de faits et d'idées : la première, c'est que la propagation de la tuberculose, fonction de contagion interhumaine, est liée aux conditions sociales des groupements humains; la seconde, c'est que la tuberculose, n'étant déterminée que par contagion, peut être évitée.

De là naissaient à la fois la conception sociale de la maladie et l'idée de sa prophylaxie. Tandis que sa thérapeutique se perfectionnait par la systématisation des cures sanatoriales avec Brehmer, par l'invention du pneumothorax artificiel avec Forlanini, tout de même l'effort principal des médecins et des collectivités se portaient vers la prévention du fléau, dont, avec une précision de plus en plus alarmante, on découvrait les ravages à travers l'univers civilisé tout entier. L'importance prépondérante, pratiquement exclusive, de l'expectoration des tuberculeux comme véhicule du contage, en même temps que la reconnaissance de la réceptivité des enfants, orientaient la prophylaxie : on comprend la portée de l'éducation hygiénique des malades et des sujets sains : on prononce la nécessité et l'on formule les moyens de préserver les enfants. Sir Robert Philip, en Ecosse, Calmette, en France, innovent le dispensaire. Grancher établit le principe de la séparation des enfants hors du foyer familial tuberculisé.

Ainsi se constituent peu à peu les éléments de ce que nous appelons aujourd'hui l'armement antituberculeux : dispensaires, sanatoriums, préservation de l'enfance, éducation sanitaire; leur action conjuguée, coordonnée, a désormais fait ses preuves.

Mais déjà se lèvent des aurores nouvelles; peut-être le bacille de Koch nous réserve-t-il la surprise de métamorphoses naturelles dont nous tirerons de nouveaux progrès. Surtout notre cher grand Calmette, par un retour aux premiers principes pastoriens, nous apprend à atténuer le virus vivant au point de le transformer en vaccin. Et l'espoir est aujourd'hui permis de prémunir les enfants dès la naissance, de les soustraire au bacille qui les guette, de dérober ainsi à l'ennemi ses victimes les plus nombreuses, les plus pitoyables, les plus précieuses. C'est la face du monde qui changera si la découverte de Calmette arrache la tuberculose dans ses racines!

Dès maintenant, d'ailleurs, le fléau entre en son déclin. Particulièrement chez les peuples heureux où le concert de l'esprit public éclairé, des volontés gouvernementales résolues et des entreprises privées généreuses a réalisé pleinement les instruments de la lutte antituberculeuse, on a vu reculer le mal; on le sait bien, notamment chez nos amis du Danemark, de la Grande-Bretagne et des Etats-Unis d'Amérique. Mais presque en tous pays on signale la même encourageante retraite. Sans doute faut-il y voir, pour une part, la conséquence d'une plus

grande prospérité des populations qui, grâce au développement parallèle de l'hygiène, se soignent, se logent, s'alimentent mieux qu'aux siècles passés; pour une part aussi, les effets de cette immunisation progressive de l'humanité, résultat de la diffusion du bacille et de ses aptitudes vaccinantes; mais surtout j'atteste que la diminution de la tuberculose suit, là où elles existent, les mesures qui sont prises pour la combattre directement. Multiplions donc et outillons les laboratoires, arme du diagnostic; entraînons les médecins à s'en servir. Instruisons le peuple des choses de la santé; sauvegardons les sujets sains; à cet effet répandons les infirmières visiteuses à travers le pays; équipons plus encore de dispensaires, qui seront leurs centres de ralliement et les forteresses de notre campagne, et aussi créons plus de lits pour soigner, isoler, et éduquer les malades.

Personne plus que moi ne sait ni ne loue l'effort tenace et méthodique qui s'est poursuivi en France, puissamment soutenu par les Pouvoirs publics, dans ces dernières années. Mais nulle tâche n'apparaît plus impérieuse : le but n'est pas atteint. Tendons vers lui, vers la vie saine et forte, toutes nos énergies.

***

Convier à entretenir le culte de la science et le respect de ceux qui la servent, voilà la moralité d'une pareille cérémonie.

« L'histoire du monde, a dit Carlyle, c'est la biographie des grands hommes. » Ce qu'un Laennec a pu faire pour le bien de l'humanité, alors qu'il ne s'imaginait qu'ausculter des malades et explorer des cadavres, est incalculable. En ouvrant à la lumière les secrets de la tuberculose, il préparait les conquêtes de l'avenir, qui devaient éclore dans le travail discret des laboratoires. Tout s'enchaîne, dans les découvertes scientifiques, en une filiation continue fécondée par le génie. Si les satisfactions esthétiques, les jeux de l'intelligence et les élans de l'âme dispensent aux hommes la consolation de leurs paradis spirituels, la Science, qui habite aussi ces hauteurs radieuses, entoure par surcroît notre activité matérielle du bonheur, moins chimérique, qui fait la joie de vivre. Un autre grand Breton, Renan, confessait une foi nouvelle en s'écriant que « la Science seule peut améliorer la malheureuse situation de l'homme ici-bas ». La fortune de la Nation, le destin de l'Humanité sont désormais liés au sort des serviteurs de la Science. On devine, par le génie prématurément fauché d'un Lavoisier, ce qu'il en coûte à un pays de croire que la République n'a pas besoin de savants! En ce temple du Savoir, en ce lieu vénérable où s'est formé l'esprit français à travers les variations des verbes et des dogmes, glorifions ceux auxquels nous devons à la fois le meilleur de notre prestige et le plus sûr de notre valeur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Maladies des reins, par le docteur G. Siguret, médecin assistant à l'hôpital d'urologie, consultant à Saint-Nectaire. « Les Consultations journalières. » In-16 de 164 p. — Prix : cartonné, 10 fr., plus hausse de 20 p. 100, soit 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

QUELQUES GLANES SUR LAENNEC

L'ÉTYMOLOGIE DU MOT « LAENNEC »
LA CHARTE D'ÉDUCATION RÉDIGÉE PAR LE PÈRE DE LAENNEC ET DESTINÉE A SON FILS

Par le docteur CABANÈS.

Du nouveau sur Laennec! N'est-ce pas bien de la prétention, après les savants travaux qui lui ont été consacrés; après, surtout, la remarquable monographie du professeur Rouxeau (de Nantes), qui ne laisse guère à glaner après lui. Il est, cependant, quelques menus détails qui ont échappé aux laborieuses investigations de notre regretté confrère; ils feront l'objet de cette modeste « contribution », qui viendra s'ajouter aux nombreux articles qui ont été, ici et là, consacrés à la plus éclatante personnification du génie médical dont notre pays ait le droit de tirer fierté.

On ne semble pas encore s'être mis d'accord sur l'orthographe exacte du nom de Laennec; on le voit tantôt écrit avec un tréma sur le premier *e*; tantôt sans ce tréma.

D'une lettre du père de Laennec à son fils, nous détachons ces lignes :

« *Laennec*, qu'on prononce lennec, vient de *lenn*, leçon, lecture. Il se traduit par « liseur », « homme d'études »; ainsi, *Scournec* veut dire un homme à longues oreilles; *Laouec*, un homme qui a des poux, de *laou*, pou; *mézec*, un homme honteux, de *mez*, honte; *Kerlouarnec*, village des renards, de *ker*, lieu, et *louarn*, renard... »

Laennec est issu, comme chacun sait, d'une vieille famille bretonne : né à Quimper, il est mort à Kerlouarnec, près de Douarnenez, le 13 août 1826, et c'est pourquoi on commémore cette année le centenaire de sa mort.

Laennec était donc, fait observer un philologue très versé dans les questions d'étymologie (1), un Cornouaillais.

A s'en rapporter à ses autographes, l'inventeur de l'auscultation médiate n'a jamais écrit son nom avec un tréma; et, d'ailleurs, celui-là n'en est pas accompagné sur le socle de la statue qui lui a été élevée dans sa ville natale, en 1868.

Littré, dans son édition d'Hippocrate, de même que dans son *Dictionnaire de médecine*, en collaboration avec Nysten, à l'article *Auscultation*, respecte l'orthographe véritable; on ne s'explique pas pourquoi l'orthographe défectueuse a reparu dans les éditions ultérieures (2).

La *Biographie universelle* de Michaud, de même que la *Nouvelle Biographie générale* de Didot, donnent la version correcte. Par contre, les encyclopédies allemandes de Meyer et Brockhaus, le *Glossaire moyen-breton* de E. Ernault (1895), continuent les errements de leurs devanciers, consacrés officiellement par l'appellation de l'hôpital qui porte le nom du génial praticien : l'*Hôpital Laënnec* (sic).

Pour conclure, « le tréma, dans le nom de Laennec, est illégitime; il s'explique par la démocratisation actuelle de la langue française, et ce qu'on peut appeler, d'un mot nouveau, le sabotage linguistique (3). »

(1) *Le mal d'amour d'Ailille Angula et le nom de Laennec*, par Henri Gaidoz, Halle, Max Niemeyer, 1912.

(2) V. notamment la 23e édition du *Dictionnaire* édité par le professeur Gilbert.

(3) H. Gaidoz, *loc. cit.*

*
* *

Dans les hommages qui ont surgi, de tous côtés à la gloire de Laennec, on n'a peut-être pas rendu justice suffisante à celui qui contribua, pour une large part, à sa formation intellectuelle et morale. C'est en parcourant la correspondance qu'il échangeait avec ses fils, et notamment avec son aîné, René-Théophile, que l'on relève les conseils les plus judicieux, et dont on a trop méconnu la valeur éducative, pourtant manifeste.

Ce précieux manuscrit, dont un érudit qualifié (1) nous a dévoilé l'existence, mérite d'être tiré de l'oubli; c'est un document à consulter, si l'on veut pénétrer le secret du génie, qui n'est jamais, ou rarement, spontané, et plonge souvent ses racines au plus lointain des âges.

A quelle époque furent rédigées ces instructions paternelles, on l'ignore; l'essentiel à retenir, c'est qu'elles furent adressées à celui des membres de la famille Laennec qui nous intéresse le plus, et cela seul importe.

Retenons-en l'exorde :

Dans tous les états de la vie, mon cher Théophile, il faut savoir sa religion, il faut avoir l'esprit orné. Il est indispensable pour vous de savoir vous présenter. Il y a des exercices du corps qu'il serait honteux d'ignorer. Ce n'est point assez de faire du bien, il faut le faire avec ordre. Ayez donc les heures du jour tellement réglées que rien, autant qu'il sera possible, ne vous en puisse détourner.

Je réduirai à trois principaux articles ce petit traité : le premier traitera des exercices du corps; le second, de ceux qui contribuent à ouvrir l'esprit; le troisième renfermera un ordre des actions de la journée.

Le père, après avoir recommandé à son fils une nourriture frugale, l'habitude de manger froid ou chaud, selon les circonstances, la précaution de se couvrir légèrement la nuit, et de se conserver sain et robuste, lui conseille en premier lieu la natation, mais en observant certaines règles indispensables de prudence, dans la pratique d'un sport qui n'est pas sans danger.

On ne doit jamais s'aller baigner seul; on risquerait de périr faute de secours... Il est indécent d'y aller en nombreuse compagnie.

Passant ensuite à l'équitation, le père de Laennec engage son fils à consulter les livres qui traitent de cet art et à suivre les leçons d'un professeur.

Pour entretenir l'élasticité et la souplesse du corps : « Habituez-vous, dit-il à son Théophile, à lancer une pierre adroitement. Cet exercice a sauvé la vie à bien des gens. »

Il lui recommande, en outre, la chasse; plus tard, Laennec mettra son amour-propre à être un excellent chasseur et un tireur à l'escrime capable de donner des points à un adversaire.

Il n'est pas jusqu'à des notions de cuisine qui ne soient indispensables à un jeune homme qui entre dans la carrière.

Je vous exhorte à faire quelques ragoûts. Que de rencontres dans la vie où cela vous servira! Ne vous piquez pas de faire un grand cuisinier, mais apprenez la façon d'accommoder les plats les plus simples...

Il ne sera pas superflu d'apprendre à préparer quelques remèdes simples, qui pourront trouver leur application dans maintes circonstances de la vie.

Certaines distractions, tenues généralement pour frivoles, ont cependant leur utilité, leur nécessité même :

Danser, chanter, jouer du violon ou de la harpe, dessiner, sont des connaissances nécessaires. Quelques-uns les appellent des connaissances *curieuses*, mais ne vous laissez pas prévenir par ces termes, mon cher Théophile. Le dessin qui se borne à peindre des fleurs et des paysages, est, sans doute, une pure curiosité, mais vous devez aller plus loin; il faut apprendre à tirer un plan. Il en est de même de toutes les autres connaissances qui sont nécessaires dans la société. Le jeu est, à présent, l'âme de presque toutes les réunions, et il faut apprendre tous les jeux à la mode.

La religion, la grammaire ont leurs paragraphes spéciaux; la géologie et la langue latine ont aussi leur place dans ce traité, didactique autant que moralisateur.

Dans le passage consacré à l'éloquence, ces lignes nous ont paru dignes d'être relevées :

Vous êtes né, mon cher Théophile, pour parler en public. Vous sentez donc combien l'histoire vous est utile. La chronologie et la géographie en sont des parties essentielles. Ayez là-dessus le livre *de la mémoire artificielle*, par le R. P. Buffier. Pour le blazon (*sic*), une teinture vous suffira.

L'agriculture, les beaux-arts, l'*économique* ont leur chapitre. Il faut savoir le prix du travail et des marchandises, comment elles sont produites et d'où elles viennent, quelles ressources elles peuvent apporter au commerce, etc.

Pour le commerce comme pour l'agriculture, des connaissances en droit public sont indispensables; le père de Laennec se réserve de donner à son fils des leçons sur ce sujet.

Le manuscrit se termine par des réflexions morales, que le père de Laennec regardait comme le complément de ses instructions. Il s'y montre assez libéral, si nous en jugeons par ces lignes consacrées au jeu :

Le jeu, écrit-il, est maintenant à la mode et tient dans la société, la place de la conversation. Il dégénère peut-être en abus, mais... ce n'est pas à nous de le réformer. Tout ce que vous pouvez faire, c'est de modérer votre jeu, et de ne pas devenir un joueur de profession. Ayez toujours la bourse bien garnie; il est disgracieux, quand on est dans une compagnie, de n'avoir rien à perdre. Mais ne risquez que ce que vous pouvez perdre sans vous incommoder.

Passant à un ordre d'idées plus matériel, relevons dans la correspondance du père de Laënnec avec son aîné ce petit compte qui se rapporte à la dernière année d'études de son glorieux fils :

Pour chemises................	120 livres
Pension de trois trimestres.....	900 —
Frais de thèses................	500 —
Ensemble..............	1.520 —

Vous recevrez encore, lui écrivait-il, 300 livres au premier jour; mais *ne me demandez plus rien que vous ne soyez médecin.*

Trois années plus tard, Laennec pouvait annoncer triomphalement à ses parents qu'il avait touché 10.000 écus, soit 30.000 francs d'honoraires et que, dès lors, son père pouvait cesser de lui payer la pension de 1.200 francs, qu'il continuait à lui fournir, depuis que son aîné s'était fixé à Paris pour ses études.

Ce n'était pas encore la fortune, mais c'était le premier échelon pour y atteindre.

(1) *Les Laënnec* (*sic*) *sous l'ancien et le nouveau régime* (de 1763 à 1836), par A. du Chatellier, Vannes 1885.

CENTENAIRE DE LAENNEC

SÉANCE SOLENNELLE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

14 DÉCEMBRE 1926

ALLOCUTION DE M. PAUL BAR

Président de l'Académie.

M. le professeur Bar souhaite la bienvenue au ministre de l'Instruction publique et aux délégués étrangers au nom de l'Académie, puis il salue la mémoire de Laennec et indique en fort bons termes la genèse de son œuvre.

« ... La métaphysique prévalait alors dans la médecine. Les théories se heurtaient, s'enchevêtraient et, au hasard des controverses, s'effondraient ou triomphaient et passaient au rang des doctrines; on oubliait la fragilité de base de la chimiatrie, de l'iatro-mécanicisme; on voulait faire obéir les choses à la pensée; les hypothèses les moins fondées apparaissaient comme les vérités les plus certaines et finalement on inclinait vers un animisme tout spéculatif.

En clinique trop de médecins philosophaient plus qu'ils n'observaient.

Dans ce désordre d'idées, Laennec, qui semble avoir pris de l'héritage de Bichat la part la plus sûre, s'était donné comme règle de n'être qu'un observateur : il le fut.

Les hommes mouraient de ces lésions que tant de fois il avait vues avec Bayle sur la table d'autopsie; il fallait déterminer le lien qui les unissait aux symptômes observés pendant la vie; tâche de sévère analyse qui ne devait pas attirer, de prime abord, la foule des auditeurs au professeur petit, souffreteux, à l'esprit tout de méthode et de réserve; elle devait lui donner l'enthousiasme de la Postérité.

C'est qu'il était de ceux qui, comme le sage de Babylone, savent découvrir des différences entre les choses qui paraissent uniformes aux autres hommes : il savait voir, et d'un jeu d'enfant entrevu par hasard il déduisait l'auscultation médiate; il savait entendre, et, son oreille musicale reconnaissant des variétés dans les sons confus nés dans la poitrine de l'homme malade, il en comprenait la signification. C'est aussi qu'il a doté la Médecine, non seulement de l'auscultation, mais encore de la méthode anatomo-clinique qui, par la recherche ordonnée du rapport entre le symptôme et la lésion, a régi l'art médical pendant tout un siècle...

Plaçons avec assurance sous le signe de Laennec l'avenir de la pratique de la médecine.

Il avait, et cela dans la juste limite que dictait l'état de la science d'alors, fait de la sévère observation des faits la base de cette pratique; elle y reste et y restera toujours la suprême loi.

C'est grâce à elle que les médecins, vivant dans l'atmosphère scientifique de leur temps, pourront indiquer aux hommes de laboratoires, aux chercheurs, les défaillances de leurs aperçus, ou consacreront les progrès dont ils sont les promoteurs; c'est par elle, enfin, que la médecine se rapprochera le plus sûrement de son but, le plus noble de ceux que l'activité de l'homme se soit imposé d'atteindre : soulager la souffrance humaine. »

LES ORIGINES MÉDICALES DE LAENNEC

Par M. Ch. Mirallié (de Nantes).

« Le 15 mai 1788, le voilier *Saint-Goustan* débarquait au quai de la Fosse, à Nantes, deux jeunes Quimpérois : René-Théophile-Hyacinthe Laennec, et son frère cadet, Michel-Jean-Bonaventure.

Leur père, Théophile-Marie Laennec, lieutenant au siège de l'Amirauté de Quimper, doué des plus heureuses dispositions naturelles, d'infiniment d'esprit et d'une intelligence au-dessus de la moyenne, était distrait, insouciant, versatile, dénué de bon sens; plus occupé de chansons, de petites pièces anacréontiques et d'épithalames que de ses enfants, il confiait ceux-ci à son frère Guillaume-François Laennec de la Renardais, heureux de se débarrasser sur lui du fardeau matériel et de la responsabilité de leur éducation.

Guillaume Laennec, après avoir fait ses études médicales à Paris, s'était fait recevoir docteur à la Faculté de médecine de Montpellier. Après un séjour en Angleterre, il exerça d'abord la médecine à Quimper, puis, en 1781, il vint se faire inscrire à la Faculté de médecine de Nantes, où il fut nommé agrégé en 1785. Lors de l'arrivée de ses neveux, il était recteur de l'Université de Nantes.

Guillaume Laennec jouissait alors, parmi ses collègues de l'Université et ses confrères, d'une haute considération. D'un esprit fin, disent ses contemporains, d'un tact sûr et délicat, doué d'une sagacité particulière, il avait une très grande facilité d'élocution basée sur une mémoire prodigieuse et une grande pureté de langage. S'il avait une sorte d'originalité, peut-être un peu de brusquerie dans ses manières, il était, par contre, d'une loyauté parfaite, d'une rigidité de principes remarquable en ces temps troublés, le plus pondéré et le mieux équilibré de la famille, d'une ténacité et d'une volonté toutes bretonnes et que rien ne pouvait faire dévier du but qu'il s'était fixé... »

Tel était l'homme qui devait avoir sur l'avenir de René-Théophile-Hyacinthe Laennec une influence décisive. C'est lui qui l'orienta vers les études médicales.

L'époque tourmentée avait bouleversé cette vieille Université de Nantes si longtemps protégée par les ducs de Bretagne, elle n'en conservait pas moins une élite intellectuelle dans laquelle René Laennec trouva ses premiers maîtres, Bacqua « le Desault nantais », et Darbefeuille, anatomiste, physiologiste, clinicien et thérapeute.

Laennec avait quatorze ans et sept mois quand il commença sa médecine en 1795. En 1799, il passait les épreuves de médecin militaire, officier de santé de 2e classe, et fait partie de l'armée de Brune chargée de débloquer Vannes.

La paix signée, il rentre à Nantes, et obtient enfin, en 1801, l'autorisation de son père d'aller à Paris.

« ... Laennec allait trouver alors le terrain nécessaire à l'éclosion de son génie. Les fortes études d'anatomie qu'il avait faites et refaites à Nantes, l'expérience clinique qu'il avait acquise pendant ces cinq années d'études, les conseils sages et pondérés de l'oncle Guillaume qui avaient mûri son jugement, allaient fructifier.

A Paris, Laennec prit conscience de lui-même. Elève de Corvisart, ami de Bayle, connaissant déjà toute la valeur de la méthode anatomo-clinique, il chercha, dans chaque cas, l'explication du fait clinique dans la recherche de la lésion. Il faut voir, dans ses nombreuses observations conservées pieusement à l'Ecole de médecine de Nantes, avec quel soin méticuleux était fait l'examen clinique du malade; aucun organe n'était oublié, et le protocole d'autopsie, précis et méthodique, ne néglige aucun viscère; tout, même l'axe nerveux le plus souvent, est rigoureusement examiné et décrit.

Inclinons-nous devant ce glorieux Breton, ce rénovateur de la médecine, ce génie hors pair, le plus grand génie médical peut-être de l'humanité. Respectons et admirons en lui l'inventeur de l'auscultation, le défenseur de la méthode anatomo-clinique, rénovant la médecine sur des bases nouvelles et indestructibles et que les Anciens auraient déifié... »

LAENNEC ANATOMO-PATHOLOGISTE

Par M. Letulle.

« ... Pour dresser un tableau digne du héros que nous honorons, il faudrait pouvoir suivre, pas à pas, Laennec au cours de ses innombrables investigations cadavériques, de mai 1801 à septembre 1819. Il faudrait refaire, derrière lui, le rude

chemin tracé, à coups de scalpel, parmi l'immensité chaotique des « Trésors » révélés à ce prospecteur infatigable, providentiellement servi par une réunion peu commune de magnifiques dons naturels.

Il serait indispensable d'analyser le procédé, fait de précision, d'ordre et de clarté, qui, d'emblée, s'imposa, dès le début, à ses investigations, méthode de travail dont plus jamais il ne se départit, au cours de sa vie scientifique.

L'étude à entreprendre aurait, encore, pour mission de mettre en lumière les nombreuses altérations matérielles dont Laennec sut, le premier, déterminer la valeur et dont il traça, de jet et, semble-t-il, sans effort, les caractères indélébiles. Les descriptions du maître atteignent une perfection si extraordinaire que la postérité, volontiers sévère cependant pour les œuvres des plus illustres de ses héros, n'a pas osé, n'osera jamais y porter une main sacrilège.

Resterait encore un passionnant travail : scruter à fond, dans ses méandres les plus reculés, l'œuvre totale de Laennec, celle publiée et celle demeurée manuscrite, dépouiller ses notes éparses, sa correspondance entière, tout ce qui reste de lui en un mot, afin de trouver le fil d'Ariane suivi par l'Emule de Bichat, pendant ses longues années de pensées créatrices.

Enfin, comme couronnement de cette apothéose, l'auteur de « Laennec anatomo-pathologiste » accompagnerait, le long de son calvaire, ce grand cœur chrétien, possédé par son généreux désir d'atténuer, grâce à ses découvertes, les souffrances de l'humanité; il revivrait, avec lui, la tragique aventure de ce corps faible et maladif, maintenu debout par une intelligence toute-puissante et par une invincible ténacité, forcé cependant, par la pauvreté, d'abandonner son traité d'anatomie pathologique, son œuvre maîtresse, l'œuvre de vérité réformatrice en laquelle il avait mis tous ses rêves de gloire. Il le montrerait luttant pied à pied contre l'adversité, défaillant à plusieurs reprises sous le poids de sa misère, de la fatigue physique, et, qui sait? peut-être aussi de son génie, mais rebondissant, chaque fois, sous la poussée d'un obscur pressentiment qu'il avait une œuvre, une grande œuvre à remplir et que les *temps s'accompliraient*. Et voici venu septembre 1816, le jour de la révélation fulgurante, jour de l'*auscultation médiate* et de la démonstration victorieuse de la valeur de la *méthode anatomo-clinique!* en unissant d'un lien indissoluble les signes physiques des maladies à leurs lésions matérielles, la méthode de Laennec ne se contentait pas de révéler à la Médecine la pathologie entière du poumon. Le Bichat de l'anatomie pathologique rajeunissait, jusque dans ses bases, la Médecine d'Hippocrate : elle lui donnait des ailes.

Devant l'impossibilité de mener à bien un aussi vaste programme, il m'a semblé qu'il serait plus modeste et moins difficile de résumer devant vous, en un court tableau, comment Laennec devint anatomo-pathologiste et pourquoi il trouva, dans la pratique passionnée de cette Science, la source pure de sa gloire immortelle... ».

* * *

Du bel exposé de M. Letulle retenons surtout le passage suivant :

« ... Tout vibrant encore de ses deux succès à l'Ecole, encouragé par Leroux et par Corvisart, le jeune savant décida de donner, à l'exemple de Dupuytren, *un cours public d'anatomie pathologique*, en cet hiver de 1803. Le succès couronna son audace. Les admirateurs de Laennec et ses héritiers ont conservé les preuves de ce splendide effort, qui se poursuivit, trois hivers durant, au milieu de difficultés de toute nature bien décrites par Rouxeau. J'ai suivi, mot par mot, les notes détaillées, rédigées par Guépin, du premier cours, de novembre 1803 à mars ou avril 1804. C'est une œuvre de haute allure, parfaite, pour l'époque, admirablement ordonnée et remplie de faits nouveaux et d'idées originales. Elle mériterait d'être reproduite, *in extenso*, dans les ŒUVRES COMPLÈTES DE LAENNEC, si quelques généreux admirateurs de notre immortel compatriote entreprenaient de lui dresser un monument impérissable. Laennec y développait tout particulièrement un plan d'étude d'anatomie général qui était nouveau. C'était *son* plan, mûri dans le silence et basé sur les nombreux exemples de lésions recueillies, au cours des examens cadavériques, par lui et par Bayle, pendant leurs dix-huit mois de vie de galériens. Ce plan qui allait, dans quelques mois, être la cause d'une rupture violente entre Dupuytren et Laennec, divisait les *lésions* du corps humain en deux grandes classes : celles *qui n'ont point d'analogues dans les tissus sains*, et celles qui y ont leurs analogues. Dans la première classe, composée des « lésions caractérisées par la production d'un tissu différent de ceux qui se remarquent dans l'état sain », Laennec décrivait, à l'exemple de Bichat, l'*inflammation* sous toutes ses formes alors connues et les *squirrhes*, autrement dit les cancers infiltrés, auxquels il établissait deux phases : l'état de « crudité » et le « ramollissement », ou la dégénérescence. Brisant le cadre trop étroit de Bichat, Laennec complétait cette classe première par plusieurs adjonctions : les indurations fibro-albumineuses, mieux dénommées *scléroses*, les *tubercules*, les *dégénérescences gélatineuses*, les *dégénérescences lardacées*, les *dégénérescences fibro-lardacées*, les *dégénérescences noires* (plus tard mélanoses), les *dégénérescences cérébriformes* (qui seront les encéphaloïdes) et les *dégénérescences albumineuses cornées*. Il ne connaissait pas encore les *dégénérescences fauves-flasques*, les fameuses *cirrhoses*.

Dans la seconde classe entraient « les *dégénérescences qui ont un tissu analogue dans l'économie* » et le professeur y suivait le plan établi par Bichat, pour ses systèmes ou tissus. C'étaient : les dégénérescences celluleuses, scléreuses, synoviales, muqueuses, vasculaires, cornées, fibreuses, fibro-cartilagineuses, cartilagineuses, osseuses. Et, comme maintes lésions comportaient une combinaison des diverses variétés étudiées plus haut, l'auteur ouvrait la porte aux *dégénérescences mixtes* (plâtreuses, fibro-cartilagineuses et osseuses associées) et enfin aux *dégénérescences composées*; dans ces dernières, tissus non analogues et tissus analogues se trouvent, par accident amalgamés; telles les substances tuberculeuses et plâtreuses, tels la sclérose et le squirrhe réunis, ou encore le squirrhe et les tubercules combinés; tels, enfin, les « kystes fibreux ».

Cette introduction magistrale à l'anatomie pathologique générale se terminait par une étude très poussée des *hydatides*.

Dans une seconde partie, le cours abordait l'histoire des *lésions considérées dans chaque système d'organes*, conformément à l'anatomie de Bichat. Le tissu cellulaire et toutes ses lésions détaillées, le système séreux, le synovial, le muqueux, etc., se succèdent, avec une richesse inouïe dans les détails des altérations; une exposition succincte des signes correspondant à chacun des désordres termine les paragraphes. Le tout est d'une si lumineuse venue, que l'on en sort avec l'impression d'une œuvre vraiment supérieure, profondément pensée, ordonnée avec méthode, complète, en un mot, et touchant à la perfection.

Le cours se terminait par l'étude des *maladies* considérées *par ordre d'appareils*; la tête depuis le cuir chevelu jusqu'à l'encéphale; les centres nerveux, les organes des sens; l'appareil respiratoire, dans lequel les pleurésies et la pneumonie sont, déjà, tracées de main de maître, mais où la tuberculose pulmonaire n'est encore qu'ébauchée; l'appareil circulatoire, où l'influence de Corvisart se fait nettement sentir: l'appareil digestif, depuis la mâchoire jusqu'à l'anus, dans lequel les lésions intestinales de la « fièvre muqueuse », des « fièvres adynamiques et ataxiques » sont autrement décrites que Prost, l'année suivante, et dix ans plus tard, Petit et Serre ne le feront; le péritoine et la péritonite y ont leur place d'honneur; les lésions du foie, en particulier, les tubercules y figurent, un peu vagues à cause de l'ignorance, où vivait, à cette époque, le monde médical au sujet des lésions viscérales causées par la syphilis.

Après une revue rapide des lésions de l'appareil génito-urinaire de l'homme et de la femme, le cours se terminait par un aperçu sur les lésions des membres et, enfin, sur les *Lésions générales* auxquelles le professeur ne consacrait que quelques généralités, mais d'une profondeur de vues parfois divinatrices, puisque, en particulier, quand il parle des *fièvres muqueuses* et *adynamiques*, il revient sur leurs ulcérations du canal intestinal; il signale leur « couleur violette, leurs bords relevés en une espèce de bourrelet, et la suppuration non concrète... ».

... Puis M. Letulle nous retrace la lutte avec Dupuytren, les difficultés matérielles auxquelles se heurte Laennec.

« Tout d'un coup, après tant d'années d'immobilité féconde,

voici la révélation : l'auscultation médicale est découverte et, par elle, la démonstration victorieuse de la toute-puissance de LA MÉTHODE ANATOMO-CLINIQUE, qui va révolutionner la médecine.

Le *grand œuvre était accompli...* »

LAENNEC, CLINICIEN ET MÉDECIN

Par M. Emile SERGENT.

M. Sergent, le successeur de Laennec dans le vieil hôpital de la Charité, s'attache à « ébaucher les traits essentiels qui caractérisent le clinicien génial et le médecin probe et désintéressé que fut Laennec ».

Après avoir étudié son ascendance, la vieille famille de robe qui était celle de Laennec, ses traditions, son éducation religieuse première, le grand exemple professionnel donné par son oncle Guillaume, le bouleversement des idées philosophiques et sociales pendant la tourmente révolutionnaire, M. Sergent montre que les bases fondamentales du caractère et du génie de Laennec se résument en deux idées : *tradition et progrès*. « Ainsi se précise l'origine première des principes directeurs auxquels obéit Laennec durant toute sa vie : le respect des grands maîtres du passé, qui s'affirme dans sa vénération pour Hippocrate; l'inlassable ardeur qu'il déploya à découvrir des faits nouveaux, l'horreur qu'il montra toujours pour les théories et les doctrines, lorsqu'elles ne sont que des conceptions hypothétiques et non les conclusions d'observations rigoureuses. »

La clarté de son esprit scientifique, l'indépendance et la noblesse de son caractère, sa fidélité à ses collaborateurs et à ses amis, Laennec les montre dès le début de ses études alors qu'il est l'élève de Corvisart, de Bichat et de Dupuytren, et qu'une amitié particulière le lie à Bayle.

« ... J'ai pensé, Messieurs, que la mission que vous m'avez fait l'honneur de me confier n'avait pas pour objectif de dresser une sorte de catalogue des travaux cliniques de Laennec, mais que je devais tenter de discerner dans son œuvre les manifestations de son génie. Elles apparaissent, à mon sens, avec tout leur éclat, dans les acquisitions que nous lui devons sur la pathologie de l'appareil respiratoire et sur la tuberculose; c'est sur ce domaine que s'affirme, avec son relief le plus puissant, l'excellence de la méthode qu'il introduisit dans l'art de l'observation médicale.

Avant Laennec le diagnostic des maladies thoracique se limitait à la constatation des symptômes fonctionnels et généraux, auxquels, depuis Hippocrate, les médecins s'attachaient à trouver des caractères différentiels plus ou moins discutables. La recherche des signes physiques était encore rudimentaire; la palpation, qui avait conduit Hippocrate à découvrir la sensation de fluctuation, permettait d'apprécier la force, le rythme et le nombre des battements cardiaques, mais ne donnait aucun résultat capital dans l'exploration de l'appareil respiratoire; la percussion, seule, apportait d'utiles renseignements, dont Laennec avait pu constater l'importance dans le service de Corvisart, qui, ayant lu et traduit Avenbrügger, l'employait avec maîtrise. Quant à l'auscultation, elle était, si j'ose dire, en germination; Bayle, se souvenant sans doute qu'Hippocrate avait eu recours à ce moyen d'exploration, avait pris l'habitude d'appliquer l'oreille sur la région précordiale pour apprécier l'état des battements cardiaques, lorsque la palpation ne permettait pas de les bien percevoir. Double, cependant, paraît avoir eu l'idée d'appliquer l'auscultation à l'examen des poumons; mais, en dépit des revendications qu'il présenta à la suite des premières publications de Laennec, il est incontestable qu'il n'avait retiré de cette pratique aucun enseignement méthodique et précis.

On ne peut se soustraire à quelque étonnement rétrospectif lorsqu'on constate que des hommes comme Bayle n'ont pas songé à écouter le bruit de la respiration, alors qu'ils cherchaient à entendre les battements du cœur. On ne peut également, de nos jours, ne pas marquer quelque surprise lorsqu'on voit Laennec écrire que l'auscultation *immédiate* lui paraît impraticable. « Aussi incommode pour le médecin que pour le malade, le dégoût seul la rend à peu près impraticable dans les hôpitaux; elle est à peine proposable chez la plupart des femmes, et, chez quelques-unes même, le volume des mamelles est un obstacle physique à ce qu'on puisse l'employer... » Incommodité et sentiment de pudeur, ce dernier, sans doute, prenant le pas, à une époque où les mœurs étaient quelque peu différentes de ce qu'elles sont aujourd'hui! Mais Laennec ajoute : « Cependant, faute d'un moyen plus sûr, j'avais depuis longtemps l'habitude d'employer la méthode dont je viens de parler (l'auscultation immédiate), lorsque, dans un cas obscur, elle se trouvait praticable, et *ce fût elle qui me mit sur la voie pour en trouver une meilleure...* » Et voici énoncée l'idée en germe de la grande découverte! Une circonstance fortuite allait en déclencher l'éclosion subite. L'histoire est classique et connue de tous. Un matin de septembre 1816, Laennec, sortant de Necker, se rendait à pied auprès d'une jeune fille atteinte d'une maladie de cœur dont l'état le rendait perplexe; le sexe et l'âge de la malade ne permettaient pas de songer à appliquer sur sa poitrine une oreille indiscrète; au reste, l'embonpoint dont elle était affligée aurait rendu inutile cette tentative. Laennec remuait ses pensées. Il passe par la cour du Louvre, et, là, il aperçoit un groupe de gamins dont le jeu attire son attention; tandis que les uns grattent avec une épingle l'extrémité d'une longue poutre de bois, les autres appliquent l'oreille sur l'autre extrémité de la poutre et, à chaque grattement de l'épingle, poussent des cris de joie en entendant le bruit renforcé et musical que ne perçoivent pas leurs petits camarades qui manient l'épingle. C'est le trait de lumière! Le souvenir du phénomène physique qui lui est bien connu est brusquement évoqué devant le regard songeur de Laennec. Il hâte le pas; il a trouvé la solution du problème qu'il s'est posé depuis si longtemps. Il arrive chez sa jeune malade, dans la fièvre des idées qui s'agitent en lui. Il avise sur une table, au pied du lit, une main de papier. Mais, laissons-le parler : « Je pris un cahier de papier; j'en formai un rouleau fortement serré, dont j'appliquai une extrémité sur la région précordiale, et, posant l'oreille à l'autre bout, je fus aussi surpris que satisfait d'entendre les battements du cœur d'une manière beaucoup plus nette et plus distincte que je ne l'avais fait par l'application immédiate de l'oreille. Je présumai dès lors que ce moyen pouvait devenir une méthode utile et applicable, non seulement à l'étude des battements du cœur, mais aussi à celle de tous les mouvements qui peuvent produire des bruits dans la cavité de la poitrine, et, par conséquent, à l'exploration de la respiration, de la voix, du râle et, peut-être même, à la fluctuation d'un liquide épanché dans la plèvre et le péricarde. Dans cette conviction je commençai à l'hôpital Necker une série d'observations que je n'ai pas interrompues depuis. J'ai obtenu pour résultats des signes nouveaux, sûrs, saillants, pour la plupart faciles à saisir et propres à rendre le diagnostic de presque toutes les maladies des poumons, des plèvres et du cœur, plus certain et plus circonstancié que les diagnostics chirurgicaux eux-mêmes... »

Voilà comment naquit le stéthoscope. Voilà comment fut découverte l'*auscultation médiate*. Voilà comment l'association d'un sentiment de décence professionnel avec la rigueur méthodique d'un esprit scientifique conduisirent Laennec à doter l'observation clinique du sens qui lui manquait encore, l'ouïe, et à faire taire le cri qu'avait poussé Baglivi : *O quantum difficile pulmonorum morbos curare! O quanto difficilius eosdem diagnoscere!*

Le point de départ de la découverte du stéthoscope et des premières applications de l'auscultation médiate fut l'idée d'une exploration directe des battements cardiaques. N'est-il pas intéressant de constater que les enseignements qu'en tira Laennec pour l'étude des affections cardiaques n'aboutirent à aucune constatation précise? N'est-ce pas la preuve que la méthode anatomo-clinique s'adaptait merveilleusement au contrôle des signes d'auscultation de l'appareil respiratoire, alors qu'elle ne pouvait suffire à éclairer la pathologie du cœur, si étroitement liée aux notions physiologiques inconnues à l'époque de Laennec?

C'est en 1816 que Laennec inventa le stéthoscope. C'est en 1819 que fut publiée la première édition du *Traité de l'auscultation médiate*.

Le rouleau de papier, improvisé par Laennec dans la fièvre de la découverte géniale, a passé par une série de formes et de dénominations successives avant de devenir le stéthoscope. Il a d'abord été le « cylindre », constitué par le cahier de visite de Necker, fortement roulé et ficelé; il est devenu le « bâton », formé par un cylindre de bois, d'abord plein et

creusé ensuite d'un canal central sur toute sa longueur, lorsque Laennec eut constaté que le bâton plein ne permettait plus d'entendre la pectoriloquie aphone qui avait été une de ses premières et plus importantes acquisitions avec le rouleau de papier; il a pris ensuite une série de formes différentes, pleines ou creuses, voire même évasées à l'une des extrémités, chaque type étant approprié à la recherche de signes d'auscultation particuliers. Ne trouvons-nous pas dans ces transformations successives l'ingéniosité mise au service de la rigueur méthodique dans l'exploration clinique? Le merveilleux sens d'observation dont était doué Laennec, l'art avec lequel il sut combiner, avec l'inspection, la palpation, la percussion et les autres moyens d'exploration connus avant lui, la méthode nouvelle qu'il venait de découvrir, lui permirent de poser les principes fondamentaux de l'auscultation en appliquant l'ouïe à l'exploration de l'appareil respiratoire, aussi bien dans l'état normal que dans les divers états pathologiques. Laennec a défini, de façon intangible et définitive, les caractères du bruit respiratoire normal. Il a découvert la plupart des signes stéthoscopiques qui nous permettent aujourd'hui de localiser les lésions, et, dans une large mesure, d'en discerner la nature. Ceux qui l'ont suivi ont pu ajouter des détails à son œuvre; ils n'ont rien pu trouver à en retrancher.

Ne touchons pas aux grands principes de la méthode anatomo-clinique. Restons fidèles aux enseignements du Maître qui a fondé la grande Ecole clinique de France et qui a fixé les règles et les principes suivant lesquels nous devons chercher la démonstration et la valeur de nos constatations. Soyons bien certains que, s'il avait eu à sa disposition l'exploration radiologique, il se serait bien gardé de proclamer la supériorité de ce moyen d'investigation sur l'auscultation, ni inversement, mais qu'il aurait tiré de la confrontation des résultats apportés par les deux méthodes une moisson plus ample et plus fructueuse encore.

Pour n'envisager que les cavernes, ne doutons pas qu'il aurait reconnu qu'elles peuvent se révéler par d'autres signes que le fameux trépied constitué par le souffle creux, le gargouillement et la pectoriloquie et qu'il aurait ainsi démontré qu'à côté des cavernes muettes, qu'il n'a pas méconnues et dont on abuse quelque peu aujourd'hui, il aurait fait une place aux cavernes qui parlent un autre langage que le langage classique auquel est attaché son nom.

L'histoire de la découverte de l'auscultation contient, mieux que tout commentaire, la preuve de l'excellence de la méthode de Laennec et de la grandeur de son génie. C'est cette maîtrise qui le conduisit à tant de solides et définitives acquisitions sur tous les domaines de la pathologie médicale. C'est elle qui l'amena, en collaboration avec Bayle, à jeter les premières clartés sur l'étude de la tuberculose et à reconnaître, sous les aspects les plus différents, l'unité des lésions de nature tuberculeuse, unité dont les découvertes de Villemin, puis de Koch, devaient consacrer la réalité. C'est elle qui lui permit d'isoler, du groupe confus des phtisies, le cadre de la phtisie pulmonaire, d'en décrire les signes, d'en constater les formes latentes, d'en démontrer la guérison possible, d'en pressentir la spécificité... »

LE ROLE DE LAENNEC DANS L'ÉVOLUTION DE LA MÉDECINE

Par M. Ch. Achard, secrétaire général.

M. Achard, qui occupe aujourd'hui à l'hôpital Beaujon la chaire de Laennec, rappelle qu' « à l'époque de Laennec, le clinicien qui cherchait, comme il doit, dans la pathologie un guide, n'y trouvait qu'une description des symptômes et une classification des maladies, telle que celle de la *Nosographie* de Pinel, la plus en vogue. Il n'en tirait guère qu'une étiquette pour la maladie qu'il observait. Ou bien, s'il se laissait séduire par le talent fougueux de Broussais, il se bornait à tout expliquer par l'irritation et la gastro-entérite. Dans le premier cas, il ne se préoccupait que du diagnostic; dans le second, que de la pathogénie.

Sans doute les cliniciens avaient, depuis longtemps déjà, poussé très loin l'observation des malades et certaines de leurs descriptions anciennes ont mérité de rester classiques. Mais l'observation et l'énumération des symptômes ne sauraient suffire. Il faut au clinicien le moyen d'expliquer ces symptômes et de connaître ce qu'ils signifient.

C'est à quoi prétendait Broussais; mais s'il formulait des préceptes souvent fort judicieux sur la manière d'examiner les malades et d'interpréter les symptômes, il ne les mettait nullement en pratique et se laissait aveugler par son imagination sans frein. Entachées d'erreurs fondamentales, ses observations ne pouvaient fournir une base solide à ses déductions pathogéniques.

Tout autre était la méthode de Laennec. Avec quelle force s'élève-t-il dans la dédicace latine de sa seconde édition, contre ces interprétations hypothétiques, « ces êtres de raison, ces fictions fantaisistes (1) ». Avec quelle finesse met-il en garde ses disciples contre leur tendance à s'abandonner à l'attrait de théories faciles, au lieu de prendre la peine d'observer des faits précis. « Je ne sais, dit-il, par quel destin la foule des médecins se précipite vers les théories hypothétiques. » Certes, ajoute-t-il, « les raisonnements sur les causes et la nature des choses sourient plus agréablement à de jeunes esprits que l'observation soigneuse des malades, la récolte laborieuse et la recherche dégoûtante des maladies dans les viscères des morts (2). »

C'est dans l'étude minutieuse des lésions sur le cadavre que Laennec cherche l'explication des symptômes minutieusement étudiés sur le vivant, La découverte de l'auscultation lui fournit une riche moisson de signes nouveaux. Ce sont des signes physiques, c'est-à-dire ceux qui sont les plus précis, particulièrement dans les maladies de poitrine. Ces maladies, en effet, ont entre elles beaucoup de symptômes communs. Car, fait remarquer Laennec, « la toux, la dyspnée, et, dans quelques-unes, l'expectoration, sont les principaux et les plus saillans; et les variétés que présentent ces symptômes ne correspondent pas, à beaucoup près, d'une manière constante, à des différences dans les altérations organiques qui les occasionnent; aussi est-il impossible au médecin le plus habile, lorsqu'il n'a d'autres moyens de reconnaître ces maladies que l'exploration du pouls et l'examen des symptômes, de ne pas méconnaître la plupart du temps celles même d'entre elles qui sont les plus communes et les mieux connues (3). »

C'est donc aux signes physiques que Laennee donne la préférence pour le diagnostic. Mais il ne borne pas là ses efforts. Il fait plus. Il fait ce que n'avait pu faire son maître Corvisart en appliquant et développant un autre moyen d'exploration physique, la percussion, inventée par Avenbrügger : il établit la signification anatomo-pathologique des symptômes. Bien plus encore que la découverte de l'auscultation, c'est le fait capital de son œuvre; c'est ce qui la distingue de celle de ses prédécesseurs, par exemple de Morgagni qui déjà confrontait volontiers symptômes et lésions.

C'est même aux lésions que Laennec donne le pas sur les symptômes pour la description des maladies. « Toutes les fois, dit-il, que le trouble des fonctions, qui constitue, à proprement parler, l'état de maladie, sera évidemment sous la dépendance d'une altération des organes ou lui sera lié de manière à être dans un rapport direct d'intensité avec elle, je commencerai la description de la maladie par cette altération, parce qu'elle est ce qu'il y a de moins variable et de plus positif de la maladie (4). »

Ainsi le but était la connaissance des lésions : l'auscultation n'était qu'un moyen d'y parvenir. Grâce à Laennec, les symptômes bien observés révélaient au clinicien l'état des organes profonds. Les altérations des organes internes devenaient accessibles au médecin, comme celles des organes externes l'étaient au chirurgien. La médecine franchissait une *étape anatomique* : elle reliait la clinique à l'anatomie pathologique.

Après Laennec, la méthode anatomo-clinique, dont il est le vrai fondateur, continua de donner des résultats féconds entre les mains de Bretonneau, de Louis, de Cruveilhier. Il y eut, d'ailleurs, des abus : l'école d'observation de Louis et de

(1) « *Entia rationis, phantasiæ scilicet fictiones* ».

(2) « *Nescio quo fato vulgus medicorum in theorias hypotheticas semper præceps ruit.* »... « *Suaviusque juvenum mentibus arrident probabiles de causis et natura rerum ratiocinationes, quam sedula ægrotantium observatio, multa lectio, morborumque tædiosa in mortuorum visceribus exploratio* ».

(3) *Traité de l'auscultation médicale*, 2e édition, t. I, p. 3.

(4) *Traité de l'auscultation médicale*, 2e édition, t. I, p. 134.

Rochoux alla jusqu'à voir dans la numération des symptômes et des lésions et dans leur statistique, le fondement de la pathologie, sans se préoccuper de leurs causes. Toujours est-il que cette méthode anatomo-clinique laissa encore aujourd'hui son empreinte dans la pathologie, dont les classifications sont restées surtout anatomiques ».

« ... Laennec, Claude Bernard, Pasteur : voilà les noms de trois grands Français qui symbolisent trois principales étapes de la médecine au cours du XIXe siècle. Par eux s'est accompli dans notre art plus de progrès qu'en aucun autre temps. Notre pays se doit d'honorer ces grands morts et de leur vouer le culte du souvenir. Mais quelque légitime fierté qu'il soit en droit d'en concevoir, quelque éclat que lui donne dans la science universelle l'œuvre immortelle de ses fils illustres, il peut convier, sans leur porter ombrage, tous les peuples civilisés à célébrer la gloire de ces grands noms, car cette gloire est de celles dont s'honore toute l'humanité. »

ALLOCUTION DE M. HERRIOT

Ministre de l'Instruction publique.

M. Herriot fait un très fin éloge de la formation classique de Laennec et de sa méthode de travail toute d'équilibre et de clair raisonnement.

« A l'examen de cette vie dédiée tout entière à l'esprit, au spectacle de ces luttes contre la maladie qui l'obligent à interrompre, de temps à autre, sa recherche pour demander du secours aux champs, à la vue des combats héroïques livrés par cette nature physiquement si frêle, un souvenir se présente que d'autres raisons, d'ailleurs, justifient. On songe à Pascal, à ses élans sans cesse repris et brisés jusqu'au coup de vent de la mort qui rompt l'aile du génie. Il y a en plus, chez Laennec, une sorte d'entêtement breton, fort sensible dans son conflit avec Broussais. Mais quel génie purement français, quelle science exempte de sécheresse! Et quelle bonté! C'est l'honneur de la médecine française de nous avoir bien des fois montré, dans le savant, l'honnête homme, au sens délicieusement archaïque de ce mot, soutenu par cette culture générale qui est, n'est-il pas vrai, messieurs, l'aliment essentiel du savoir? humaniste et humain tout ensemble. Les découvertes du savant s'incorporent dans la science, et c'est son honneur qu'elles deviennent alors impersonnelles, anonymes.

De temps à autre, c'est notre droit d'évoquer une grande figure, et pour un instant de la faire revivre. Il n'en est point de plus séduisante que celle-ci. »

INFORMATIONS

(SUITE)

261. Mlle Rohlfs, MM. Besson, Delbove, Lavagna, Rissery, Pépin, Maître, Billard, Jalef, Gesson,

271. Mlle Lasserre, MM. Chaux, Galland, Barret, Dassencourt, Do-Van-Tot, Challe, Sergent, Dormay, Andrieu,

281. Mattei, Julien, Reveillaud, Goldsztayn, Gallot, Allouche, Lecœur, Raymond, Gros, Josseran,

291. Prat, Tartinville, Cousin, Mlles Cathier, Le Flem, MM. Hornus, Kerboul, Reix, Massoulier, Clermont,

301. Ardouin, Beaufils, Martel, Frahier, Malgras, Corinin, Audoux.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires de 1re année : MM. Noblia, Surville, Courriades, Chastaignet, Pitous, Laffitte, Petges, Laporte (André), Pasquet (Etienne), Mlle Labonne, MM. Strolh, Balans, Bragayrac, Daydé, Déjean, Halty, Delmas, Duron, Collet, Ladouch, Clavel, Samara, Mlle Chauvreau, MM. Laporte (Fernand), Parlange, Le van Duom, Branchereaud, Duval, Ruppli, de Tanouarn, Pourcelet, Badelon, Le Breton, Deguilhem, Jonchères, Legrand, Grimard, Prioleau, Pasquet (Paul), Comby, Lafferre.

Externes provisoires : MM. Guenon des Mesnards, Guérin, Vignalou, Bastouil, Capdevielle, Bernard, Philibert, Legrosdidier, Plazy, Méric, Reboul, Pichevin, Groc, Delugré.

— LYON. — Le concours du dispensaire s'est terminé par la nomination de MM. Josserand, Gaillard, Rosnoblet, Mlle Théobalt et M. Pétouraud.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira le 27 juin 1927, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Marseille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

MARINE. — Les officiers du corps de santé dont les noms suivent ont été désignés pour suivre les cours supérieurs de microbiologie professés à l'Institut Pasteur en 1927 :

MM. Marcandier, médecin principal, à Brest; Maleville, médecin de 1re classe, à Cherbourg; Paponnet, médecin de 1re classe, à Rochefort.

PRIX DE L'UMFIA. — La Faculté de médecine de Montpellier et son Conseil viennent de désigner comme lauréat de la bourse de voyage (2.000 fr.), fondée par le docteur Dartigues, le docteur Viallefont, lauréat du prix Bouissan (meilleures études médicales). M. le doyen Euzière a bien voulu nous faire part de cette décision, et le Conseil de l'Umfia est heureux d'adresser toutes ses félicitations à notre jeune confrère.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 20 AU 24 DÉCEMBRE 1926)

THÈSES

Lundi 20 décembre. — Jury : MM. Roger, président; Sebileau, Gosset et Binet. — M. MAGNIEN. La valeur de la radiographie de l'os temporal. — M. RÉTAT. De la crise humorale métastatique. — M. HADJOUDJ. Etude de la périgastrite lacunaire des gastro-entérostomisés. — M. AGOSTINI. Etude sur le réflexe calorique.

Jury : MM. Ménétrier, président; Balthazard, Abrami et Duvoir. — M. TRIAL. La maladie de Baudelaire. — M. BRISSAUD. Etude des types morphologiques humains. — M. PÉRISSÉ. Etude sur l'exercice de l'art dentaire.

Mardi 21 décembre. — Jury : MM. Brindeau, président; J.-L. Faure, Duval et Lecène. — M. AUBRIET. Etude du scapulum et de son traitement. — M. BONTÉ. Ruptures intestinales produites par l'air comprimé. — M. MER. De la colpotomie et de la vaccinothérapie dans les salpingites. — M. PY. Cancer du col de l'utérus. — M. LEFÈVRE. Etude sur la Clinique Tarnier. — M. COUDRAY. Les luxations dans les arthrites blennorragiques. — M. BEKELY. Etude sur l'abcès migrateur du vestibule inférieur. — M. BOUVET. Kyste branchial.

Jury : MM. Bezançon, président; Nobécourt, Tiffeneau et Fiessinger. — M. CAZÈS. Les ictères dans les kystes du foie. — M. MIRAULT. Prophylaxie de la diphtérie en milieux contaminés. — M. KENZINGER. Certains aspects du syndrome pseudo-bulbaire. — M. PHÉLIPEAU. La névralgie crurale associée à la névralgie sciatique. — M. HIRSCHBERG. Etude sur les maladies du foie.

Jury : MM. Jeanselme, président; Carnot, Guillain et Laignel-Lavastine. — M. ROSSO. La station climatique d'Hammann. — M. GAST-ARQUIÉ. Etude sur la syphilis. — M. DRUDIN. Traitement de la blennorragie. — M. MARTY. Le traitement des dermatoses. — M. LÉCALLIER. Les formes hépatiques de l'appendicite chronique.

Jury : MM. Gilbert, président; Brumpt, Roussy et Joyeux. — M. SALMON. Sur un appareil nouveau aspirant et refoulant. — M. EUDEL. La forme splénique de la leucémie. — M. COUTELEN. Essai de culture « in vitro » de scolex. — M. BARBARO. Appendice et grossesse.

(Thèses vétér.) Jury : MM. Jeannin, président; Rathery, Dechambre, Moussu et Panisset. — M. ALEXIS. Etude sur l'avortement chez les bovins. — M. GODARD. L'élevage de l'autriche.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE


TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT GYNÉCOLOGIQUE
F.HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
21, Place des Vosges, 21
TAMPOL "ROCHE"
PANSEMENT
GYNÉCOLOGIQUE
IDÉAL
au
THIGÉNOL "ROCHE"
ou à tous autres médicaments.
le Tampol "Roche" est constitué par un ovule médicamenteux derrière lequel est comprimée une certaine quantité de laine aseptique contenue dans une capsule de gélatine.
le Tampol "Roche" étant en place les sécrétions vaginales dissolvent la gélatine et la laine décomprimée s'échappe dans tous les sens réalisant un tamponnement parfait.
Echons Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS.


MÉDICATION PRÉVENTIVE & CURATIVE
AFFECTIONS DES VOIES
RESPIRATOIRES
BACILLOSE
GRANULÉ
SÉROLÉINE
GRANULÉ
ANTISEPTINOL
LA SÉROLÉINE Granulé au PHOSPHO-GAIACOLATE de CHAUX
1° Calme la Toux.
2° Désinfecte les Poumons.
3° Assèche les foyers d'infection.
L'ANTISEPTINOL Badigeonnage
Calme les points de côte douloureux
L'ANTISEPTINOL injectable au FLUORO-CINNAMATE de SODIUM
Tarit les sécrétions bronchitiques.
Relève l'état général.
RECONSTITUANT
CŒUR
MUSCLES
GÉNÉRAL
TONIPHOS
GRANULÉ
TONIQUE
NERFS
TUBE DIGESTIF
COMPLET
C. BARON
Pharmacien
Laboratoire C. BARON. Les Sables d'Olonne (Vendée)
C. BARON
Docteur en Médecine
ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

L'AGENDA P.-L.-M. POUR 1927 vient de paraître. Son texte, dû aux meilleurs écrivains, est accompagné de plus de 500 dessins originaux et reproductions photographiques. Une suite de 16 hors texte en couleurs, signés de peintres en renom, enrichit cet ouvrage luxueux où l'on trouve encore une page inédite de musique. Une pochette de 12 cartes postales illustrées est offerte à tout acheteur.

L'Agenda P.-L.-M. est en vente au prix de 10 fr., à l'agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, à Paris, et dans les gares et bibliothèques du réseau. On peut se le procurer aussi dans les agences de voyages, Grands Magasins à Paris et les principales librairies.

Envoi franco à domicile contre mandat-poste (12 fr. 65 pour la France, 17 fr. 50 pour l'étranger) adressé au service de la publicité P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, Paris.

N° 102. — MERCREDI 22 DÉCEMBRE 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 22 DÉCEMBRE 1926. — N° 102.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.
Tarif n° 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 16 décembre. — Questions données : « Signes et diagnostic des anévrismes artériels du creux poplité. — Signes et diagnostic du tétanos. »

MM. Baron, 25; Guihéneuc, 26; Sacuto et Weil (A.), 23; Hamelin, 18; Cordier, 26; Bachelier, 25; Plessier, 28; Bertrand, 22; Arnaudet, 23 1/2.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes:

Internes titulaires. — 1. MM. Jourdan, Gouyen, Lejeune, Lortat-Jacob, Guillon, Plessier, Uhry, Bertrand (Pierre), Mlle Wertheimer, MM. Baron,

11. Mamon, Mlle Lacan, MM. Berton, Longuet, Corman, Guédé, Triau, Degos, Vuillième, Lenègre-Thourin,

21. Roy (Louis), Mlle Corbillon, MM. Thoyer, Georges, Gaulier, Goldberg, Dreyfus (Pierre), Davioud, Guillot (Jacques), Peytavin,

31. Moïse (Pierre), Bault, Guran, Mlle Brosse, MM. Busson, Chennevière, Cordier, Lemoyne, Fouquet, Merklen,

41. Garnier, Cachera, Pellé, Couvelaire, Sacuto, Beaux, Ravier, Canonne, Mlle Dartin, MM. Mourrut,

51. Saint-Pierre, Bocquentin, Monnerot-Dumaine, Kaufmann, Baillet, Guillain, Lereboullet, Querneau, Mlle Choquart,

61. MM. Decourt, Darré, Mirallié, Lelourdy, Bernal, Hussenstein, Arnaudet, Delmas, Bertrand (Jean), Rudolf,

71. Priollet, Vanier (Jean), Guihéneuc, Bernard (Etienne), Boquel, Falaise, Sallé, Porin, Desoille, Mlle Pau,

81. MM. Audouin, Arnaud, Mézard, Desbuquois,

Internes provisoires. — 1. M. Gallais, Mlle Lévy, MM. Barthes, Seidmann, Cafino, Cossa, Vidal-Naquet, Cohen-Deloro, Laffitte, Elbaz.

11. MM. Bachelier, Gaucher, Rouget, Lebel, Odinet, Racine, Ronquès, Mlles de Mayo, Odru, M. Naggiar.

21. Mlle Pithon, MM. Ardouin, Donady, Gadaud, Bufnoir, Jame, Trocmé, Chadourne, Mimin, Thomas.

31. MM. Merger, Stérin, Cuvillier, Hamelin, Maison, Martin, Quivy, Hesse, Lafaille, Favre.

41. Mme Blanchy. MM. Palmer, Dufour, Duvernoy, Coste, Mlle Heimann, MM. Tacquet, Lançon, Chauveau, Zagdoum.

51. Mlles Weiss, Oguse, MM. Briau (Louis), Roquejeoffre, Aidam, Lepage, Mlle Abricosoff, MM. Fayot, Bosquet, Avril.

61. M. Saingerie, Mlle Rosenbaum, MM. Mauric, Vannier (Edouard), Mlle Cahen, MM. Asselin, Sourice, Milhiet, Jonard, Louvet.

71. MM. Bolgert, Pichon, Mégnin, Minot (Pierre), Delaporte, Jullien (Robert), Le Baron, Mme Pichot, MM. Guyot (Jean), Audemar.

— LE PRIX DE LA JOURNÉE DANS LES HÔPITAUX. — Au nom de la 5e Commission, M. de Fontenay a fait ainsi fixer le prix de la journée dans les hôpitaux, à partir du 1er janvier 1927 : médecine, 26 fr. 89; chirurgie, 28 fr. 30. Soit environ 3 fr. de plus qu'en 1926.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — VANNES. — Un concours pour l'emploi de chirurgien chef de l'hôpital mixte de Vannes s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 31 janvier 1927, à 9 h. du matin.

Ne pourront être admis à se présenter à ce concours que les docteurs en médecine de nationalité française.

La Commission administrative des hospices de Vannes a décidé d'accorder au candidat qui serait nommé une indemnité fixe de 10.000 fr. à titre de premiers frais d'installation.

Les conditions d'attribution de cette indemnité seront com-

muniquées par le secrétariat des hospices à tout candidat qui en fera la demande.

S'inscrire avant le 10 janvier 1927 au bureau du vice-président de la Commission administrative des hospices de Vannes.

LE CENTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. — La Société anatomique qui, de toutes les sociétés savantes est celle dont les portes sont le plus largement ouvertes aux jeunes, vient de célébrer son centenaire. C'est en janvier 1826 qu'elle fut fondée par Cruveilhier et un groupe de collègues. La célébration du centenaire a été retardée afin de faire coïncider la cérémonie avec la célébration du centenaire de Laennec.

M. le professeur Roussy, président actuel de la Société, ayant à ses côtés MM. Letulle et Brault, anciens présidents et M. le doyen Roger, a consacré son discours à Jean Cruveilhier (1791-1874), fondateur et président perpétuel de la Société anatomique.

Cruveilhier qui fut le compatriote, le disciple et l'ami de Dupuytren, a été l'un des représentants les plus brillants de l'époque qui s'ouvre avec Bichat et qui compte des hommes comme Laennec, Bayle, Corvisart, Andral, Louis, Bouillaud.

Anatomiste, opérateur, anatomo-pathologiste, il fonda en 1826 la Société anatomique où les innombrables faits recueillis dans les hôpitaux subissent l'épreuve de la discussion. Il la présida pendant quarante ans.

M. Lucien Cornil, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, a fait ensuite l'historique de la Société depuis sa fondation.

La Société avait mis à l'ordre du jour la question suivante : *Conceptions anatomiques actuelles de la tuberculose pulmonaire.* M. Letulle fit l'exposé de la doctrine classique française, et M. Meyenburg (de Zurich) exposa les idées des auteurs de langue allemande dans la période moderne.

Un banquet par souscriptions réunit le soir les membres et les invités de la Société anatomique.

Henri VADON

[Notre ami Maurice Loeper vient de consacrer dans le *Progrès médical*, un émouvant article à la mémoire d'Henri Vadon. Nous le remercions de bien vouloir nous autoriser à reproduire ces lignes qui traduisent si bien les sentiments que nous éprouvons tous pour l'héroïque victime du devoir professionnel. (*N. D. L. R.*)]

« Henri Vadon vient de mourir. Et cette fois la destinée brutale frappe l'un de ceux que la nature avait doués des plus belles qualités, l'un de ceux à qui la vie se présentait sous les plus brillants aspects.

Il est mort, victime de ce hasard aveugle et stupide qui, au détour d'une intervention, inocule un mal impardonnable.

Il est mort, victime aussi, peut-être, d'une fatalité plus haute qui pousse jusqu'au tragique la démonstration d'une vérité en atteignant, dans un avertissement solennel, l'un des meilleurs d'entre nous.

Victime du devoir ! Terme si souvent prononcé qu'il en est devenu presque banal : mais qui enferme pourtant, dans sa triste simplicité, tout ce qu'un drame de ce genre comporte d'amertume, de déceptions et de grandeur.

Vadon fut mon externe en 1923. Laubry, qui l'aimait comme un fils, me l'avait prêté et nous devions l'échanger encore comme interne dans quelques mois.

Je vois, comme si c'était hier, sa silhouette élégante et racée au lit des malades, son profil fin, son regard attentif, si doux et si franchement bon, sa foi, son enthousiasme, son dévouement complet et son intelligente activité.

C'était un sentimental et un tendre et il restait réservé; il avait tout pour plaire, mais il n'était pas vaniteux.

C'était un homme. Emu d'un rien et souvent timide, il avait le vrai courage, celui qui se montre au bon moment et qui ne s'affiche pas. Le moment est venu trop tôt.

L'horrible mal dont il est mort, il le pressentit peut-être mais il l'a caché. Ou plutôt, dans l'insouciance de sa jeunesse, il fit un peu fi de ses appréhensions.

Et il a ainsi amené certains de ses amis à regarder avec trop d'optimisme ce qui se montra si rapidement et si terriblement malin.

Convaincu de son mal, il se laissa bravement opérer la main puis couper le bras. Il discuta son cas, prenant pour lui toutes les responsabilités, évitant à ses parents l'amertume de sa propre tristesse et cherchant même, dans un geste charmant, à apaiser les scrupules de ceux qui l'avaient examiné ou traité.

La mutilation ne lui enleva point ses espoirs. Il la porta avec résignation mais sans tristesse, avec élégance et crânerie mais sans fierté.

Il reprit son travail à Broussais et il eut la joie immense de constater qu'on peut être un bon clinicien et faire un bon et noble travail avec un seul bras.

Il mit toute son ardeur à faire des conférences de cardiologie, et en novembre encore, trois semaines avant sa mort, dyspnéique, fatigué, le visage amaigri et tiré, il trouvait la force de faire en public, à la stupéfaction d'un auditoire ému, avec toute l'ardeur qui l'animait, la plus belle de ses leçons.

Et il tomba. Quelques-uns de ses maîtres mirent à le leurrer toute leur affectueuse ingéniosité.

Et ses pauvres parents, ce père et cette mère, dont il était l'idole, et que la douleur fige aujourd'hui près de son lit, firent mine de croire pour qu'il crût !

Je suis sûr que, dans sa belle âme, à ses moments de lassitude, car il ne pouvait pas ne pas en avoir, Vadon trouvait une secrète consolation dans cet espoir que son sacrifice n'était pas vain et qu'il offrait sa vie, volontiers, noblement, pour une cause dont il est un des plus grands martyrs.

Peut-être cette expérience que la fatalité réalisa sur lui « combien elle serait belle, si ce n'était pas moi ! » me disait-il, jettera-t-elle, un jour prochain, un peu de lumière sur certain point du problème inquiétant du cancer.

Et nous nous inclinons pieusement devant ce jeune homme que nous avons aimé et qui nous apparaît déjà tout auréolé de gloire.

MAURICE LOEPER. »

— Les obsèques de M. Henri Vadon, interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, victime du devoir professionnel, ont été célébrées mercredi, à la gare de Lyon. Des discours émus furent prononcés par M. Godin, président du Conseil municipal au nom de la Ville de Paris, par M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, par le docteur Laubry, médecin des hôpitaux, et par M. Lafitte, au nom des internes des hôpitaux.

Après la cérémonie, le corps a été dirigé sur Saint-Raphaël (Var) où a eu lieu l'inhumation. Nous adressons au père de l'héroïque victime, notre confrère, le docteur Vadon (de Saint-Raphaël), l'expression de notre sympathie la plus profonde.

RUPTURE TRAUMATIQUE DES VOIES BILIAIRES

CHOLÉPÉRITOINE LOCALISÉ

Par M. MAITRE,
Interne des hôpitaux de Dijon.

(Travail du service de la Clinique chirurgicale.)

Les ruptures traumatiques des voies biliaires ne sont pas très fréquentes et comme leur nosographie comporte encore quelques obscurités, il est bon de rapporter les cas suffisamment bien observés. C'est pourquoi j'ai tenu à publier l'observation suivante, recueillie dans le service de clinique chirurgicale du docteur Leclerc.

Le 29 novembre 1925 arrive à l'hôpital un jeune homme de quinze ans, manœuvre dans une usine des environs, et qui la veille a été happé par une transmission animée d'une grande vitesse : il est projeté au loin avec une violence telle que son crâne va défoncer deux côtes à l'un de ses voisins d'atelier. Il perd connaissance et ne sort de son évanouissement que vingt-quatre heures après.

On constate, à son arrivée dans le service, outre des plaies superficielles de la face, une fracture de la base du crâne, une fracture de l'humérus droit avec paralysie radiale, une fracture de la diaphyse fémorale droite : le blessé est très agité. se plaint beaucoup de la tête, mais n'attire absolument pas l'attention sur son ventre. Etant donné le grand nombre des blessures on se contente d'immobiliser les membres fracturés par les moyens de contention habituels.

Au bout de quelques jours, le malade commence à se plaindre de temps en temps de crises abdominales; il subit notamment deux fortes crises à huit jours d'intervalle, qui durent chacune environ une demi-journée. L'une d'elle s'est accompagnée de vomissements. La douleur siège dans la partie antérieure du flanc droit et dans la fosse iliaque droite, le maximum siégeant à trois doigts en dehors de l'ombilic. Pendant la crise tout le ventre est d'ailleurs un peu douloureux; nulle part il n'y a de réaction de défense.

Entre ces deux crises, le malade s'est plaint de temps en temps du ventre : douleurs passagères et moins intenses, répondant toujours à la même région au niveau de laquelle l'abdomen est souple, un peu douloureux; on n'y sent rien d'anormal. On pense à une appendicite possible, puis à une cholécystite.

Deux jours après, on aperçoit dans la région épigastrique et sous-costale droite une saillie qui soulève la paroi; la palpation montre qu'il s'agit d'une tuméfaction élastique, peu mobile, peu douloureuse. mate, et dont les limites assez vagues ne correspondent pas tout à fait à celles que semble indiquer l'inspection. mais sont un peu reportées sur la droite. Il semble bien en somme qu'il s'agisse d'une grosse vésicule.

On fait entre temps une ostéosynthèse de l'humérus.

Dans la suite, le malade continue à avoir des crises épigastriques intermittentes très douloureuses et s'accompagnant de vomissements. La tuméfaction épigastrique est maintenant sensiblement médiane, à prédominance droite, sonore dans la partie médiane, mais toujours mate dans la partie droite.

A la palpation on a toujours une sensation de résistance élastique.

Les jours suivants, la tuméfaction épigastrique grossit de plus en plus, elle devient fluctuante et mate dans toute son étendue.

On pense alors à un de ces épanchements traumatiques de l'arrière-cavité des épiploons, séreux ou hémorragiques, dont l'origine n'est probablement pas univoque mais qui paraissent être souvent dus à la contusion du pancréas.

L'intervention est faite le 23 décembre par le docteur Leclerc sous anesthésie générale. On trouve immédiatement sous la paroi et accolée à elle, une formation kystique d'aspect verdâtre et ressemblant au premier coup d'œil à un kyste de l'ovaire.

On ponctionne avec l'aspirateur électrique et on donne issue à une grande quantité d'un liquide verdâtre ressemblant à de la bile. On fixe les parois du kyste à la peau dans l'étendue juste suffisante pour laisser passer un drain et on referme.

Ultérieurement, l'examen chimique du liquide retiré du kyste montre qu'il s'agit bien de bile et le diagnostic de kyste du pancréas est infirmé. Les jours suivants, il n'y a d'ailleurs aucune décoloration des selles; par contre l'incision donne issue à une quantité considérable de bile : celle-ci n'a beaucoup diminué qu'à partir du moment où l'on a donné au malade de la teinture de belladone, en vue de modérer l'importance de la sécrétion.

Le 25 février 1926, soit trois mois après son accident, le blessé peut être considéré comme guéri. Sa fistule abdominale est complètement tarie, il n'y a plus aucun trouble digestif. Ses fractures sont par ailleurs consolidées; seule sa paralysie radiale semble définitive.

Les observations de rupture des voies biliaires sont assez peu nombreuses. Nous avons fait à leur sujet quelques recherches parmi la littérature médicale et je dois en résumer succinctement les faits cliniques importants.

Immédiatement après le traumatisme (le plus souvent chute sur le ventre, coup violent sur l'hypochondre droit, écrasement, etc.), il est impossible de reconnaître la rupture qui ne s'accompagne d'aucun signe propre : la symptomatologie, en effet, diffère peu de celle des contusions de l'abdomen en général, et l'on observe le plus souvent soit une contracture de défense localisée ou généralisée de la paroi, soit un état de shock traumatique ou quelque autre des signes de contusion abdominale.

Ce n'est qu'au bout de quelques jours que le diagnostic devient possible, à la suite de l'apparition d'un phénomène important qui survient assez fréquemment : l'ictère (60 p. 100 des cas d'après Cotte); la bile, coulant librement dans la cavité péritonéale se résorbe progressivement et va colorer les tissus. Il y a ou non décoloration complète des matières. Mais le diagnostic ne sera définitivement posé qu'après l'apparition et le développement d'une tumeur traduisant l'existence ou la formation d'un épanchement de bile intrapéritonéal; celui-ci est constant.

Il peut être enkysté, et c'est le cas le plus fréquent. On assiste alors au développement, dans la région sous-hépatique ou dans la fosse iliaque droite ou en un point quelconque du ventre, d'une tuméfaction molle, fluctuante, liquide.

D'autres fois, la bile, au lieu de se collecter, envahit peu à peu tout l'abdomen, descendant même dans le bassin.

Enfin, si la bile est septique, provenant des voies biliaires infectées antérieurement on verra se développer une péritonite localisée ou généralisée suivant la réaction du péritoine.

L'évolution est variable. Si la mort ne survient pas rapidement par shock ou par péritonite, et si l'on n'intervient pas d'emblée, on assiste à une cachexie lente, s'accompagnant de troubles des fonctions digestives, affaiblissement général, amaigrissement par inanition, et finalement, au bout d'un temps variable, trois mois en moyenne, quelques fois plus longtemps, la mort survient, due à une intoxication de l'organisme par les poisons de la bile absorbés par la séreuse péritonéale en même temps que la fonction biliaire est supprimée dans la digestion.

La guérison est rarement spontanée. On ne l'observe qu'à la suite d'un traitement chirurgical. laparotomie ou ponction, dirigées parfois, non pas contre une rupture des voies biliaires méconnue, mais contre une affection d'un autre ordre.

Le pronostic est donc grave. Cotte, qui a étudié particulièrement la question compte 33 p. 100 de mortalité dans les cas traités chirurgicalement (21 morts sur 62 cas).

Cette observation confirme les données classiques essentielles de l'histoire des ruptures des voies biliaires, notamment l'insidiosité du début, et l'établissement progressif d'une collection biliaire localisée; elle présente en outre un certain nombre de points particuliers.

Le diagnostic immédiat a été, comme souvent, impossible, le malade étant un polyblessé et son état de shock empêchant même de dégager les symptômes abdomidaux. Bien plus, même la période de shock passée, il n'y avait aucun signe abdominal attirant l'attention.

Les premiers signes abdominaux furent des crises douloureuses intermittentes localisées dans l'hypocondre droit, s'accompagnant de vomissements et que nous n'avons pas vues signalées dans les observations de ce genre ; ces douleurs firent penser d'abord à une appendicite, puis à une cholécystite.

Contrairement à ce qui existe habituellement dans les ruptures biliaires, à aucun moment il n'y eut d'ictère.

Ce fut l'apparition lentement progressive d'une tumeur sus-ombilicale qui nous orienta enfin du côté d'une complication lointaine du traumatisme, mais nous ne pensâmes pas tout d'abord à une rupture des voies biliaires.

Le docteur Leclerc ayant eu il y a quelques années l'occasion d'observer un épanchement séreux de l'arrière-cavité des épiploons, consécutif à un traumatisme abdominal, pensa naturellement à une affection de ce genre. Dans ce cas qui fut publié à la Société de chirurgie de Paris (1), la tumeur occupait à la vérité surtout le flanc gauche, mais elle occupait aussi l'épigastre. Elle s'était développée lentement après un traumatisme abdominal; son origine pancréatique ne fut pas absolument établie, mais elle parut probable.

En tout cas le rapprochement des deux malades de M. Leclerc s'imposait et c'est pourquoi dans notre cas, il fit le diagnostic d'épanchement de l'arrière-cavité, probablement d'origine pancréatique. Ce qui surtout nous faisait admettre cette origine, c'était la situation médiane de la tumeur et les crises douloureuses, avec vomissements, qu'on retrouve si souvent dans les affections aiguës du pancréas.

L'intervention montra d'ailleurs que nous faisions une erreur.

De l'étude de ces deux observations, nous devons donc conclure que si après un traumatisme de la région sus-ombilicale, une tumeur abdominale se forme lentement, c'est entre les ruptures des voies biliaires et les ruptures partielles du pancréas que se posera le diagnostic; mais bien souvent, à moins qu'il n'existe de l'ictère, il ne sera fait que par la laparotomie qui s'impose de toute façon.

Dans les deux cas, c'est la marsupialisation qui sera indiquée : ce n'est que par ce procédé que la guérison a été obtenue dans le cas de pseudo-kyste de l'arrière-cavité signalé plus haut, après échec d'une thérapeutique en apparence plus radicale : l'extirpation.

Instruit par cette première observation, M. Leclerc recourut d'emblée à la marsupialisation dans la deuxième et guérit son malade.

(1) G. Leclerc. Epanchement séreux de l'arrière-cavité des épiploons post-traumatique. Opération. Guérison. *Soc. de chir. de Paris*, juin 1920.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES

SUR

LE CHLORURE DE COBALT

Par M. J.-M. LE GOFF.

Malgré ses propriétés catalytiques remarquables et sa présence constante dans la plupart de nos aliments, le cobalt n'a pas encore été classé parmi les médicaments, sans doute parce qu'on lui a attribué une très grande toxicité, mais qui en fait n'est pas supérieure à celle du fer, comme je vais l'établir.

J'ai déjà décrit les expériences que j'avais entreprises sur le lapin afin de déterminer l'effet produit sur cet animal par l'administration *prolongée* de chlorure de cobalt (1).

Ainsi un lapin pesant 4kg220 a reçu par voie hypodermique, du 1er décembre 1925 au 3 mai 1926, 193 centimètres cubes de la solution de ce produit à 6 p. 1000, soit 1g158. A la dose la plus forte de 10 centimètres cubes en une seule fois, soit 6 centigrammes de chlorure ou 14 milligrammes par kilo d'animal, le sujet est resté somnolent pendant quelques heures, puis a repris son activité normale.

Une lapine de 2 kilos reçut, du 16 mars au 5 avril, 25 centimètres cubes de la même solution, soit 150 milligrammes; à partir du 6 mai jusqu'au 10 septembre, elle ingéra avec sa nourriture, ainsi que les lapins A et B, plus de 10 grammes de chlorure de cobalt, soit une moyenne de 9 centigrammes par jour. Comme on le voit par le tableau des poids, les jeunes lapins A et B se sont développés aussi bien que leurs frères C et D qui servaient de témoins. Je n'ai pas observé chez ces animaux de phénomène d'intoxication et l'on pouvait se demander si le produit était assimilé, la réponse m'a été fournie par l'expérience suivante : à un lapin du poids de 3kg370 j'ai fait ingérer 50 grammes de son qui avait été humecté avec 30 centimètres cubes de la solution de chlorure de cobalt à 6 p. 1000, au bout de dix heures, j'ai recueilli par sondage 60 centimètres cubes d'urine et au bout de vingt-quatre heures 32 centimètres cubes, en tout 92 centimètres cubes contenant 4 milligrammes de cobalt, soit 16 milligrammes de chlorure, d'après le dosage effectué par M. Clausmann, docteur ès sciences, ainsi le dixième du produit ingéré s'élimine par les urines en vingt-quatre heures, une plus grande quantité passant dans les selles ou se fixant dans les tissus.

Dans un travail d'une très grande précision, MM. R. H. Chittenden et C. Norris Jr. (2) ont déterminé l'absorption du nickel et du cobalt par les différents organes : ils ont fait ingérer des capsules de gélatine renfermant des quantités croissantes de nitrate de nickel ou de cobalt purs. Chez un lapin la mort est survenue au bout de six jours et l'animal qui pesait 2 kilos avait pris de 25 centigrammes à 1 gramme de nitrate de cobalt par jour, soit en tout 3g100, résultat identique avec le nitrate de nickel.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 31 juillet 1926, p. 978.
(2) R. H Chittenden and C. Norris Jr. *Studies from Lab. of Physiol. Chem.*, Yale University 3, p. 148-157.

Chez un chien qui ingéra de 20 centigrammes à 2 grammes par jour, la mort survint le douzième jour, soit après une absorption de 7g7 de nitrate de cobalt.

Ayant fait prendre à un lapin de 2kg5, pendant douze jours, de 10 à 50 centigrammes par jour, soit en tout 4g3 de nitrate de cobalt, ces auteurs dosèrent la quantité de ce corps qui s'était fixée dans les différents organes : la rate contenait, par 100 gr. de tissu, 125 milligrammes de cobalt, le foie 3,94, le rein 3,27, les poumons 14,24, le cœur 0,93, les muscles des membres 7, ceux du dos 3,61, le cerveau 17,96, la moelle épinière 48,78.

Cet intéressant travail, peu connu de ce côté de l'Atlantique, jette une vive lumière sur l'action pharmacodynamique du cobalt dont la toxicité est relativement faible, chez le lapin elle serait de 50 centigrammes par kilo d'animal d'après Antal (1) et Hübner (2).

Comme on l'a vu précédemment, j'ai fait prendre tous les jours pendant cinq mois 9 centigrammes de chlorure de cobalt pur à trois lapins, soit pour chacun plus de 10 grammes, et je n'ai jamais observé les phénomènes d'intoxication décrits par quelques auteurs.

Chez l'homme, en me basant sur ces expériences, j'ai fait prendre au milieu des deux repas de 10 à 50 centigrammes de chlorure ou de carbonate de cobalt dans plusieurs cas pathologiques, notamment dans les maladies de la nutrition, et les résultats que j'ai obtenus seront publiés prochainement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1926)

Activité remarquable et origine nucléaire d'une substance anticoagulante extraite des ganglions mésentériques. — MM. M. Doyon et J. Vial.

Sur l'antagonisme de l'atropine et de l'adrénaline. — M. Raymond Hamet.

Action de la lumière du néon sur les bactéries. — MM. A. Philibert et J. Risler.

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 13 DÉCEMBRE 1926)

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle avec le cérémonial ordinaire. La séance a été présidée par M. Charles Lallemand, président, assisté de M. Emile Picard, secrétaire perpétuel.

Dans son allocution, M. le Président rappela la mémoire des disparus : Georges Gouy, membre non résidant, professeur de physique à la Faculté des sciences de Lyon ; Kammerlingh Onnes, associé étranger ; Aimé Witz (de Lille) et sir Philips Watts. Il salua ensuite les nouveaux membres et traita des dernières conquêtes scientifiques.

M. Emile Picard, secrétaire perpétuel, donna ensuite lecture des prix accordés en 1926 (voir *Gaz. des hôpit.*, p. 1499 et p. 1531).

Enfin, M. Bouvier, remplaçant M. Lacroix en mission en Extrême-Orient, lut l'éloge du chimiste agriculteur Boussingault.

(1) J. Antal. *Ungar. Arch. Med.*, 1894, t. XXXIII, p. 117.
(2) J. Hübner. Zur Pharmac. des Cobalts, *Inaug. diss.*, Rostock 1901.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1926)

Syndrome de Landry avec paralysie faciale bilatérale. — MM. Pagniez et Lerond présentent un malade qui, après une sérothérapie antitétanique pour une plaie du cuir chevelu, a présenté un syndrome de Landry à marche ascendante avec paralysie faciale bilatérale. Il s'agit d'une localisation à type de poliomyélite sans troubles bulbaires.

Tuberculose iléo-cæcale. Présentation de films. — M. Feissly (de Lausanne) signale que les signes cliniques de la tuberculose intestinale sont dépourvus de spécificité. On observe, en général, dans la période du début de la constipation, du clapotement et dans la fosse iliaque droite des coliques périombilicales. Ces symptômes sont en rapport avec l'évacuation accélérée du grêle. Les diarrhées n'apparaissent que si l'infiltration tuberculeuse s'est étendue au côlon.

L'étude radiologique du transit baryté est le meilleur moyen de diagnostic à la condition que la région iléo-cæcale soit atteinte (85 p. 100 des cas).

Ictère syphilitique primaire. — M. Nicaud présente le cas d'une malade de trente-deux ans, atteinte d'un ictère léger contemporain et de deux chancres de l'anus contenant de nombreux tréponèmes dans leur exsudat avec Wassermann négatif.

Une semaine après l'apparition de l'ictère, et celui-ci étant très caractérisé, une syphilide maculo-papuleuse très floride est venue annoncer le début des accidents secondaires. Ultérieurement, la réaction de Wassermann est devenue rapidement positive.

Un traitement anti-syphilitique intense — arsenico-mercuriel — a été immédiatement commencé et tous les accidents ont rapidement rétrocédé.

Il n'y a pas eu, au moment du début du traitement de réaction de Herxheimer, ni cutanée, ni hépatique.

A propos d'un cas de septicémie méningococcique. — MM. A de Lavergne et E. Carnot. Les auteurs rapportent d'abord l'observation d'un malade qui, trente-six jours après la guérison d'une méningite à méningocoque B, commence une septicémie due au même germe. Elle évolue sous la forme de fièvre pseudo-paludéenne. Cette observation présenta deux particularités : d'abord, en ce que la septicémie apparut après une série d'injections sous-cutanées d'auto-vaccin ce qui semble prouver que la septicémie n'est primitive qu'en apparence. De plus, une localisation veineuse à type de phlegmatia alba dolens précéda la guérison, localisation très rare au cours des méningococcémies.

Les auteurs apportent ensuite les résultats thérapeutiques obtenus : inefficacité complète de la sérothérapie sous-cutanée, intramusculaire et intraveineuse. Résultats favorables mais incertains de la sérothérapie intrarachidienne. Echec de la vaccinothérapie. Résultats favorables mais inconstants de l'abcès de fixation.

Mouvements choréiformes d'origine encéphalitique. — MM. P.-F. Armand-Delille et S. Vibert présentent un garçon de quatre ans, qui a depuis six mois des mouvements choréiformes localisés surtout à la tête. Ces mouvements n'ont ni les caractères, ni l'évolution d'une chorée de Sydenham. Ce ne sont pas non plus des mouvements brusques comme des myoclonies et on ne peut les rapporter à une chorée électrique.

L'existence d'une hyperglycorachie marquée peut poser la question de l'origine encéphalitique de ces mouvements involontaires.

Douze mois de vaccination par l'anatoxine diphtérique à l'hôpital maritime de Berck. — M. Mozer conclut de ses études que l'anatoxine a fourni à Berck des résultats extrêmement intéressants au point de vue pratique. Commencée au cours d'une épidémie sévère, elle a réduit la morbidité de 67 (1925) à 15 (1926).

Deux cas de tétanos généralisé guéris par la sérothérapie. — MM. Granet et Delarue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1926)

A propos du Mikulicz. — M. Pierre DUVAL demande à M. J.-L. FAURE sa statistique de résections intestinales suivies de tamponnement à la Mikulicz, car il estime pour sa part que c'est une pratique dangereuse en chirurgie intestinale.

A propos des greffes de M. Robertson-Lavalle. — Pour M. SORREL, les preuves expérimentales de cette méthode n'ont pas été fournies; et les malades opérés dans les services de MM. Ombrédanne et Mouchet ont donné des résultats qui ne sont pas faits pour recommander la méthode.

Dilatation de l'anse jéjunale consécutive à une gastro-entérostomie. — M. FRUCHOT (d'Angers) [rapport de M. ROUX-BERGER] a réopéré une femme de quarante ans après M. Montprofit, qui avait fait une gastro-entérostomie pour ulcère duodéno-pylorique, puis ultérieurement une jéjuno-jéjunostomie. Pensant à un ulcus peptique, l'auteur trouva seulement une forte dilatation jéjunale, transformant le jéjunum en une vaste poche du volume d'une orange. M. Fruchot fit une section du jéjunum au-dessus de l'anastomose, une nouvelle anastomose très à droite et à anse courte, en aval de la jéjuno-jéjunostomie.

Immédiatement après, la malade put s'alimenter et la guérison définitive survint.

Double syncope au cours d'une anesthésie traitée par l'injection intracardiaque d'adrénaline. — M. TOUPET fait un rapport sur cette observation de M. D'ALLAINES.

Une malade de soixante-huit ans, après rachi-anesthésie, est opérée de hernie étranglée; elle fait une syncope grave; l'injection intracardiaque d'adrénaline la ranime et permet de terminer l'opération; dans la soirée, nouvelle syncope, on refait une nouvelle injection d'adrénaline qui la ranime encore; mais elle meurt trois jours après et à l'autopsie on constate que c'est l'occlusion qui a causé la mort, car il existait une bride intraabdominale; cette observation doit donc être mise à l'actif des injections intracardiaques d'adrénaline.

M. TOUPET ajoute trois observations personnelles, avec deux guérisons. Il insiste sur la nécessité de faire cette injection immédiatement après le début de la syncope.

Les greffes osseuses dans le mal de Pott. — M. DEHELLY (du Havre) apporte 34 observations. Sur ces 34 cas, 9 ont été traités par la méthode de Hibbs; 2 malades sont morts; M. Dehelly présente la pièce prélevée sur un de ces sujets, on voit que la consolidation est excellente.

MM. TUFFIER, SORREL et DUVAL prennent part à la discussion.

Accidents consécutifs au lavage à l'éther après péritonite tuberculeuse. — M. BASSET a opéré une jeune femme atteinte de péritonite tuberculeuse localisée; après évacuation de la poche dans laquelle il verse de l'éther, l'auteur la ferme sans drainage; consécutivement la malade, dans un état très grave, vomissements noirs, pouls rapide, état de torpeur marqué, est réopérée; la poche est ouverte, asséchée et drainée, transfusion de sang, guérison; M. Basset attribue ces accidents à l'éther.

M. OKINCZYC s'élève contre l'inondation par l'éther d'une poche de péritonite tuberculeuse et ne voit pas l'utilité de la transfusion dans un début d'ictère grave.

M. SOULIGOUX s'associe à ces critiques; il ne faut jamais selon lui laisser de l'éther dans l'abdomen sans l'assécher et le drainer.

MM. KÜSS et SAUVÉ font également des objections.

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1926)

M. THIERRY, à propos de l'observation de M. BASSET au sujet de l'éthérisation après laparatomie, apporte les résultats de son expérience.

MM. CHEVRIER et MAUCLAIRE prennent la parole sur le même sujet.

Corps étranger des voies digestives. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation de M. MAIGRET (de Dijon), d'extraction d'une broche ouverte fixée dans l'angle colique droit depuis trente-quatre jours chez un enfant de neuf mois. Suites très simples.

Luxations du coude en dehors. — M. MOUCHET rapporte trois observations de M. TAILLEFER (de Béziers), de luxations du coude en dehors traitées chirurgicalement; l'auteur a utilisé l'incision de Ollier modifiée.

M. MOUCHET ajoute une observation personnelle; il a pu réduire la lésion sans intervention.

Sténose congénitale du duodénum. — M. VEAU fait un rapport sur une observation de M. BOTREAU-ROUSSELLE (de Marseille), de sténose congénitale du duodénum, traitée par gastro-entérostomie et suivie de mort.

Mal de Pott avec becs de perroquet. — M. MOUCHET présente un nouveau cas, au nom de MM. COUREAU et SALCARD (de la Marine), de cette rare lésion.

M. SORREL trouve que ces cas ne sont pas aussi rares, il en a observé plusieurs au cours de tuberculoses ouvertes et même de tuberculoses fermées.

Un cas d'échinococcose généralisée. — M. PROUST fait un rapport sur une observation de M. CHARBONNEL (de Bordeaux) qui après radiothérapie pénétrante opéra à plusieurs reprises une malade chez qui il enleva une très grande quantité de kystes et qu'il prolongea par ce moyen de plusieurs années.

Au sujet de la pylorotomie. — M. FREDET répond à la communication de M. VEAU; il conclut après dix-neuf ans à l'efficacité et à la bénignité de la pylorotomie qui a sauvé et sauvera encore la vie à tant de nourrissons.

M. OMBRÉDANNE trouve que l'élément spasmodique joue un rôle évident au cours de la sténose pylorique, et, comme pour lui, il n'y a pas d'opération bénigne chez le nourrisson, même en présence d'un myome évident, il faut être sûr avant d'opérer que le traitement médical est inefficace.

Côte cervicale et atrophie de l'éminence thénar chez un enfant. — M. MOUCHET apporte une nouvelle observation de côte cervicale, et présente une projection de la radiographie.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1926)

A propos des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. — M. Victor PAUCHET. La forme duodénale est la plus fréquente. En cas de perforation duodénale, faire simplement la suture. Si cette suture produit un rétrécissement du duodénum, faire la gastro-entérostomie. Traitement consécutif : régime. S'il y a dans la suite des signes d'hyperchlorhydrie, gastrectomie secondaire.

En cas d'ulcus gastrique perforé, faire la suture simple, mais suivre le malade qui n'est pas guéri complètement. Il vaut mieux réopérer secondairement (gastrectomie).

Un cas de tumeur maligne du fémur. — M. JUDET rapporte l'observation d'une femme de trente ans qui présentait une tumeur de la face interne du genou. Un premier examen histologique conclut à une tumeur fibreuse sans éléments sarcomateux. La tumeur s'accroissant, on fait un traitement radiothérapique sans résultat. Une deuxième biopsie faite quatre mois après la première montre un fibro-sarcome riche en monstruosités cellulaires. Désarticulation de la hanche huit mois après le début apparent de l'affection. La malade meurt un an après l'opération, à la suite de phénomènes pulmonaires.

Un nouveau procédé d'amputation de jambe par section première des os. — M. DUPUY DE FRENELLE préconise ce nouveau procédé d'amputation qui a pour avantage d'obtenir un

moignon plus long, mieux étoffé, plus largement vascularisé. L'auteur présente la scie circulaire qu'il utilise pour scier les os sans nécessité de les découvrir largement.

Appendicite aiguë avec calcul stercoral : trichocéphale évadé et fixé sur les tuniques externes de l'appendice. — M. P. Séjournet rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans, opéré d'urgence d'appendicite aiguë. A l'extrémité de l'organe se trouvait fixé un trichocéphale, libre dans la cavité abdominale. Il ne semble pas que ce trichocéphale ait joué un rôle dans la genèse des lésions aiguës, que l'auteur met sur le compte d'un calcul stercoral. Le parasite a traversé la paroi intestinale parce que probablement il s'est trouvé dans une cavité close à contenu septique, et dans lequel il n'aurait pu vivre.

Appendicite vermineuse. — M. Tussau (de Lyon) rapporte l'observation d'un malade de vingt-cinq ans opéré d'appendicite et dans le canal appendiculaire duquel on a pu trouver 83 oxyures.

Appendicite aiguë chez un enfant de huit mois et au sein. — M. Croisier (de Blois) rapporte l'observation d'un enfant de huit mois qui depuis sa naissance, avait été allaité uniquement au sein, et n'avait présenté aucun trouble digestif jusqu'au jour de sa crise. Pris brusquement de vomissements avec agitation, fièvre, et selles glaireuses sanguinolentes. Ventre douloureux. Laparotomie : on ne trouve pas d'invagination, mais un appendice petit, gangrené dans toute sa longueur. Appendicectomie sans enfouissement. Lavage du péritoine à l'éther. Pas de drainage. Guérison. Le père avait été opéré également d'appendicite quatre ans auparavant.

Une lithotritie compliquée. — M. Peugniez rapporte l'histoire d'une lithotritie qu'il faisait à un calculeux. Les mors du lithotriteur s'encrassèrent et il fut dans l'impossibilité de les refermer. En faisant effort, il brisa l'écrou actionnant la vis rapprochant les mors. Il termina par une taille, brisa avec un davier de Farabeuf un des deux mors et retira le lithotriteur par l'urèthre.

M. Iselin est d'avis que les accidents qui peuvent survenir au cours des lithotrities sont en réalité extrêmement rares; mais que cependant cette opération est délicate et demande pour être menée à bien une grande habitude et doit être pratiquée par le spécialiste, avec beaucoup de douceur.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA RÉGION DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1926

Un cas de grossesse angulaire. — MM. Grenier et Lamare.

Rupture partielle du grand pectoral. — M. Lamare.

Sur des formes filtrantes du bacille de Koch. — M. Paulin. Revue générale de la question.

La laryngite postérieure, signe d'alarme d'une poussée de tuberculose pulmonaire évolutive. — M. Dupont.

Un cas de méningite ourlienne avec œdème péri-orbitaire. — M. Bertrand.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA PROPRIÉTÉ COMMERCIALE

LOI DU 30 JUIN 1926

La loi du 30 juin 1926 est intitulée « loi réglant les rapports entre locataires et bailleurs en ce qui concerne le renouvellement des baux à loyer d'immeubles ou de locaux à usage

commercial ou industriel ». L'expression « propriété commerciale » ne se trouve que dans l'article 19 de la loi, qui dispose que la loi ne peut être invoquée par les commerçants ou industriels de nationalité étrangère en possession des locaux au 1er janvier 1923 et appartenant à des pays où n'existe pas, au profit des Français, une législation analogue protégeant la *propriété commerciale*, à moins qu'ils ne soient dans l'un des cas prévus par les alinéas 1er, 3 et 4 du paragraphe 5 de l'article 8 du Code civil, ou qu'ils n'aient combattu dans les armées alliées, ou qu'ils n'aient des enfants ayant la qualité de Français.

La loi du 30 juin 1926, promulguée au *Journal officiel* du 1er juillet 1926, constitue une innovation considérable dans notre législation. Le législateur a voulu sinon créer, du moins protéger, la propriété acquise par le travail du locataire, commerçant ou industriel, et constituée par le fonds de commerce; mais, par une contradiction qui choque la raison, il a décidé, en même temps, que le propriétaire, s'il veut reprendre son immeuble, pouvait anéantir cette propriété, et cela, dans certains cas prévus, sans indemnité.

Le principe de la loi nouvelle met en échec le principe, considéré comme intangible, de la liberté des conventions et de la propriété individuelle. L'article 544 du Code civil s'exprime ainsi : « La propriété est le droit de jouir et de disposer des choses de la manière la plus absolue, pourvu qu'on n'en fasse pas un usage prohibé par les lois ou par les règlements. » Sans doute, la servitude est une atteinte au droit absolu de la propriété; mais, aux termes de l'article 637 du Code civil, une servitude est une charge imposée sur un héritage pour l'usage et l'utilité d'un héritage appartenant à un autre propriétaire; la charge n'existe que sur un immeuble au profit d'un autre immeuble.

La loi du 30 juin 1926 a établi un droit au profit du locataire commerçant ou industriel; c'est un droit au profit d'une personne sur un immeuble. Le législateur s'est trouvé en face de la situation suivante : les fonds de commerce ont acquis, depuis quelques années, une valeur considérable : fonds de commerce de pharmacie, de restaurant, de couture, d'automobile, etc. La loi du 1er mars 1898, puis celle du 17 mars 1909 en ont fait des instruments de crédit, en permettant qu'ils fussent donnés en nantissement.

Or, des commerçants et des industriels n'hésitent pas à engager toute leur fortune et leur avenir dans un commerce ou une industrie auxquels ils consacrent toute leur activité. On dit : il est contraire à l'équité que, par le seul fait de l'expiration du bail, cet avoir se trouve brusquement et totalement anéanti, surtout à une époque où il est difficile de trouver des locaux; il est contraire à l'équité que le propriétaire, refusant de renouveler le bail, prenne pour lui-même, ou pour la revendre, la clientèle que ce commerçant ou cet industriel aura constituée en y employant ses ressources financières et toute son activité professionnelle.

Quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur le principe même qui a conduit le législateur à voter la loi nouvelle, il y a un fait certain : c'est l'existence de la loi. Nous voudrions en faire connaître les dispositions principales pour éclairer nos lecteurs; car cette loi est souvent obscure; sa procédure est longue et compliquée. Ce sont là malheureusement des reproches qu'on est trop souvent amené à faire au législateur qui n'étudie pas suffisamment les textes et qui laisse introduire des amendements qui en font dévier le sens et quelquefois rendent certaines dispositions inconciliables. Nous examinerons les points suivants :

1° Les bénéficiaires de la loi;

2° Les délais à observer pour former la demande de renouvellement;

3° La procédure à suivre en cas de désaccord sur le prix du bail;

4° L'indemnité due au locataire en cas de refus de renouvellement du bail;

5° Le droit de reprise du propriétaire.

1. Bénéficiaires de la loi. — Le droit au renouvellement du bail n'existe que lorsque le bail s'applique au local où le preneur exploite effectivement son commerce ou son industrie. C'est ce qu'exprime l'article 1er ainsi conçu : « Le renouvellement des baux à loyer des locaux ou immeubles où s'exploite *depuis au moins deux années* un fonds de commerce ou d'industrie est régi par les règles ci-après. » La loi vise aussi l'habitation lorsque celle-ci est comprise dans le même local ou dans le même bail que le fonds.

La loi concerne le commerce en gros comme le commerce en détail.

Elle peut être invoquée, ainsi que l'indique l'article 18, par les établissements d'enseignement, ainsi que par les artisans et façonniers que les lois fiscales du 31 juillet 1917 et du 30 juin 1923 ont exonérés de l'impôt sur les bénéfices industriels. Elle s'applique, suivant l'article 11, aux baux de terrains sur lesquels des constructions à usage industriel et commercial ont été édifiés, soit par le propriétaire, soit par le preneur, mais seulement si ces constructions ont été à la connaissance du propriétaire et dans la commune intention des parties, la raison même de la location.

Mais la loi ne s'applique pas aux locaux professionnels; elle ne s'applique pas aux *locaux loués à des médecins, chirurgiens*, avocats inscrits, à des officiers ministériels. En ce qui les concerne, la loi du 1er avril 1926 a accordé la prorogation ayant une durée maxima en 1931, avec augmentation de loyer à 125 p. 100 sur le loyer existant au 1er août 1914, plus les charges telles qu'elles sont précisées par la loi.

La loi ne s'applique pas non plus aux baux emphytéotiques (art. 11), ni aux baux ruraux, ni aux locations portant sur des établissements publics (art. 18), ni aux locations consenties à des étrangers, sauf certaines exceptions (art. 19).

Le locataire qui est en possession peut demander le renouvellement de son bail, même en cas de bail ou de promesse de bail consentis à des tiers; il n'y a exception à ce principe que si les baux ou promesses de baux consentis à des tiers pour la période qui doit suivre les baux en cours ont date certaine avant le 1er janvier 1923. C'est ce qui résulte de l'article 13 de la loi nouvelle.

L'article 9 apporte aux droits du locataire une restriction importante. Il dispose, en effet, que, sans motif légitime, le droit au bail dont le renouvellement aura été obtenu dans les conditions déterminées par la loi, ne pourra être cédé que par les locataires ayant personnellement exercé pendant trois ans au moins le commerce dans l'immeuble loué. En cas de cession consentie par un locataire ne remplissant pas cette condition, le renouvellement sera considéré comme nul et non avenu et le bail résilié.

Enfin, il convient de faire connaître que les dispositions édictées par la loi nouvelle sont d'ordre public.

L'article 13, en effet, décide que « sont nuls et de nul effet, quels qu'en soient la forme, les clauses, stipulations et arrangements intervenus dans le but de faire échec au droit de renouvellement institué par la présente loi, sauf si ces clauses, stipulations et arrangements ayant pour but de fixer la sortie du locataire, constituent des accords pris devant le juge ».

La loi a donc un certain effet rétroactif, en ce sens qu'elle annule les dispositions prises avant sa promulgation mettant obstacle au droit du locataire de demander le renouvellement de son bail, sauf le cas d'accord devant le juge.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

A titre préventif, prescrire deux cachets par jour de *Théosalvose digitalique*, deux à trois jours par semaine. Veiller au régime : n'autoriser les viandes qu'à midi, cuites sur le gril et très peu salées.

A titre curatif, deux cachets par jour, cinq à dix jours de suite, de *Théosalvose digitalique*. Arrêt de quatre à cinq jours, puis reprendre cinq à dix jours. Entre temps, deux cachets par jour de *Théosalvose spartéinée*. Régime lacté ou lacto-végétarien.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLACENTA PRÆVIA[1]

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

II. **Pendant la délivrance.** — La délivrance d'un placenta prævia peut se faire normalement.

Mais souvent la délivrance s'accompagne d'hémorragie, les sinus utérins restant béants par suite de l'absence de fibres musculaires au niveau du segment supérieur.

De plus, il y a fréquemment des adhérences anormales du placenta, d'où la fréquence de la rétention de cotylédons.

L'examen systématique des délivrances montre la fréquence des placentas prævias, c'est-à-dire des placentas dont le bord est séparé par plus de 8 centimètres de la déchirure des membranes : ce sont les placentas prævias anatomiques sans symptômes cliniques.

PRONOSTIC. — Toujours grave pour la mère et pour l'enfant.

Maternel. — Le pronostic dépend :

De l'abondance de l'hémorragie.

Du nombre des hémorragies antérieures ayant entraîné un état d'anémie grave.

De la valeur globulaire (pronostic très grave quand elle tombe au-dessous de 60 p. 100).

De la forme anatomique (les centraux sont les plus graves).

Le pronostic est plus grave chez la primipare, car la dilatation est plus lente, empêchant la version par manœuvres internes; plus grave dans la présentation du sommet que dans celle du siège (abaissement facile d'un pied).

Il faut de plus compter avec l'infection fréquente d'où endométrite, phlegmatia.

Fœtal. — Le pronostic est extrêmement grave et il faut peu tenir compte de l'enfant au point de vue de la conduite à tenir :

L'enfant meurt par asphyxie due :

A l'hématose insuffisante par décollement placentaire.

A la compression du placenta par la présentation.

A la procidence du cordon.

L'enfant naît vivant et meurt le plus souvent rapidement par débilité congénitale.

DIAGNOSTIC. — Est dans la règle facile.

I. **Pendant la grossesse.** — C'est une hémorragie des trois derniers mois de la grossesse, ce qui élimine pratiquement :

La grossesse extra-utérine.

La môle hydatiforme.

Accouchement prématuré. — L'hémorragie est douloureuse. Le col est effacé et en voie de dilatation.

Cancer du col. — Diagnostic fait par toucher, spéculum.

Décollement prématuré du placenta normalement inséré. — Survient chez une albuminurique.

Hémorragie externe peu abondante de sang noir avec caillots.

Signes généraux d'anémie aiguë très intenses.

Utérus augmenté de volume, dur comme du bois.

Poche des eaux tendue.

Travail rapide.

II. **Pendant le travail.** — *Déchirure du col.* — Hémorragie minime.

Diagnostic fait par le toucher.

Rupture d'un vaisseau aberrant du cordon. — Se produit au moment de la rupture de la poche des eaux.

Hémorragie très abondante d'origine fœtale.

Mort rapide du fœtus.

Rupture utérine. — Se produit au moment de l'expulsion.

Hémorragie peu abondante de sang noir.

Cessation brutale des douleurs.

Phénomènes de shock et réaction péritonéale.

TRAITEMENT. — I. **Pendant la grossesse.** — Après la première hémorragie : repos absolu au lit, sérum, hémostatiques.

Si l'hémorragie récidive (très abondante ou hémorragies minimes répétées), il faut intervenir avant que la femme ne soit dans un état d'anémie grave.

Rupture large des membranes.

Accouchement prématuré provoqué.

II. **Pendant le travail.** — **ROMPRE LARGEMENT LES MEMBRANES** (la présentation vient comprimer le placenta). — Si cela ne suffit pas, la conduite varie selon le degré de dilatation.

1. *La dilatation est incomplète* : l'activer avec un ballon de Champetier de Ribes. Dès que possible faire une version par Braxton Hicks, et si c'est un siège abaisser un pied.

2. *La dilatation est complète*, faire une version et une grande rétraction (possibilité d'incarcération de la tête dernière).

En cas de placenta prævia central, il faut le décoller pour rompre les membranes.

III. **Pendant la délivrance.** — Faire une délivrance artificielle. On est souvent amené à faire un tamponnement utérin.

Dans tous les cas, faire un traitement général de l'hémorragie : sérum, tonicardiaques, chaleur, *transfusion.*

Devant la gravité de ces interventions pour le fœtus et pour la mère, on a proposé en cas de fœtus vivant la *césarienne*, mais :

C'est une opération toujours grave chez une femme shockée.

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 100, p. 1622.

A PROPOS
DU TRAITEMENT DE LA TUMEUR BLANCHE
DU COU DE PIED

Dans la *Gazette des hôpitaux* du 8 décembre 1926, dans l'exposé du traitement de la tumeur blanche tibio-tarsienne, l'astragalectomie est proposée comme traitement de choix chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte jeune. Cette opinion a pu paraître excessive à certains lecteurs. La Rédaction tient à préciser que cette opinion est celle que soutient M. Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital maritime de Berck; qu'elle a été exposée (avec 53 observations à l'appui) par son élève B. Gradoyevitch (*Revue d'orthopédie*, mai 1926, t. XIII, n° 3) et son assistant M. A. Delahaye (*Tuberculose ostéo-articulaire du tarse*, Paris 1926; A. Legrand, éditeur) que la question a été mise à l'étude pour le Congrès d'orthopédie (oct. 1927) avec M. Delahaye comme rapporteur. Si cette opinion n'est pas classique, elle repose au moins sur l'expérience étendue des chirurgiens berckois.

Rappelons les grandes lignes du traitement qui a été *classique* jusqu'à maintenant :

Chez l'enfant, cure hélio-marine et immobilisation stricte.

A la période des abcès, ponctions évacuatrices et injections modificatrices.

S'il y a fistulisation multiple et prolongée, l'astragalectomie, opération de drainage large, devient indiquée et donne des résultats orthopédiques excellents (Ménard).

Chez l'adulte jeune, dans les formes localisées qui sont encore fréquentes, l'astragalectomie est souvent indiquée (suppuration rebelle), mais les résultats orthopédiques sont bien moins bons que chez l'enfant.

Chez l'adulte âgé et le vieillard, les formes localisées deviennent l'exception, la bacillose a tendance à diffuser à tout le postéro-tarse, l'amputation d'emblée devient alors l'intervention à proposer.

N. D. L. R.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif nº 1 : 65 fr., valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.
Tarif nº 2 : 75 fr., valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS. — Nous avons déjà annoncé les mutations provisoires des médecins des hôpitaux. Voici les mutations définitives :

Médecins. — A l'Hôtel-Dieu, M. Villaret (de Beaujon), en remplacement de M. Caussade (limite d'âge); à Beaujon, M. Debré (titularisé); à la Pitié, M. Aubertin (de Saint-Louis), en remplacement de M. Lion (limite d'âge); à Saint-Louis, M. Léri (de la Charité); à la Charité, M. Darré (de Cochin); à Cochin, M. Pinard (de Sainte-Périne); à Sainte-Périne, M. Troisier, titularisé; à la Pitié, M. Vincent (de Tenon), en remplacement de M. Thiroloix (limite d'âge); à la Maison de santé, M. Milhit (d'Ivry), en remplacement de M. Courtois-Suffit (limite d'âge); à Ivry, M. Chabrol, titularisé.

Chirurgien. — A Bichat, M. Mocquot, titularisé, en remplacement de M. Baudet (limite d'âge).

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES, SAINTE-PÉRINE, HENDAYE ET SAN SALVADOUR. — *Epreuve écrite.* — Séance du 20 décembre. — Questions données : « Anatomie. Tronc de l'artère fémorale sans l'artère fémorale profonde. — Pathologie. Symptômes et évolution de la fièvre typhoïde non compliquée chez un adulte non taré. »

MM. Caïn, 20; Mérigot, 24; Muller, 26; Parent, 21 Rouart, 27; Séguinot et Rabateau, 21; Tixier, 28; Vinceneux, 25.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. F. Traissac, R. Traissac, Girou, Assailly, Giraud, Wangermez, Deparis, André, Philip, Dubourg, Vernier, Labat-Labourdette et Marque.

Récompenses aux internes et externes (1925-1926). — Prix Dolord (558 francs et médaille d'argent) : M. Fontan, interne.

Prix de l'Administration (150 francs de livres) : M. Lescale, interne.

Prix du docteur Levieux : M. Delmas-Marsalet, interne.

Médailles d'argent : MM. Baylac, Magimel, Clarac, Basteau, Cantorné, Costedoat, Villar, Laubie, Forton, Leymarie, internes; Giraud, Girou, internes provisoires; Wangermez, André, Trautmann, Larauza, Navarette, Sanchez, externes; Mlle Lesparre, interne en pharmacie.

Médailles de bronze : MM. Gandy, Despons, Léonardon-Laperveche, François dit Jonchères, Magnant, Guérin, Donnadieu, Cloup, Delas, internes; Dubernard, Labat-Labourdette, Dubourg, Mlle Frouin, internes provisoires; MM. Assailly, Vedrenne, Maisonnobe, Meilhan, Foix, Lajat, Jaffry, Paul Moreau, Mlles Koutletchich, Fiot, MM. Berchon, Guichené, Roudil, Quétin, externes; Mlle Lasbazeilles, M. Angibaud, internes en pharmacie.

AGRÉGATION. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 18 décembre 1926, l'ouverture de la première épreuve de l'examen de l'agrégation des facultés de médecine (morphologie, section C *bis*, bactériologie), fixée au 22 décembre 1926 par l'arrêté susvisé du 7 octobre 1926 (voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, nº 82, p. 1313), est reportée aux 18 et 19 janvier 1927.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — MM. les docteurs Charrier et Loubat sont nommés professeurs agrégés de chirurgie près la Faculté de médecine.

M. le professeur agrégé Faugère est maintenu dans ses fonctions (obstétrique).

M. le docteur Fourment est nommé professeur agrégé d'histoire naturelle pharmaceutique.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Debeyre, agrégé près la Faculté de médecine de Lille.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Sont nommés préparateurs d'histologie : M. Lainé; de chimie : M. Cresno; de matière médicale : M. Viguié; de physique : M. Vincent.

Sont prorogés pour un an dans leurs fonctions : MM. Pote,

préparateur de bactériologie; Evin, préparateur d'histoire naturelle; Ménager, aide d'anatomie.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le ministre de la Guerre vient de citer à l'ordre de l'armée l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon : « Héritière des hautes vertus de son aînée, l'Ecole du Service de santé militaire de Strasbourg, a su inspirer à ses jeunes élèves le souffle ardent et généreux de dévouement et de sacrifice qui les a animés au cours de la guerre, où ils accomplirent leur devoir avec autant d'abnégation que de courage. »

MÉDAILLE D'OR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille d'or de l'Assistance publique a été attribuée pour services exceptionnels au docteur Froment, médecin des hôpitaux de Lyon, grièvement blessé dans son service; et, à titre posthume, à Mme Lemercier, surveillante en chef à l'asile Sainte-Anne, également victime d'un aliéné.

LE MAUVAIS ÉTAT DES LABORATOIRES. — Au Conseil municipal de Paris, MM. Louis Sellier et Paul Fleurot ont interpellé sur le mauvais état dans lequel se trouvent certains laboratoires de radiologie dans les hôpitaux.

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE. — Le dîner de l'Expansion scientifique française a eu lieu mardi soir, au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. Bouffe de Saint-Blaise, remplaçant M. le professeur Brindeau, retenu à la chambre par la grippe.

Les honneurs de cette réunion extrêmement cordiale étaient faits par nos excellents confrères et amis, Pierra et Gardette, les animateurs de l'Expansion scientifique française.

Parmi les très nombreux convives de cette belle manifestation, citons MM. Jayle, Guéniot, Cathala, Raoul Labbé, Dartigues, G. Baillière, Galbrun, Maurice Bernard, Périn, Longuet, Thépenier.

A l'heure des toasts, M. Bouffe de Saint-Blaise donna lecture d'une lettre de M. Paul Bar, président de l'Académie de médecine, exprimant ses regrets de n'avoir pu se rendre au dîner ; puis MM. Jayle et Pierra exposèrent la genèse et le développement considérable de l'Expansion scientifique française dont le rôle devient de plus en plus important au point de vue de la propagande française.

Enfin, M. F. Le Sourd, président honoraire de l'Association de la Presse médicale française, et M. Maurice Bernard, président de la Chambre syndicale des Eaux minérales, burent à la prospérité de l'Expansion scientifique française et de ses publications.

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Les « Médecins parisiens de Paris » se sont réunis le 16 décembre 1926, à l'auberge de la Devinière, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Charles Richet et du docteur Devraigne, président en exercice. Quarante-deux convives assistaient à ce dîner : MM. Baillière, Barry, Bauer, Mme Benoist-Michel, MM. Blondin père et fils, Bongrand, Bourguignon, Boutet, Boissier, Chenet, Colin, Constensoux, Cousin, Dartigues, Devraigne, Doin, Dufour, Fège, Galliot, Mme Gayon-Rosenstock, MM. Leroux, Lotte, Luys, Mauban, Merklen, Mlle Mircouche, MM. Papillon, P. Prost, Quiserne, Schreiber, Springer, Tixier, Trèves, Viguerie. M. le professeur Charles Richet récita quelques-unes des fables de sa composition dont le recueil va être prochainement publié sous le titre : « Pour les grands et pour les petits », en un tirage de luxe avec lithographies originales de Raphaël Drouart.

Le grand dîner annuel aura lieu en avril et sera suivi d'un bal auquel de nombreux invités seront conviés.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur Pierre Prost, boulevard Malesherbes, 119, Paris (VIIIe).

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le service de la statistique a enregistré pendant la 34e décade, du 1er au 10 décembre 1926, 1.471 décès, au lieu de 1.077 pendant la décade précédente, et au lieu de 1.334, moyenne décadaire correspondante des cinq dernières années.

La fièvre typhoïde a causé 14 décès, au lieu de 17 pendant la décade précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 58, au lieu de 79 pendant la décade précédente (moyenne 36).

La variole et la varioloïde ont causé 2 décès; 2 cas nouveaux ont été déclarés par les médecins; au lieu de 4 pendant la décade précédente (moyenne 0).

Vérification faite, 2 cas de variole ou varioloïde ont été confirmés. — 6 cas de varicelle ont été signalés.

La rougeole a causé 9 décès, au lieu de 3 pendant la décade précédente (moyenne 8). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 61, au lieu de 51 pendant la décade précédente (moyenne 94).

La scarlatine a causé 1 décès, comme pendant la décade précédente (moyenne 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 95 ; il s'élevait à 75 pendant la décade précédente (moyenne 65).

La coqueluche a causé 4 décès, au lieu de 1 pendant la décade précédente (moyenne 3).

La diphtérie a causé 9 décès, au lieu de 8 pendant la décade précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 110, au lieu de 105 pendant la décade précédente (moyenne 88).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Sterne (de Paris) et Edmoud Lippmann, médecin-major de 1re classe en retraite; Joseph Garcin, décédé à Paris; Jacques Lenoir, médecin principal de la marine, à Toulon; G. Reynaud, médecin principal des troupes coloniales en retraite, à Aix-en-Provence ; J. Bonnet, à Toulouse; Léon Dehorter (de Lille); Jean Baur, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce, décédé à Paris ; Otto Heubner, l'illustre pédiatre de Dresde; le professeur John George Adami (de Montréal).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Le tirage de l'Agenda P.-L.-M. étant épuisé, la Compagnie informe le public qu'il ne pourrait plus être donné suite aux demandes d'achats qui lui parviendraient désormais.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

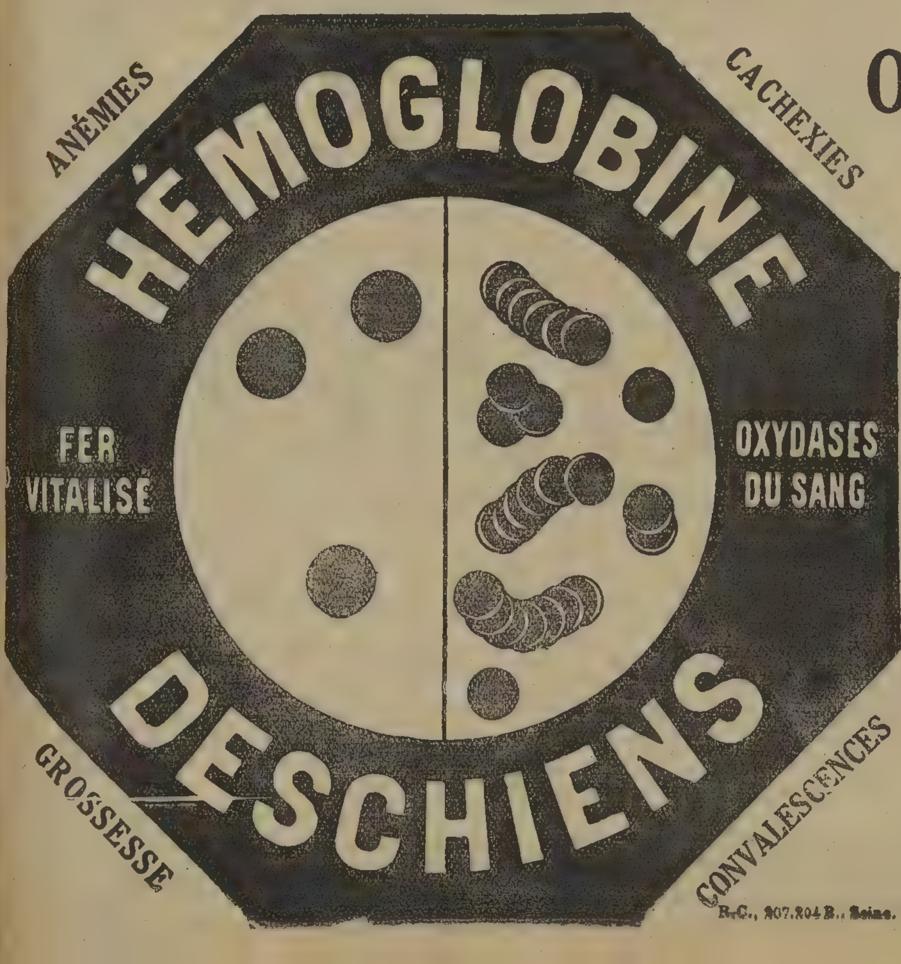
ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — L'Association possède une inscription de 1.500 fr. de rente 3 p. 100 donnée par M. le docteur Moulin et affectée, selon ses intentions, à une bourse d'internat dans un lycée de Paris, au profit du fils d'un médecin français sans fortune.

L'Association dispose actuellement d'une somme de 3.000 fr. pour l'année 1927.

Adresser les demandes et pièces justificatives, *avant le 14 janvier 1927*, au secrétaire général de l'Association, M. le professeur Rathery, 108, boulevard Saint-Germain (VIe).

L'ASSOCIATION DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES HÔPITAUX DE MARSEILLE se charge de porter à la connaissance de ses membres les demandes de remplacement et de postes vacants qu'on voudra bien lui signaler.

Ecrire au secrétaire général de l'Association qui centralise les renseignements, J. Chosson, 4, rue des Chartreux, Marseille.


ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER
VITALISÉ
OXYDASES
DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES



REVUE GÉNÉRALE

LE MÉRYCISME[1]

Par RAYMOND PARIS,
Interne des hospices de Paris,
Interne de l'hôpital Saint-Joseph.

VII. **Mérycisme et aérophagie.** — L'éructation qui accompagne l'aérophagie est un phénomène très voisin du mérycisme. C'est une sorte de « rumination des gaz de l'estomac » (Nathan-Larrier). D'ailleurs au point de vue mécanique, les phénomènes peuvent être tout à fait analogues ainsi que le montrent les travaux de Toussaint et Chauveau.

Les gaz rejetées en dehors au cours de l'éructation entraînent parfois avec eux une petite portion de substance alimentaire. De cette régurgitation au véritable mérycisme il n'y a qu'une question de degré, non de nature et, dans nombre de cas, on a pu se rendre compte que l'aérophagie, volontaire ou non, était l'accident qui appelait la rumination et qu'une fois la régurgitation amorcée à l'aide d'une éructation, la totalité du contenu stomacal suivait.

Lorsque cet accident se produit chez un individu normal au cours d'une aérophagie, celui-ci rejette en général en dehors de sa bouche les aliments remontés dans sa bouche (mais ici comme chez les dyspeptiques, nous avons affaire à une rumination et non à un vomissement étant donné la douceur du phénomène, et l'absence d'efforts qui l'accompagne). Ce mérycisme peut être qualifié d'accidentel, car le plus souvent il ne se produit qu'une fois par hasard et ne se reproduit pas.

Dans un autre ordre d'idée, on a pu observer de petits mérycoles pendant la guerre dans les centres de pathologie digestive. Ils faisaient partie des innombrables « vomisseurs » de cette époque engendrés par des causes multiples. Leurs accidents présentaient en réalité le type du mérycisme (régurgitation sans efforts apparents), mais on peut bien penser qu'ils extériorisaient soigneusement ce qui leur remontait dans la bouche afin que nul n'en ignore. Chez les uns ce mérycisme était volontaire, chez beaucoup d'autres il ne l'était certainement pas, mais il faut tenir compte de ce que ces malades se trouvaient au milieu de circonstances qui avaient pu modifier grandement leur psychisme et les réactions de leur système nerveux. Beaucoup furent examinés aux rayons X. Dans la plupart des cas on a noté que l'aérophagie était l'intermédiaire entre le désir, ou l'impulsion volontaire de vomir et cette action elle-même, et qu'une fois la régurgitation stomacale « amorcée » les dits malades arrivaient à régurgiter la totalité du contenu opaque (G. Durand). On conçoit que le traitement devait porter plus sur l'état mental du sujet que sur les phénomènes stomacaux eux-mêmes.

Les conditions de la guerre étaient assez exceptionnelles pour que depuis on n'ait eu que très rarement l'occasion d'observer des mérycoles de cet ordre, mais en dehors d'elle l'aérophagie peut encore se rencontrer à l'origine du mérycisme des sujets névropathes.

Chez les idiots, les arriérés, les fous, la déglutition de l'air est en effet un tic extrêmement fréquent et contre lequel on ne peut presque rien. Le mérycisme débute alors par un mode analogue à celui de l'aérophagie chez les individus sains d'esprit au cours d'une éructation. Mais le pronostic n'est pas le même car tandis que chez celui-ci il n'y a pour ainsi dire pas de participation nerveuse, ici cette participation va être prédominante et entretenir la rumination.

C'est ce qui se produit également pour les cas de mérycisme qui surviennent au cours de ces aérophagies pithiatiques aux manifestations si bruyantes.

VIII. **Mérycisme dans les affections nerveuses.** — Bourneville et Seglas ont les premiers attiré l'attention des médecins sur la fréquence du mérycisme dans les affections nerveuses. Ils ont montré que c'était surtout chez les idiots et les arriérés qu'on pouvait le rencontrer, puisqu'ils ont pu trouver parmi eux un mérycole pour 20 sujets. Bouchaud est arrivé à des conclusions à peu près analogues et a relevé 11 cas de rumination sur 450 malades. Un grand nombre de faits isolés sont venus d'autre part confirmer ces travaux.

L'aliénation mentale bien qu'elle soit d'une importance étiologique moindre prédispose cependant à la rumination d'une façon manifeste (Cantarano). L'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie se rencontrent moins fréquemment tandis que la paralysie générale semble être un facteur très important.

Grand a repris tous les cas dans une étude d'ensemble. Sur 59 mérycoles, il a trouvé 28 idiots, 7 fous, 5 débiles, 2 épileptiques, 1 hystérique, 16 paralytiques généraux.

Il est très fréquent que le mérycisme soit héréditaire chez de tels individus. Comme nous l'avons déjà dit c'est une particularité qui peut exister dans d'autres formes que nous avons déjà décrites, mais qui se retrouve ici avec une fréquence toute particulière. Les exemples en sont nombreux et on pourrait les multiplier à loisir.

Les auteurs ont beaucoup discuté sur l'interprétation qu'il convenait de donner à ces cas de rumination familiale.

Dans un certain nombre de faits, tels l'observation de Turmel où le frère et la sœur ruminent tous les deux depuis longtemps sans que chacun d'eux se doute que l'autre présente la même particularité, tel encore le cas de Koerner où un fils séparé de son père et ne le connaissant pas rumine tout comme lui, il faut bien admettre que l'hérédité en elle-même joue son rôle sans qu'on puisse naturellement le préciser.

D'autres faits au contraire doivent être interprétés comme étant dus à l'esprit d'imitation. Il est notoire que chez les dégénérés cet esprit est parfois poussé à un degré extraordinaire. C'est pourquoi ce mode de transmission est si souvent noté dans le mémoire de Bourneville et Seglas et doit en dehors de l'hérédité jouer son rôle dans la rumination de plusieurs personnes d'une même famille. Cependant il est bien évident que dans la plupart des cas les rôles respectifs de l'hérédité et de l'imitation se superposent sans qu'on puisse déceler quelle importance il est possible d'attribuer à chacun d'eux.

Citons en dehors du mérycisme familial des cas d'imitation vraiment remarquables. Perinetti, Sennert racontent des faits de contagion de l'animal à l'homme, puis d'homme à homme. Le berger de Sennert vit avec ses bestiaux, il commence à ruminer comme eux puis communique son mérycisme à sa femme. Kerner donne l'observation d'une gouver-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1926, n° 99, p. 1597.

nante hystérique et mérycole qui entre dans une famille où personne ne rumine pour s'occuper de deux enfants débiles. Bientôt ses deux élèves l'imitent et ruminent à leur tour. On chasse la gouvernante, on punit les enfants et le mérycisme disparaît pour jamais de cette famille.

* * *

Quelquefois la lésion du système nerveux est la seule qui puisse être trouvée chez le mérycole. L'examen le plus complet ne décèle aucun trouble quel qu'il soit et l'on ne voit pas pourquoi en réalité s'est produit le mérycisme plutôt qu'une autre manifestation névropathique.

Le point d'appel échappe en ce cas. Dans d'autres au contraire une altération digestive vient attirer l'attention.

Nous avons dit que très souvent l'idiot commençait par être aérophage : ce n'est que lorsqu'il a ramené les aliments dans la bouche au cours d'une éructation que le système nerveux perverti fixe en quelque sorte le trouble digestif et l'entretient. L'aérophagie ne résume pourtant pas tous les modes de début du mérycisme et la dyspepsie a souvent été à son origine, presque toujours en rapport d'ailleurs avec une très grande voracité, une mastication insuffisante et de mauvaises dents.

En réalité la question du terrain est ici prépondérante et en quelque sorte exclusive. Si quelquefois on peut trouver une cause, en réalité elle n'a fait que « mettre la machine en branle », et traiter l'aérophagie ou la dyspepsie pour guérir la rumination est ici illusoire. Elle ne s'améliore qu'avec l'état du système nerveux, c'est dire que les guérisons sont exceptionnelles.

IX. **Mérycisme chez les enfants**. — Le mérycisme se rencontre beaucoup plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte. Ce n'est cependant pas, tant s'en faut, une affection commune.

C'est essentiellement une maladie du premier âge puisque 7 cas sur 10 sont observés avant quatre ans.

Le fonds nerveux est toujours extrêmement manifeste et les enfants mérycoles sont tous à ce point de vue plus ou moins tarés : excités, bègues, géophages, onychophages, etc.

L'hérédité est assez fréquente, non seulement hérédité similaire mais surtout hérédité de terrain : parents neuro-arthritiques, pithiatiques, fous, instables, etc.

Dans presque tous les cas existent des troubles digestifs. Ils doivent être considérés, ainsi que chez les adultes, comme formant point d'appel.

Si le mérycisme est plus fréquent au premier âge que plus tard c'est que chez le nourrisson le tube digestif est l'organe principal celui qui centralise la plus grande partie des excitations et dont les réactions sont les plus vives.

Lorsque l'enfant grandit et que cette prédominance disparaît la fréquence du mérycisme tend à diminuer. C'est là ce qui fait toute la différence entre la rumination de l'adulte et celle de l'enfant et ce qu'il faut souligner tout particulièrement : alors que le mérycisme de l'un guérit rarement, la plupart des cas observés chez l'autre guérissent spontanément.

Il va sans dire qu'un traitement des troubles digestifs, une bonne hygiène associés à la psychothérapie hâtent certainement la guérison.

X. **Le mécanisme. Le polygraphe de Marey, la radio.** — Le mécanisme de la rumination a été étudié tout d'abord par Lemoine et Linossier à l'aide du polygraphe de Marey. Pour eux le mérycisme reproduit absolument la même suite de phénomènes que la rumination animale telle qu'elle a été décrite par Chauveau et Toussaint. Citons leurs conclusions.

Dans une première période le diaphragme s'abaisse brusquement et la glotte se ferme. Il en résulte trois choses :

1° Dans la cavité thoracique se produit un vide relatif sous l'influence duquel l'air extérieur vient distendre l'œsophage ;

2° L'extrémité de l'œsophage est attirée en bas et il se trouve avec le pharynx transformé en un tube droit rigide et distendu par l'air.

Dans une deuxième période entrent simultanément en jeu deux groupes de muscles :

« 1° Les muscles inspirateurs se contractent et dilatent fortement le thorax, le diaphragme restant abaissé. Il en résulte la glotte restant toujours fermée, une augmentation du vide intra-thoracique.

2° Les muscles abdominaux accentuent la compression de l'estomac. Sous la double influence de cette compression et de l'appel de l'air fait dans l'œsophage par le vide intra-thoracique le bol alimentaire est lancé brusquement vers la bouche à travers l'œsophage transformé en tube rigide. » (Lemoine et Linossier).

Ainsi donc l'analogie serait complète entre la rumination animale et la rumination humaine. Il semble bien, en effet, que cela soit exact pour un grand nombre de cas, mais non pour la totalité. Lemoine et Linossier ne donnent que ce mécanisme, mais il faut retenir déjà que le professeur Blanchard dit n'avoir jamais remarqué la moindre contraction de ses muscles abdominaux, que Bourneville et Seglas n'ont jamais pu observer cliniquement cette inspiration initiale qui se manifesterait par la dilatation du thorax et l'abaissement du diaphragme.

La radio paraît bien avoir montré qu'il existe, en effet, au moins un mécanisme différent de celui qu'ont décrit les auteurs précités. Cela n'a rien d'étonnant si l'on songe à la très grande variété d'aspects qu'offrent les cas de rumination chez l'homme et à leurs causes diverses.

Radio. — Nous connaissons à l'heure actuelle quatre études radiologiques de mérycoles ; nous allons donner les points importants de chacune d'elles.

Examen de Roginski, par le docteur Charlier. — « Les liquides et les objets avalés s'accumulent dans l'estomac qui est de grandes dimensions, avant d'en remonter au commandement.

Le retour des liquides s'effectue en un jet puissant et régulier sous l'influence des contractions du diaphragme et des muscles abdominaux.

Le retour des solides s'effectue en deux temps. Les contractions abdominales les projettent dans l'œsophage puis le cardia se ferme et les objets remontent sous l'action des contractions antipéristaltiques de l'œsophage.

Le remplissage au maximum de l'estomac paraît une condition favorable pour le retour des liquides et des solides. Pour le retour des solides une autre condition favorable est qu'ils flottent à la surface du liquide.

Il est possible que le sujet reconnaisse les solides d'après le degré de la résistance que leur oppose le cardia et d'après la sensation qu'ils procurent à la partie inférieure de l'œsophage. »

Examen de Mac Norton, par le docteur Desternes. — « Estomac de forme normale, s'*adaptant parfaitement à son contenu*, doué d'une tonicité et d'une élasticité remarquables, d'une musculature puissante renforcée au niveau des régions sus-tubulaire et prépylorique, possédant à un très haut degré la contractilité antipéristaltique spontanée et volontaire.

A jeun l'estomac est déjà en partie visible sur l'écran..., une zone opaque marque la région pylorique. Les parois en sont suffisamment épaissis pour en rendre visible le contour.

Nous demandons à M. N... de contracter son estomac pour renvoyer le liquide dans la bouche. Les parois abdominales ne se contractent pas. La contraction se fait sur place, un spasme de la région prépylorique chasse le liquide dans la portion sustubaire et la contracture de celle-ci le pousse dans l'œsophage. »

Examen de l'enfant Calmels, par le docteur Cain (*in thèse* de R. Paris. Inédit). — ... « On observe aussi au cours de l'examen des contractions en masse du pôle inférieur de l'estomac; celui-ci se resserre et sous l'effet du resserrement la substance opaque remonte jusque sous le diaphragme en faisant disparaître momentanément la poche à air. Cet élément spasmodique prépylorique est de nature à expliquer le mécanisme des régurgitations. »

Examen de Charles H... (*in thèse* de R. Paris. Inédit). — Estomac s'adaptant parfaitement à son contenu.

Le rejet des liquides se fait par contraction en masse de l'estomac sans aucune participation abdominale ni diaphragmatique.

Les objets solides, sont ramenés lorsque le sujet le désire contre le cardia, par des ondes antipéristaltiques et *c'est l'objet que l'on a indiqué et lui seul qui s'engage dans l'œsophage.* Il faut bien admettre étant donné la constance du phénomène qu'il y a là une sensibilité inconsciente mais réelle de la région péricardiaque.

Il est indifférent à Ch. H... pour le bon accomplissement de ses exercices que son estomac soit plein ou vide.

***

En résumé si nous considérons ces quatre études radiologiques que pouvons-nous conclure?

De l'étude de M. Charlier sur Roginski se dégage évidemment que le mécanisme du mérycisme de son sujet est celui décrit par Lemoine et Linossier et que ce sont les mouvements de la paroi abdominale et du diaphragme qui ont la plus grande part dans la marche du phénomène.

Au contraire, si nous examinons l'observation de l'enfant Calmels et surtout l'étude de M. Desternes et la nôtre propre, il ressort que les mouvements antipéristaltiques et la contraction de la masse du pôle intérieur de l'estomac jouent ici le premier rôle.

Il existe donc, contrairement à ce qui a été décrit, deux mécanismes différents : l'un connu depuis longtemps et analogue à celui de la rumination animale, l'autre révélé par la radio et qui nécessitent des facultés de mobilité et de sensibilité stomacales inconnues chez l'homme normal.

Il est en effet extraordinaire de voir un sujet capable, non seulement de distinguer les objets avec sa bouche cardiaque, mais encore de pouvoir mobiliser son estomac à sa guise sans participation de la paroi abdominale et du diaphragme. Il y a là deux fonctions qui sont tout à fait en dehors de ce que nous connaissons des possibilités de l'innervation stomacale et il ne nous est pas possible de savoir au juste comment et pourquoi elles existent et si l'estomac de notre sujet reçoit une autre innervation que normalement. Nous ne trouvons rien là dessus ni dans un sens, ni dans un autre dans les recherches antérieures. Ce n'est pas que les nécropsies n'aient pas été pratiqués dans le mérycisme, mais c'est sans doute un point qui n'était pas examiné par les auteurs et la seule chose que nous leur devons c'est de savoir « que les autopsies n'ont en réalité jamais rien montré d'anormal dans la conformation des individus atteints de mérycisme. L'estomac est toujours unique, la cavité simple, sans diverticulum, ni rétrécissement. La dilatation est peut-être l'état que l'on a le plus fréquemment observé. »

Cette question de propriétés, de sensibilité et de mobilité qu'ont certains estomacs de mérycoles reste donc entière. Il faut souhaiter qu'elle soit un jour résolue. Malheureusement les sujets sont rares, et il est même tout à fait exceptionnel d'en rencontrer qui soient aussi parfaits que les mérycoles que nous avons cités.

X. **Diagnostic.** — Le diagnostic du mérycisme idiopatique est toujours à peu près évident. Nous n'en discuterons pas.

Dans les cas de mérycisme dyspeptique, étant donné que les malades rejettent très souvent leurs aliments hors de leur bouche quand ils remontent, il convient d'éliminer le vomissement. Nous l'avons déjà dit longuement quelles en étaient les différences.

Ce qui importe surtout d'ailleurs, c'est le diagnostic étiologique. C'est pour le faire qu'on multipliera radio, tubage à jeun et après repas d'épreuve, etc... L'étude du chimisme gastrique avait été autrefois très étudié parce que l'on croyait qu'il y avait un chimisme spécial qui correspondait au mérycisme. En réalité il n'en est rien et celui-ci n'a de valeur que pour la recherche de la cause.

Chez les enfants, on éliminera la régurgitation simple si fréquente. La quantité d'aliments rejetés est très minime, il n'y a pas de deuxième mastication, etc.

Chez les idiots songer au simple mâchonnement.

Dans l'aérophagie, éliminer l'éructation ayant entraîné quelques particules alimentaires.

Enfin, dans tous les cas, deux diagnostics devront être soulevés, ce sont : les sténoses œsophagiennes avec vomissements œsophagiens, les diverticules de l'œsophage.

L'histoire de la sténose œsophagienne, fait faire aisément le diagnostic. Le diverticule de l'œsophage au contraire peut aisément tromper. Les caractéristiques du mérycisme : régurgitation lente, fractionnée précédant une deuxième mastication pourront servir à la discrimination, mais dans les cas où il n'y a qu'une seule régurgitation, que celle-ci est brutale et que le malade rejette ses aliments au dehors, le diagnostic peut errer. Aussi faut-il toujours, en présence d'un mérycole, faire pratiquer les examens

œsophagiques et radioscopiques qui lèvent tous les doutes.

XI. **Traitement.** — Le mérycisme idiopatique est une de ces maladies dont on se demande si l'on doit essayer de les guérir. Nous savons que tous ceux qui avaient étudié la question sont d'accord pour proclamer l'inopportunité et même le danger de la brusque suppression de cette infirmité dans les cas où les inconvénients pour le malade seraient minimes, ce qui est la règle.

On se bornera donc à des règles hygiéniques et l'on conseillera aux malades de ne pas manger gloutonnement, de réduire leur alimentation et de bien mâcher.

Pour tous les autres cas, on pourra s'adresser à la cause sans oublier qu'il y a toujours un fonds nerveux qu'il ne faut pas négliger. Lorsque le méricisme a, pour point de départ, un état dyspeptique net, une aérophagie, il est évident qu'il faut traiter ces affections par les moyens appropriés,

Chez les névropathes, le traitement de la névrose s'impose. En améliorant l'état général, en diminuant l'excitabilité anormale du système nerveux, en traitant, s'il y a lieu, les quelques touches dyspeptiques qui peuvent exister, on aura chance de donner au mérycisme moins de chance de se produire.

Quand il s'agit de rumination volontaire, il s'agit en somme de supprimer une habitude vicieuse en mettant en œuvre des procédés en rapport avec l'état intellectuel du malade.

Chez les enfants, il faudra, quand ils seront petits, employer tous les moyens hygiéniques pour régulariser leur système stomacal et calmer leur système nerveux.

Quand ils seront plus grand, ce sera une éducation à faire ou à refaire par les remontrances, les punitions, la suppression des mauvais exemples.

On n'oubliera pas que chez les hystériques, la suggestion peut avoir une importance considérable et on recourra à cette pratique chez tous les malades qui seront susceptibles d'en bénéficier.

BIBLIOGRAPHIE

ARMINGAUD. Essai sur la rumination humaine, *Th. de Paris*, 1867.

BARTHOLINUS (Th.). *De Unicornu observationes novae Patavii*, 1645.

BEAUCHANT et BESSONET. Mérycisme chez une enfant de six mois; guérison par le suc gastrique de porc, *Poitou méd.*, Poitiers 1909, t. XXIV, p. 51.

BLANCHART (Raphaël). Rumination et mérycisme, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Dict. Jaccoud, 1882, t. XXXII.

BOUCHAUD. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 1893.

BOURNEVILLE et SÉGLAS. Du mérycisme, *Arch. de neurol.*, 1893; — *Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots.*

BOUVERET. *Traité des maladies d'estomac.*

CAMBAY. Sur le mérycisme et la digestibilité des aliments, *Th. de Paris*, 1830.

CHARLIER. *Soc. de radiol.*, 14 juin 1921.

CHATELET. *Gaz. des hôpit.*, 1863.

CHAUVEAU et TOUSSAINT. *Arch. de physiol.*, 1875.

COMBY. Rumination chez les enfants, *Arch. de méd. des enf.*, Paris 1912, t. XV, p. 766-770.

CORSTENN. *Dissertatio Ruminationis.*

DELMAS. *Ann. de la Soc. de méd. de Montpellier*, 1807. t. IX, p. 289.

DESTERNES. *Soc. de méd. de Paris*, 1911.

DROMART. *Un cas de mérycisme chez une démente précoce.*

DUCASSE. De la rumination chez l'homme, *Mém. de l'Acad. des sciences et lettres de Toulouse*, 1834, t. III.

DUFOUR. Mérycisme consécutif à un traumatisme de la région de l'hypocondre gauche. Expertise médico-légale, *Ann. d'hyg.*, Paris 1897, 3e série, t. XXXVIII, p. 556-562.

DUMUR. De la paralysie du cardia ou mérycisme, *Th. de Berne*, 1859.

DUVIVIER. Notes sur un cas de mérycisme, *Echo méd. du Nord*, Lille 1900, t. IV, p. 90.

FABRICE D'AQUAPENDENTE. *De Gula ventriculo intestinis*, Padoue 1618.

FAREZ. *Revue de psychothérapie*, janv. 1912; — *Un Méryciste avaleur de grenouilles*, Maloine, 1912; — *Revue de psychothérapie*, juin 1914; — *Courrier méd.*, 3 juillet 1921.

FRANCK (J. P.). *De curandis hominum morbis epitome prælectionibus acad. dicata*, Mannheim 1807, t. V, part. II, p. 353, édit. franç., Paris 1820.

FRANCK (Joseph). *Præcepta praxeos medicæ universæ*, Leipzig 1817 et 1821.

GINTRAC. *Fragments de médecine pratique et d'anatomie pathologique*, Bordeaux 1841, p. 137.

GRAND. *Th. de Paris*, 1893.

LABBÉ (Marcel) et VITRY. Etude d'un cas de diabète grave avec mérycisme, *Bull. et mém. de la Soc. méd. dos hôpit. de Paris*, séance du 30 juillet 1909, p. 327.

LINOSSIER. *Soc. méd. de Lyon*, 1893, p. 339; — *Revue de méd.*, 1893.

LOUET. Mérycisme et dégénérescence, *Th. de Toulouse*, 1899.

NATTAN-LARRIER. Le mérycisme, *Gaz. des hôpit.*, Paris 1897.

OVIZE. Un cas de mérycisme, *Revue de stomatologie*, Paris 1909, t. XVI, p. 76-78.

PERCY et LAURENT. *Dictionnaire des sciences médicales*, 1819, t. XXXII, p. 526.

PETIT (G.). Un cas de mérycisme chez un dégénéré, *Arch. méd. d'Angers*, 1901, t. V, p. 114-122.

PIPELET. *De Vomituum diversis specicbus accuratius distinguendis*, Paris 1786.

PEYER. *Merycologia, seu de ruminantibus et ruminatione commentarius*, Bâle 1685.

PISTSCH. Sur un cas de mérycisme, *Revue de stomatologie*, Paris 1909, t. XVI, p. 31-36.

RATIER. *Journ. univ. et hebd. de méd.*, 1833, t. XIII, p. 184.

RAVIART et CAUDRON. Deux cas de mérycisme, *Arch. de neurol.*, Paris 1904, t. XVII, p. 390-394.

ROUBAU. Observations sur la rumination chez l'homme, *Ann. de la Soc. de méd. de Montpellier*, 1807.

ROSSIER. *Ann. de la Soc. de méd.*, Anvers 1867.

SILVAN (P.). Le mérycisme vrai, Thèse, *Gaz. des hôpit.*, 1926, p. 1320.

TURMEL. Contribùtion à l'étude du mérycisme, *Th. de Paris*, 1894.

VARIOT. Un cas de mérycisme chez un enfant de trois ans, *Journ. de clin. et de thérap. inf.*, Paris 1899, t. VII, p. 23-25; — Mérycisme chez une jeune fille de seize ans. Grande amélioration par l'emploi du citrate de soude, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1913, 3e série, t. XXXV, p. 861-865.

Nous n'avons énuméré ici que les ouvrages français. Pour la bibliographie étrangère, voir R. PARIS. *Th. de Paris*, 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1926)

Après le centenaire de Laennec. — M. CHAUFFARD donne lecture d'une lettre de M. René Laennec remerciant l'Académie de l'avoir invité avec tous les membres de la famille Laennec à la cérémonie de mardi dernier. Il prie l'Académie d'accepter le sthétoscope de Laennec et la tabatière offerte jadis par Chateaubriand à l'illustre clinicien.

M. le Président adresse à M. René Laennec l'expression de la gratitude de l'Académie pour ce don précieux.

Il salue ensuite M. Thayer (de Baltimore) qui assiste à la séance.

Les eaux bicarbonatées calciques et l'élimination de l'acide urique. — M. le professeur Desgrez présente une note de MM. F. Rathery et L. Lescœur relative aux variations comparées dans l'urine et dans le plasma du taux de l'acide urique après ingestion d'eaux bicarbonatées calciques, celle de Pougues en particulier.

Les auteurs ont observé des effets différents suivant le degré d'uricémie propre à chaque malade examiné avant la cure.

Chez les hypo-uricémiques, ils n'ont obtenu aucun effet modificateur appréciable tant sur l'élimination urinaire que sur le taux de l'acide urique du plasma.

Au contraire, chez les sujets relativement hyperuricémiques (rhumatisants chroniques, obèses, lithiasiques rénaux, etc.), l'eau de Pougues a provoqué une réaction dès le premier jour de cure. Cette réaction est caractérisée essentiellement dans l'urine par une augmentation de l'acide urique et du calcium, dans le plasma par un abaissement du taux de cet acide.

Election du bureau. — M. Balzer est élu vice-président pour 1927. M. Souques est réélu secrétaire annuel par acclamations. MM. Cadiot et Walther sont élus membres du Conseil.

Election de deux correspondants nationaux (3e division, hygiène). — M. Etienne Burnet, l'éminent directeur adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis, est élu au premier scrutin par 40 voix contre 25 à M. Chaumier (de Tours) et 3 à M. Loir (du Havre).

Au deuxième scrutin, M. Chaumier est élu par 40 voix contre 26 à M. Loir.

Le rôle de la science dans l'avenir du corps médical. — La récente communication de M. Weiss donne lieu à une discussion très animée.

Dans la séance du 23 novembre, M. Weiss avait poussé un cri d'alarme au sujet de la crise du recrutement et de la formation des médecins.

Envisageant plus spécialement ce dernier facteur, il regrettait que l'instruction prémédicale ne fût plus comme jadis, au lycée même, assez littéraire et scientifique, et il pensait que pour la plupart des étudiants le P. C. N. n'aboutit qu'à la perte d'une année.

L'Académie commence aujourd'hui la discussion de cette angoissante question.

M. Chauffard, avec beaucoup de force, insiste sur l'insuffisance de l'éducation prémédicale des étudiants, il constate la faiblesse de la préparation scientifique au cours des études secondaires et il fait très vigoureusement le procès du P.C.N. qui, par la perte d'une année, constitue une charge très lourde pour les étudiants et ne les prépare nullement à la profession médicale.

Soutenu par la grande majorité de l'assemblée, il estime que l'enseignement de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle doit être donné par des médecins, et en conclusion de son exposé il demande à l'Académie d'émettre le vœu « que l'enseignement du P. C. N. soit réformé dans un sens médical et qu'il soit donné dans les facultés de médecine. »

MM. Charles Richet, Marcel Labbé, Louis Martin, Béclère font quelques réserves, ainsi que M. Pinard. En revanche, MM. Desgrez, Quénu, Sieur et Sergent soutiennent très énergiquement l'opinion de M. Chauffard.

Il est un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est l'insuffisance de l'instruction scientifique préalable des étudiants en médecine. Mais, comme le fait très justement remarquer M. Gley, cette discussion dépasse le P. C. N., elle pose la question même de l'enseignement secondaire qui doit évidemment être réformé.

M. le Président met aux voix le vœu de M. Chauffard complété par un premier paragraphe rédigé par M. Weiss. En voici le texte :

« L'Académie regrette que les étudiants qui abordent les études médicales aient une préparation scientifique insuffisante.

Elle émet le vœu que l'enseignement du P. C. N. soit réformé dans un sens médical et qu'il soit donné dans les facultés de médecine. »

Les deux paragraphes mis aux voix séparément sont adoptés, le premier à l'unanimité, le second à une très grosse majorité.

— La discussion continuera dans une prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1926)

M. A. Léri, président, adresse un hommage de sympathie de la Société à M. Froment (de Lyon) qui vient d'être victime d'un attentat.

Séquelles éloignées d'encéphalite épidémique. — MM. Français et Lançon présentent un homme de cinquante-sept ans qui fut atteint, à l'âge de quarante ans, d'une encéphalite myoclonique. Actuellement, on constate un groupe de symptômes qui paraissent appartenir au tableau clinique des syndromes striés. Ce sont des tics intermittents de l'épaule, de la polypnée, de la tachyphémie. La percussion du tendon rotulien droit provoque l'apparition d'un réflexe pendulaire hypertonique, caractérisé par une série d'oscillations de la jambe d'amplitude décroissante. Il n'y a pas de signe d'atteinte cérébelleuse.

Tous ces phénomènes paraissent être l'expression d'un syndrome pyramido-strié, avec atteinte prépondérante du système pyramidal.

Compression médullaire de la région dorsale moyenne chez une malade syphilitique, avec syndrome de Froin et réaction de Wassermann positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Considérations sur la symptomatologie, sur la nature et sur le traitement de cette compression. — MM. O. Crouzon, Th. Alajouanine et P. Delafontaine discutent la conduite à tenir en présence d'un cas de compression médullaire qui est évident d'après l'examen clinique et l'exploration lipiodolée, mais dans lequel la syphilis est avérée. A l'inverse de ce qui s'est produit dans un cas analogue récemment rapporté par M. Souques, le traitement d'épreuve est resté inefficace. S'agit-il d'une lésion syphilitique scléreuse, cicatricielle, inaccessible au traitement, telle qu'une virole scléreuse de pachyméningite? Ou bien s'agit-il d'une tumeur non syphilitique chez une syphilitique? De toute manière, en présence de l'échec du traitement spécifique, l'intervention exploratrice s'impose.

Paraplégie crurale par tumeur extradure-mérienne à la région dorsale. Opération. Guérison. (Sur l'épreuve du lipiodol.) — MM. J. Babinski, Alb. Charpentier et J. Jarkowski présentent un malade qui a été opéré par M. de Martel pour une tumeur extradurale de la région dorsale. Malgré le syndrome clinique très explicite, une première épreuve lipiodolée n'avait permis de constater qu'un arrêt momentané, qui n'autorisait pas à conclure. Un second examen, quelques semaines après, était plus démonstratif, mais le lipiodol, au lieu de dessiner le pôle inférieur de la tumeur suivant une ligne concave en haut, comme M. Babinski l'a observé dans un cas de tumeur intradurale, s'arrêtait suivant une ligne concave en bas. Peut-être ces divergences dans le mode d'arrêt du lipiodol pourraient-elles servir au diagnostic du siège intradural ou extradural de la tumeur.

Syndrome cérébello-thalamique supérieur. — MM. Ch. Foix, J.-A. Chavany et P. Hillemand. Il est d'opinion assez courante de ne pas faire remonter les symptômes cérébelleux au-dessus du noyau rouge, et d'attribuer à l'atteinte de ce dernier les symptômes cérébelleux qu'il est courant d'observer au cours du syndrome thalamique; en réalité, comme les auteurs l'ont déjà démontré, les symptômes sont dus — dans la variété banale des lésions thalamiques qui répond au syndrome de la cérébrale postérieure — à l'atteinte du thalamus lui-même par l'intermédiaire du trajet intrathalamique, des radiations de la calotte, et vraisemblablement du relai cérébelleux du thalamus. L'observation anatomo-clinique sui-

vante, étudiée sur coupes sériées de la région, démontre que ces syndromes cérébelleux peuvent être dus, non seulement à l'atteinte de la partie basse du thalamus, mais encore à celle de la partie supérieure du thalamus externe.

Le sujet, à la suite d'un ictus, présentait un syndrome cérébello-pyramidal homolatéral, avec phénomènes pyramidaux légers, symptômes cérébelleux très prépondérants et très marqués, s'accompagnant de *tremblement intentionnel* et de *légers mouvements choréiques*. Les troubles sensitifs étaient légers.

A l'examen anatomique sur coupes sériées, il y a lésion destructive de la *moitié supérieure du thalamus externe*, à l'union de son tiers postérieur et de ses deux tiers antérieurs, diminuant ensuite dans les deux sens. La lésion empiète largement sur le segment rétrolenticulaire de la capsule interne; le noyau rouge est intact, ainsi que la région sous-optique.

Cette variété de *syndrome cérébello-thalamique supérieur* est de diagnostic difficile. Il semble qu'il faille y penser en l'absence d'hémianopsie, de paralysie du moteur oculaire commun, ou en présence de troubles sensitifs plus ou moins légers.

Hémichorée d'origine thalamique. — MM. Foix et Bariéty présentent l'observation anatomo-clinique d'un jeune sujet atteint de pleurésie purulente tuberculeuse, et qui avait présenté, dans les derniers temps de sa maladie, une hémiparésie progressive gauche, avec hémichorée et hémiathétose du même côté. L'aspect du membre supérieur était tout à fait celui de certaines hémiplégies infantiles; les mouvements involontaires beaucoup plus proches de l'athétose que de la chorée. A l'examen, nul autre signe de localisation que des troubles sensitifs extrêmement discrets. Le malade mourut de sa tuberculose pleuro-pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva un volumineux tubercule qui siège en pleine couche optique et qui détruit pour sa plus grande part sa région moyenne; la capsule interne est un peu touchée par la lésion. Le corps strié est respecté. Le simple examen macroscopique ne permet pas d'affirmer l'intégrité des régions sous-optiques.

Ce cas vient s'ajouter à ceux qui ont été étudiés précédemment pour montrer l'importance de l'hémichoréo-athétose d'origine thalamique.

Etude des troubles sensitifs après radicotomie postérieure. Remarques sur la loi de Sherrington. — MM. J.-A. Sicard, G. Haguenau et Ch. Mayer présentent une malade atteinte d'algie intercostale unilatérale opérée par M. Robineau. Après radicotomie postérieure portant sur six racines (de D^5 à D^{10}), la guérison fut complète.

L'étude des zones d'anesthésie permit des constatations paradoxales. En avant, la bande d'anesthésie s'étend en effet sur tout le territoire cutané qui correspond aux racines sectionnées, comme si une racine rachidienne n'innervait qu'un segment cutané, à l'encontre de la loi établie par Sherrington.

Dans la zone thoracique postérieure, au contraire, il n'y a pas d'anesthésie, mais une zone de légère hypoesthésie.

Ces constatations faites chez une spinalgique, comme celles que les auteurs ont faites précédemment chez des sympathalgiques du type causalgique, permettent de mettre en doute que les conceptions de Sherrington s'appliquent réellement chez l'homme.

Hémiplégie infantile. — MM. L. Barbonneix et A. Duruy présentent un jeune homme de dix-sept ans, atteint d'hémiplégie infantile droite, avec épilepsie, arriération intellectuelle, etc., et chez lequel on note les particularités suivantes : association de deux facteurs étiologiques, traumatismes obstétricaux et hérédo-syphilis, celle-ci jouant le rôle prédisposant et ceux-là le rôle déterminant; en ce qui concerne la clinique, légère hypertrophie mammaire siégeant du même côté que la paralysie, nystagmus et atrophie optique; phénomène des raccourcisseurs; astéréognosie de la main droite, malgré l'absence de troubles de sensibilité objective.

A noter, malgré l'hémiplégie droite, et bien que le malade écrive de la main gauche, l'absence d'écriture en miroir; les troubles moteurs se localisent aux mouvements délicats des mains, comme dans les faits jadis étudiés par M. Noïca.

Paralysie générale avec neuro-syphilis conjugale purement humorale. — MM. Laignel-Lavastine et Bourgeois présentent un ménage, dont le mari est nettement paralytique général, et dont la femme, sans aucun signe clinique objectif d'affection organique du système nerveux, avait, en mai dernier, non seulement une réaction de Wassermann positive dans le sang, mais encore un liquide céphalo-rachidien gravement altéré : huit lymphocytes, 0g50 d'albumine, Calmette-Massol faiblement positif, et précipitation totale du benjoin. Aujourd'hui, après traitement intensif, la formule est la suivante : 3 lymphocytes, 0g30 d'albumine, précipitation partielle du benjoin, Calmette-Massol négatif et sang normal.

Cette observation confirme l'intérêt, signalé par Cestan, de la neuro-syphilis latente conjugale, dont la fréquence apparaîtra lorsqu'on fera systématiquement la ponction lombaire des conjoints des neuro-syphilitiques. Elle montre, d'autre part, l'utilité du traitement antisyphilitique à ce stade humoral céphalo-rachidien. A ce stade, il est possible d'agir sur tous les éléments du syndrome : lymphocytose, albuminose, réaction du benjoin colloïdal et de la fixation du complément. Enfin, elle est un dernier exemple du danger des paralysies générales méconnues chez les employés de chemin de fer.

Rhumatisme chronique et gros troubles de l'excitabilité au cours d'un syndrome thalamique du côté de l'hémiplégie, par M. G. Bourguignon.

Syndrome des fibres radiculaires longues des cordons postérieurs au cours d'une syphilis spinale. — MM. A. Porot et Bénichou (d'Alger) rapportent l'histoire d'un homme de trente-cinq ans, qui présenta une syphilis spinale diffuse, précédée de claudication intermittente de la moelle, et qui, après traitement, gardait une anesthésie dissociée caractérisée essentiellement par une disparition de la sensibilité osseuse remontant jusqu'à la quatrième vertèbre lombaire, alors que toutes les sensibilités superficielles étaient revenues.

C'est le type isolé par Dejerine sous le nom de syndrome des fibres radiculaires longues des cordons postérieurs, souvent observé dans les scléroses combinées subaiguës de la moelle au cours de l'anémie pernicieuse, mais qui, pour Jumentié, peut reconnaître une autre origine, en particulier l'origine vasculaire.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1926)

Quelques considérations sur l'emploi des hypnotiques. — M. Logre déclare que le médicament hypnotique ne représente jamais le traitement idéal de l'insomnie. C'est seulement un pis-aller, à employer surtout de façon transitoire et régressive, pour rendre au malade l'habitude du sommeil. L'hygiène, la physiothérapie (surtout l'hydrothérapie chaude, l'héliothérapie) sont supérieures d'ordinaire aux hypnotiques. Le vrai traitement est causal. L'insomnie, en apparence isolée, survient souvent comme un signal-symptôme, le signe annonciateur d'un mal qu'il faut diagnostiquer : dyspepsie, artério-sclérose, hypertension ou hypotension, troubles neuro-glandulaires, infections latentes. A signaler, en particulier, les insomnies constitutionnelles (débilité de la fonction du sommeil) et les insomnies intermittentes révélatrices de phases cyclothymiques parfois limitées à ce seul symptôme. Importance de l'étude du tonus neuro-végétatif pour le choix des hypnotiques. Dans les états fébriles, l'hypnotique favorise l'apparition de l'onirisme (délire de rêve).

Le traitement de l'asthme par les rayons ultraviolets. — M. Saidman rappelle que l'asthme, en tant que syndrome spasmophile, est très remarquablement influencé par les rayons ultraviolets, avec une technique déterminée. L'arc polymétallique a donné 80 p. 100 de succès, tandis que la lampe à vapeur de mercure n'en donne, avec les mêmes doses, que 46 p. 100. On doit utiliser une source intense et provoquer un érythème. Il semble que ce soit l'ensemble du rayonnement ultraviolet, infrarouge, les gaz dégagés par l'arc et l'air ionisé qui produit l'effet thérapeutique. Celui-ci est beaucoup plus rapide chez les enfants, où il n'est pas rare (lorsqu'il n'y a pas adénopathie trachéo-bronchique) que les accès disparaissent dès la première séance. Chez les adultes, l'effet

est inconstant et nécessite un traitement assez long. Les rechutes doivent être prévenues par un traitement périodique.

Notes sur l'action de la teinture d'ail et du benzoate de benzyle dans les hypertensions artérielles. — MM. Ch. Mattei et J. Dias Cavaroni (de Marseille) concluent d'après leurs expériences : 1° que la teinture d'ail paraît s'être comportée comme un médicament très rarement et faiblement hypotenseur; 2° que l'action du benzoate de benzyle paraît faible et très infidèle chez les hypertendus moyens et peut se manifester chez les forts hypertendus, dans les cas les plus favorables, par une influence élective sur la pression systolique. Les effets hypotenseurs, quand ils se produisent, sont un résultat imparfait que la thérapeutique hypotensive générale doit toujours veiller à compléter.

REVUE DES THÈSES

De l'Allylarsinate monosodique dans le traitement des formes prolongées et des séquelles de l'encéphalite épidémique (1), par M. le docteur H. Valois.

Après un examen détaillé des diverses thérapeutiques utilisées dans les formes prolongées de l'encéphalite épidémique et notamment contre les syndromes parkinsoniens consécutifs, M. Valois constate que, contre le tremblement, la scopolamine a fait ses preuves; on tend cependant à lui substituer l'hyoscine et aussi la poudre de feuilles de datura stramonium; contre l'hypertonie et la rigidité, rien n'a donné d'aussi bons résultats que les arsénicaux à hautes doses, mais la valeur des résultats thérapeutiques dépend étroitement du choix des composés arsénicaux utilisés. La plupart des auteurs ont recours aux cacodylates alcalins et n'ont eu que des résultats médiocres. M. Valois, en collaboration avec MM. Auguste et Lekieffre, à la Clinique de l'hôpital Saint-Sauveur, a obtenu des succès certains avec l'arsylène (allylarsinate monosodique) qui présente, sur les cacodylates, l'avantage d'être plus actif, moins toxique, de pouvoir être beaucoup plus maniable.

L'arsylène a bien été étudié au point pharmacologique et physiologique par Pouchet et Ritz; il peut être donné per os sous forme de granules dosés à 1 centigramme; la repoussante odeur alliacée n'est pas à craindre; ce mode d'administration supplée le traitement intensif; il sera réservé aux malades particulièrement intolérants ou trop pusillanimes pour supporter les piqûres et aussi à ceux chez qui on veut appliquer la méthode progressive de Fowler.

Au point de vue du traitement intensif des syndromes parkinsoniens, il existe deux méthodes, on pratique l'injection quotidienne de 0,20 d'arsylène pendant quinze ou vingt jours; ou bien on injecte d'abord quatre jours 0,20; trois jours, repos; quatre jours, 0,40 ; trois jours, repos; quatre jours, 0,60, pour revenir en arrière. Trois recommandations : il faut tâter la susceptibilité du malade par une dose faible, faire les injections profondes et surveiller le malade pour arrêter le traitement dès qu'apparaissent les signes de saturation organique.

Cette méthode a donné à l'auteur d'excellents résultats corroborés d'ailleurs par ceux obtenus dans la sclérose en plaques par MM. Euzière, Roger, Bériel, Pagès, etc., et aussi dans un tout autre ordre d'idées, dans le psoriasis, par MM. Vigne et Fournier (*Sud méd.*, 15 déc. 1925). Ces deux derniers auteurs, sur huit cas traités par séries de vingt injections par l'arsylène à doses progressives, ont obtenu trois guérisons complètes et des améliorations très marquées et un seul échec presque complet, ce qui est un résultat vraiment très digne d'être noté et qui classe l'arsylène parmi les meilleurs agents de la thérapeutique antipsoriasique; de même le travail de M. Valois démontre que l'arsylène exerce

(1) *Th. de Lille*, 1926. Travail de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur.

une action élective des plus rapides et des plus constantes sur l'hypertonie, le plus gênant des symptômes observés au cours des manifestations parkinsoniennes postencéphalitiques.

CONGRÈS

PREMIÈRE RÉUNION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE (Paris, 28-30 avril 1927), sous le haut patronage de M. le ministre des Affaires étrangères et de M. le ministre du Travail et de l'Hygiène :

Comité d'honneur. — LL. EE. MM. les ambassadeurs de Belgique, du Brésil, d'Espagne et d'Italie;

LL. EE. MM. les ministres de Bolivie, du Chili, de Colombie, de Costa-Rica, de Cuba, d'Egypte, d'Equateur, de Grèce, de Guatémala, d'Haïti, d'Honduras, de Luxembourg, du Mexique, du Paraguay, du Pérou, du Portugal, de la République Argentine, de la République Dominicaine, de Roumanie, de Suisse, d'Uruguay, du Venezuela; M. le commissaire général du Canada;

M. Louis Barthou, ministre de la Justice, président de l'Association des Journalistes parisiens;

M. Georges Leygues, ministre de la Marine, président du Comité France-Amérique Latine;

M. le professeur Bar, président de l'Académie de médecine;

M. René Doumic, secrétaire perpétuel de l'Académie française, président du Syndicat de la Presse périodique;

M. le professeur Hartmann, président de l'Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.);

M. de Nalèche, président du Syndicat de la Presse parisienne;

M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Comités de patronage et de propagande. — I. COMITÉ FRANÇAIS. — M. le Dr Raoul Blondel, secrétaire général de l'Association internationale de la Presse médicale;

M. le Dr Paul Cornet, président du Syndicat de la Presse scientifique;

M. le Dr Darras, président de l'Association des Journalistes médicaux français;

M. le Dr Dartigues, président de l'Union médicale franco-ibéro-américaine (U. M. F. I. A.);

M. le Dr Decourt, président de l'Union des Syndicats médicaux de France;

M. Faure, président du Syndicat des fabricants de produits pharmaceutiques;

M. le Dr F. Le Sourd, président honoraire de l'Association de la Presse médicale française;

M. Pierre Masson, éditeur de périodiques médicaux, vice-président du Syndicat de la Presse périodique;

M. le professeur Vanverts (de Lille), président de la Fédération nationale des Syndicats médicaux.

II. COMITÉS ÉTRANGERS. — *Belgique* : M. le professeur agrégé Léopold Mayer (de Bruxelles), président de l'Association de la Presse médicale belge;

M. le Dr Beckers (de Bruxelles), secrétaire général de l'Association de la Presse médicale belge;

Espagne : M. le professeur Cortezo (de Madrid), président de l'Association de la Presse médicale espagnole;

M. le Dr Coca (de Madrid), secrétaire général de l'Association de la Presse médicale espagnole;

Italie : M. le professeur V. Ascoli (de Rome), président de l'Association de la Presse médicale italienne;

M. le Dr Fienga (de Naples), secrétaire général de l'Association de la Presse médicale italienne;

Cuba : M. le professeur José A. Presno (de La Havane), membre du Comité de l'Association de la Presse médicale cubaine;

M. le professeur Lopez Silvero (de La Havane), président du IVe Congrès de la Presse médicale cubaine;

Brésil : M. le professeur Austregesilo (de Rio-de-Janeiro),

membre du Comité de direction scientifique des *Archivos brasileiros de Medicina*;

Canada : M. le professeur Le Sage (de Montréal), directeur de l'*Union médicale du Canada*;

Grèce : M. le professeur agrégé P. Roudopoulos (d'Athènes), directeur de *La Grèce médicale*;

Haïti : M. le Dr Dalencour (de Port-au-Prince), directeur du *Journal médical haïtien*;

Portugal : M. le Dr de Azevedo (de Lisbonne), directeur de *A Medina contemporanea*;

République Argentine : M. le professeur V. Delfino (de Buenos-Ayres), directeur de *La Medicina argentina*;

Roumanie : M. le professeur Danielopolu (de Bucarest), directeur du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Bucarest*;

Suisse : M. le Dr Cramer (de Genève), directeur de la *Revue médicale de la Suisse romande*.

(*La liste des autres Comités étrangers, actuellement en formation, sera donnée ultérieurement.*)

Comité d'organisation. — *Président :* M. le professeur agrégé Maurice Loeper, rédacteur en chef du *Progrès médical*, président de l'Association de la Presse médicale française.

Vice-présidents : M. le professeur Collet (de Lyon), membre du comité de rédaction de *Lyon médical*;

M. le professeur Combemale (de Lille), directeur de *L'Echo médical du Nord*;

M. le professeur R. Cruchet (de Bordeaux), administrateur du *Journal de médecine de Bordeaux*;

M. le professeur Etienne (de Nancy), directeur de la *Revue médicale de l'Est*;

M. le professeur agrégé N. Fiessinger, directeur du *Journal des Praticiens*;

M. le professeur Forgue (de Montpellier), directeur de *Montpellier médical*;

M. le professeur R. Leriche (de Strasbourg), rédacteur en chef de *Lyon chirurgical*.

Secrétaire général : M. le Dr L.-M. Pierra, directeur de *L'Evolution thérapeutique* et de la *Revue française de Gynécologie*, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale française.

Secrétaire-adjoint : M. le Dr Gardette, directeur de *La Presse thermale et climatique*.

Trésorier : M. le Dr Georges Baillière, éditeur de périodiques médicaux.

Trésorier-adjoint : M. le Dr Gaston Doin, éditeur de périodiques médicaux.

But de la réunion. — La première réunion de la Presse médicale latine a pour but de grouper en une Fédération commune les associations de Presse médicale, les revues et journaux médicaux et les journalistes médicaux comprenant, dirigeant ou rédigeant des journaux dans une des langues latines : espagnol, français, italien, portugais et roumain.

Des rapports seront présentés sur des questions susceptibles d'intéresser la grande majorité des représentants de la Presse médicale : directeurs, administrateurs, collaborateurs de tous ordres.

La réunion d'avril 1927 sera la première manifestation d'une activité qui se renouvellera ultérieurement sous la même forme dans les différentes capitales du monde latin.

Programme sommaire. — *Jeudi 28 avril 1927, à 21 heures :* Réception des adhérents étrangers par l'Association de la Presse médicale française.

Vendredi 29 avril, à 9 heures : Séance d'ouverture. Discours du président et des délégués officiels.

Rapport du secrétaire général.

Examen et vote des statuts de la Fédération latine; élection du bureau définitif.

Conférence de M. le professeur Forgue (de Montpellier), sur : *Théophraste Renaudot, médecin et père du journalisme.*

A 14 h. 30 : Lecture et discussion du premier rapport : *Unification de la terminologie, du classement et de la bibliographie dans la littérature médicale.* Rapporteurs : M. Mirande (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*); M. Lucien Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris; M. le Dr Rondopoulos, d'Athènes (*La Grèce médicale*); M. le Dr Tecon, de Lausanne (*Revue suisse de médecine*), etc.

20 heures : Soirée théâtrale.

Samedi 30 avril à 10 heures : Lecture et discussion du deuxième rapport : *La propriété littéraire et la presse médicale.* Rapporteurs : M. le Dr Gardette (*La Presse thermale et climatique*) : Me Ribadeau-Dumas, avocat à la Cour d'Appel de Paris, etc.

A 14 h. 30 : Lecture et discussion du troisième rapport : *Du rôle de la Presse médicale dans la préparation, l'organisation et les comptes rendus des Congrès médicaux.* Rapporteur : M. le Dr F. Le Sourd (*Gazette des Hôpitaux*); M. le Dr R. Beckers, de Bruxelles (*Bruxelles médical*); M. le Dr de Azevedo, de Lisbonne (*A medicina contemporanea*), etc.

A 20 heures ; Grand banquet officiel, par souscription, au Palais d'Orsay.

Cotisations. — La cotisation est fixée à :

60 fr. par membre, pour les Associations de Presse médicale adhérant collectivement à la réunion;

100 fr. pour les revues et journaux adhérant individuellement;

50 fr. pour les collaborateurs réguliers des journaux médicaux;

50 fr. pour les femmes ou enfants des membres de la réunion.

Des démarches seront faites auprès des Compagnies de chemin de fer françaises afin d'obtenir d'elles une réduction des tarifs de transports.

Les directeurs et rédacteurs des journaux médicaux qui désirent prendre part à la conférence de la Presse médicale latine sont priés d'adresser leur adhésion à M. le Dr Pierra, secrétaire général, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe), en indiquant le nombre de personnes de leur famille qui les accompagneront.

On est prié de lui adresser, en même temps, le montant des cotisations par chèque sur Paris, mandat international ou chèque postal, établis au nom du trésorier, M. Georges Baillière.

Toute la correspondance doit être adressée au secrétaire général.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 22 décembre. — Jury : MM. Hartmann, président; Teissier, Bernard et Ombrédanne. — M. Chabrut. Les résultats du traitement chirurgical de la tuberculose. — M. Muffang. La vaccination antidiphtérique. — M. Tissier. Etude sur la lutte antituberculeuse. — M. Fidon. Etude radiologique des mouvements de rotation dans la scapulo-humérale. — M. Henri. Les chondrites costales (seconde enfance).

Jeudi 23 décembre. — (Thèses vétér.) Jury : MM. Brumpt, président; Ménétrier, Dechambre et Moussu. — M. Ancelin. Les animaux domestiques du Togo. — M. Cornic. Etude sur l'état de santé des animaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Académie de médecine, dans sa séance solennelle du 6 décembre 1926, a décerné le prix Clarens à l'ouvrage remarquable intitulé : **Contre la tuberculose** du docteur Alexandre Bruno qui fut directeur du Bureau de l'organisation départementale de la Mission Rockefeller pendant son séjour en France, de 1917 à 1923.

Dans cet ouvrage se trouve exposé l'effort prodigieux de la Commission américaine de préservation contre la tuberculose en France et les résultats obtenus dans plus de soixante départements de France. Ce livre contient de nombreuses illustrations et est en vente à l'Association des villages sanatoriums de haute altitude, 4, rue de Castellane, à Paris, dont M. le professeur Maurice Letulle est président.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

COMPOSITION :

Le **LIPIODOL** *contient 0,54 d'iode combiné à l'huile d'œillette par cent. cube. L'intégralité de cette combinaison est telle que l'iode s'y trouve complètement* **dissimulé,** *le produit n'étant pas plus coloré que l'huile originelle (ne pas l'injecter s'il est devenu brunâtre). La tolérance est ainsi rendue pour ainsi dire illimitée (injection) et l'absorption gastrique extrêmement facilitée.*

INDICATIONS :

Toutes celles de l'iode, des dérivés iodés organiques et des iodures, **sans les inconvénients :** *pas d'iodisme même bénin, pas d'action congestive sur le poumon, etc. :*

ARTÉRIO *et présclérose à tous les degrés;*

ASTHME *et emphysème : guérison dans la plupart des cas, amélioration dans tous;*

RHUMATISME chronique, *goutte, douleurs rhumatoïdes : action presque certaine;*

ENFANTS adénoïdiens, *lymphatiques, hérédo-spécifiques;*

SYPHILIS tertiaire *et hérédo-syphilis; etc.*

LIPIODOL
du Docteur LAFAY
à 54% d'Iode (en volume)
Sans aucune trace de chlore
54, Chaussée d'Antin PARIS (IXe)

FORMES PHARMACEUTIQUES :

INJECTION : *ampoules de 1, 2, 3, 5 cc. ou flacon aluminium de 20 cc.*

CAPSULES : *0,20 centigr. d'iode par capsule (correspondant thérapeutiquement à 1 gr. KI.).*

ÉMULSION : *0,20 centigr. d'iode par cuill. à café (agréable au goût).*

COMPRIMÉS *ou* **TABLETTES:**
pour les enfants *(saveur chocolatée) 1 tablette équivaut à 1 cuil. à soupe de sirop iodotannique ou à 2 de sirop de Raifort iodé.*

Traitement du basedowisme : *1 comprimé contient 0,04 centigr. d'iode organique, chiffre préconisé comme moyenne nécessaire aux basedowiens* (BEEBE).

DOSAGE :

EN VOLUME : *1 cc. contient 0,54 centigr. d'iode correspondant* **chimiquement** *à 0, 71 KI, et agit* **thérapeutiquement** *comme un poids 4 fois plus élevé (soit 2 gr. 84 KI) par suite de la lenteur de l'élimination spéciale à l'huile iodée.*

POSOLOGIE :

INJECTIONS : *dans le tissu cellulaire, ou mieux,* dans le **muscle** *(tolérance parfaite) : 1, 2, 3, 5 et même 10 cc., rapprochées ou espacées, à volonté, au gré et suivant les commodités du médecin ou du malade; avec aiguille un peu forte (10/10es).*

CAPSULES : *Adultes, 2 à 3 en moyenne par 24 heures.*

ÉMULSION : *Adultes, 2 à 3 cuil. à café; Enfants, 1 à 2.*

COMPRIMÉS : *1, 2, 3 suivant l'âge. Basedowiens : 1 à 2.*

R. C., 32.286, Seine.







CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

De Nice à Marseille en autocar P.-L.-M. — Si vous voulez voir la Côte d'Azur sous son plus bel aspect, allez de Nice à Marseille en autocar P.-L.-M. Le voyage se fait en un jour et demi, avec coucher à Hyères ou Toulon dans les deux sens. Les voitures suivent le bord de la mer et permettent de visiter, non seulement les grandes stations mondaines, mais aussi les stations plus intimes et plus reposantes de la Côte de l'Estérel et de la Côte des Maures.

A partir du 5 janvier, un nouveau Service permettra de se rendre de Nice à Marseille, ou inversement, en un jour.

D'autres Services fonctionneront, à dater du 1er janvier, dans la région des Maures et de l'Estérel.

Signalons également que des Services d'excursions sillonnent les environs de Nice, Cannes, Saint-Raphaël, Sainte-Maxime, Hyères, Toulon et Marseille.

Les voyageurs peuvent se procurer dans les Agences et Bureaux P.-L.-M. de renseignements, comme aussi dans les Agences de voyages, des billets combinés comprenant à la fois des parcours en chemin de fer et des trajets en autocar. Ces billets offrent une réduction de 5 p. 100 sur le prix du voyage en autocar.

N° 104. — MERCREDI 29 DÉCEMBRE 1926. 99e ANNÉE. MERCREDI 29 DÉCEMBRE 1926. — N° 104.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 50 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL POUR L'ÉTRANGER
Tarif n° 1 : **65** *fr.*, valable pour : Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Cuba, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie, Serbie, Suède, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Tripolitaine, Ukraine, Uruguay.
Tarif n° 2 : **75** *fr.*, valable pour tous les autres pays. *(Sauf variations.)*

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat de Brévannes, Sainte-Périne et Hendaye. — *Lecture des copies.* — Séance du 22 décembre 1926. — M. Ardin, 23; Mlle Berger, 24; MM. Boyer, 23; Dufour, 20; de Ginestet, 26; Hébert, 29; Marot, 28; Mlle Desderlis, 20.

Epreuve orale. — Séance du 23 décembre. — MM. Tixier, 16; Tabureau, 17; Boyer, 10; Muller, 14; Mérigot, 18; Séguinot, 14; Ardin et Vinceneux, 10; de Ginestet, 15; Parent, 16; Dufour, 2; Rouard, 10; Marot, 13; Caïn, 4.

Classement des candidats :

MM. Tixier, 44; Mérigot, 42; de Ginestet et Marot, 41; Muller, 40; Tabureau, 38; Rouart et Parent, 37; Séguinot et Vinceneux, 35; Boyer et Ardin, 33; Caïn, 24.

— Concours de l'internat de San Salvadour. — *Epreuve orale.* — Séance du 23 décembre. — MM. Ardin, 15; Dufour, 13; Mlle Desderlis, 18.

Classement des candidats :

M. Ardin et Mlle Desderlis, 38; M. Dufour, 33.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — *Concours de l'internat.* — Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Emperaire, Blanchard, Dor, Verdeuil, Gaspérini, Montus, Dunan, Nguyen van Tan, Lamouroux et Drapé.

Internes provisoires : MM. Walh, Plasse, Albenois, Bernard et van Cuyck.

Concours de l'externat. — Ont été nommés :

MM. Mattei, Roussel, Couve, Audier, Trouette, Alliez, Murat, Fus, Montcerisier, Llucia, Gueirard, Masson, Ben Recassa, Casalta, Passelaigue, Amadéo, Dusan, Taddei, Appeix, Berre, Galland, Dagan, Xardel, Mayer.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — La distribution des diplômes aux élèves de l'Ecole de médecine coloniale vient d'avoir lieu sous la présidence du médecin inspecteur général Audibert, représentant le ministre des Colonies, empêché, assisté du professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine, et du professeur Brumpt. Celui-ci établit que l'Ecole a compté cette année 52 élèves, dont 16 français et 36 étrangers. Il insiste, en outre, sur l'insuffisance des situations offertes aux médecins civils dans nos colonies.

— Nancy. — Par arrêté ministériel du 7 décembre 1926, ont été nommés :

Agrégé de chimie médicale, M. Sannie.
Agrégé de médecine, M. Simonin.
Sont nommés chefs de clinique des maladies tuberculeuses :
M. Lévy, service de M. le professeur Parisot.
M. le docteur Pierson, service de M. le professeur Perrin

— Strasbourg. — M. le docteur Jean Joublot a été nommé chef de clinique oto-rhino-laryngologique.

Le Conseil de la Faculté a proposé pour les emplois vacants d'agrégé MM. les docteurs A. Weiss (chirurgie) et Terracol (oto-rhino-laryngologie).

MISSION. — M. le professeur Cunéo vient de rentrer à Paris après avoir rempli une mission en Colombie et au Venezuela.

ENFANTS ASSISTÉS. — Le Conseil général de la Seine vient d'attribuer pour l'année 1926 les récompenses honorifiques suivantes aux médecins du service des Enfants assistés de la Seine qui se sont signalés par leur zèle et leur dévouement dans l'exercice de leurs fonctions :

1° Une médaille de vermeil à M. Billiard, médecin de l'agence de Lormes.

Agé de soixante-seize ans, au service de l'Administration depuis quarante-six ans, s'est toujours montré un collaborateur actif, consciencieux et dévoué. Donne gratuitement ses soins aux anciens pupilles. Titulaire de la médaille d'argent depuis 1905.

2° Une médaille de vermeil à M. Levassort, médecin de la section d'agence de Mortagne.

Agé de soixante-neuf ans, collaborateur de l'Administration

depuis quarante-trois ans, a toujours fait preuve d'une haute conscience professionnelle, en même temps que d'une grande sollicitude pour les pupilles. Titulaire de la médaille de bronze depuis 1902.

3° Une médaille d'argent à M. Tirmont, médecin de l'agence d'Abbeville.

Agé de soixante-cinq ans, au service de l'Administration depuis quarante-trois ans, a toujours montré le zèle le plus dévoué et la plus grande exactitude dans l'exercice de ses fonctions. Est réputé pour sa bonté en même temps que pour sa conscience professionnelle, Titulaire de la médaille de bronze depuis 1906.

4° Une médaille de bronze à M. Lemoine, médecin de la section d'agence de Mortagne.

Titulaire depuis dix-neuf ans d'une circonscription étendue, assure son service avec beaucoup de zèle et de ponctualité. Est très aimé des pupilles et jouit d'une grande autorité auprès des nourrices.

5° Une médaille de bronze à M. Peyronie, médecin de l'agence de Château-Chinon.

Titulaire d'une circonscription importante depuis 1920 après en avoir assuré le service par intérim depuis 1914, M. Peyronie s'acquitte de ses fonctions, depuis onze ans, avec le zèle et le dévouement le plus absolu, accourant au premier appel des nourrices. S'est attiré l'estime et l'affection de tous.

6° Une médaille de bronze à M. Bardin, médecin de l'agence d'Avallon.

Au service de l'Administration depuis dix-neuf ans, a toujours fait preuve d'une activité inlassable et d'une parfaite conscience professionnelle. Connaît tous les pupilles de sa circonscription, et jouit de l'entière confiance des nourriciers.

7° Une médaille de bronze à M. Cougnot, médecin de l'agence de Prémery.

Au service de l'Administration depuis trente ans, s'acquitte de ses fonctions avec bonté et dévouement, est très aimé des pupilles et des nourriciers.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Tableau d'avancement pour 1927 :

Pour le grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Daussat, place de Rennes; Dupuich, hôpital militaire de Lille; Sandras, médecin chef de l'hôpital militaire de Tunis; Pigeon, hôpital militaire Maillot, à Alger; Morvan, médecin chef de l'hôpital militaire de Rennes; Malaspina, chef de la section technique du Service de santé; Weitzel, armée française du Rhin; Jeandidier, médecin des hôpitaux militaires, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris; Duchene-Marullaz, médecin chef de l'hôpital militaire de Bourges; Plisson, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire; Chrétien, section technique du Service de santé militaire; Courvoisier, hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles; Louis, troupes du Levant; Massip, centre de réforme de Paris; Prat, Ecole polytechnique; Vallat, ministère des Pensions; Gay-Bonnet, état-major particulier du ministre de la Guerre.

Pour le grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Guyard, troupes du Maroc; Rebierre, hôpital militaire de Marseille; Mayer, centre de réforme de Nancy; Pelegrin, des salles militaires de l'hospice mixte d'Angers; Lorentz, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville; Ferron, hôpital militaire Gaujot, à Strasbourg; Brionval, hôpital militaire de Grenoble; Armeilla, médecin chef de l'Ecole militaire d'artillerie, à Poitiers; Grenier, hôpital militaire Broussais, à Nantes (laboratoire de bactériologie); Baurrier, armée française du Rhin; Chanaud, 144e d'infanterie, à Bordeaux; Julien-Laferrière, troupes du Levant; Guérin, 50e d'infanterie, à Périgueux; Georges, Commission consultative médicale; van Merris, salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens; Barailhé, salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne; Métoz, hôpital militaire de Belfort; Martin, armée française du Rhin; Verdeau, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Denis; Gensollen, 94e d'artillerie de montagne, à Nice; Andrieu, hôpital militaire Baudens, à Oran; Goursolas, hôpital militaire de Toulouse; Schneider, hôpital militaire Villemin, détaché à l'état-major de l'armée, au ministère de la Guerre; Bailly, 182e d'artillerie lourde à tracteurs; Mahaut, chirurgien des hôpitaux militaires, troupes du Maroc; Worms, professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire. *(A suivre.)*

MARINE. — Le *Journal officiel* du 25 décembre publie l'Instruction relative à l'admission en 1927 dans les trois Ecoles annexes de médecine navale et à l'Ecole principale du service de santé de la marine.

A PROPOS DES INFIRMIÈRES. — M. Touza, directeur de l'Office départemental de placement de la Seine et notre excellent confrère René Martial nous signalent la création auprès de l'Office départemental d'une section réservée aux infirmières et aux gardes-malades.

« Les promoteurs de cette institution ont pensé servir les intérêts de toutes les infirmières sans distinction, mais particulièrement des isolées et de celles qui, tout en pouvant justifier de longs états de service, avaient dépassé l'âge requis pour postuler au diplôme d'Etat.

Situé 21, *rue des Tournelles*, près de la Bastille, par conséquent dans un quartier bien central, doté en outre d'une ligne téléphonique (*Archives 44-87*), le service de placement des infirmières et gardes-malades est un organisme officiel mais qui n'a rien d'administratif.

A beaucoup de points de vue, il répond bien à l'idée que le corps médical se fait d'un tel service. Il constitue, en effet, une véritable « œuvre sociale ». D'autre part, sa valeur technique mérite de retenir l'attention. Par l'institution d'un fichier très pratique qui permet de classer les candidates selon leurs références, leur spécialité, le quartier qu'elles habitent, il est en mesure de renseigner rapidement et complètement les docteurs qui s'adressent à lui dans l'intérêt de leur clientèle.

Réaliser suivant les méthodes les plus modernes le placement des infirmières et gardes-malades vraiment qualifiées, apporter aux malades l'aide immédiate et sûre qu'ils sont en droit d'espérer, donner toutes garanties sous le rapport de la rémunération, tant à l'égard de l'employeur qui rétribue directement l'infirmière procurée qu'à l'égard de cette dernière qui peut ainsi compter sur l'intégralité de son salaire en assurant au bénéfice des deux parties l'entière gratuité du placement, tels sont les buts que se propose le service de la rue des Tournelles.

Ce dernier peut rivaliser avantageusement avec les organisations similaires, mais pour qu'il devienne véritablement le grand centre qu'on s'est proposé d'instituer, en dehors de tout particularisme, il y aurait intérêt à ce que les médecins s'efforcent de mettre leur autorité à la disposition d'une telle œuvre et la signalent en toutes occasions à leur clientèle. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le professeur Kraeplin, le célèbre aliéniste allemand, décédé à Munich; les docteurs sir Frederick W. Mott, le psychiatre anglais, fondateur des *Archives of neurologie*; Mignard, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vaucluse; Dumont Palerme, médecin-major de 1re classe en retraite, à Rodez; André Lamarre, à Paris.

COMMOTION CÉRÉBRALE ET PRONOSTIC

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Le fait de la commotion cérébrale avec perte de connaissance totale est, pour nous, le fait capital dans les traumatismes craniens; lorsqu'il n'y a pas eu commotion véritable dans un traumatisme du crâne, toutes les séquelles nerveuses et psychiques susceptibles de compliquer la commotion font généralement défaut ou comportent un pronostic bénin.

Le fait de la grandeur de la brèche osseuse laissée par une blessure du crâne est moins important de beaucoup que le fait de la commotion qui accompagne cette blessure. Que la brèche osseuse intéresse ou non les os dans toute leur épaisseur, que cette brèche atteigne ou non une surface assez grande, par exemple la surface d'une pièce de cinq francs, pour employer une formule courante, que l'on constate ou non les battements dure-mériens et l'impulsion à la toux, tout cela est assez accessoire s'il n'y a pas eu commotion avec perte de connaissance. C'est une erreur, née de l'outrance d'un certain objectivisme, que de vouloir juger un ensemble de troubles généraux par de petits signes locaux; cela conduit le médecin à une observation clinique aussi terre-à-terre, aussi vulgaire que possible qui, en vérité, serait à la portée du premier infirmier venu.

Il est résulté de ces fausses interprétations médicales qu'un blessé du crâne, largement trépané pour enlèvement d'esquilles susceptibles de comprimer le cerveau, mais peu ou même pas du tout troublé au double point de vue nerveux et psychique, jouit d'une pension relativement considérable (60 à 80 p. 100) alors qu'un commotionné cérébral type, avec ou sans plaie superficielle, ou avec petite brèche osseuse, et atteint du syndrome asthénique le mieux caractérisé et le plus pénible, ne jouit que d'une pension de 20 ou 30 p. 100 : nous croyons que les suicides sont assez nombreux dans cette dernière catégorie d'individus.

Petit à petit, — la médecine légale progressant avec le temps à cause du nombre de controverses publiques qu'elle entraîne nécessairement, — des erreurs grossières sont corrigées, des situations matérielles amendées. La loi concernant les pensions militaires est assez juste, parce qu'elle permet toujours au malade ou au blessé la revision de son infirmité : il est ainsi garanti contre toute aggravation possible. Et cela explique que la sinistrose (ensemble d'idées et d'émotions douloureuses déterminées par l'application d'un système législatif propre) soit si peu commune dans les centres de réforme de l'armée depuis la guerre. Au contraire, la loi sur les accidents du travail, à cause du délai de trois ans fixé par le législateur, favorise par crainte de l'avenir le développement des idées de revendication; il est avéré, du reste, que le nombre des traumatisés du crâne, qui sont lésés dans leurs droits après accidents du travail, est relativement élevé. La discussion en commun de toutes ces questions de pratique médicale s'impose si l'on veut réellement aboutir à quelque clarté et, partant, à quelque justice.

Chez le malade dont l'observation suit et qui a présenté une commotion cérébrale nette, quoique de courte durée, la blessure proprement dite du crâne a été sans gravité immédiate; la cicatrice n'est ni étendue ni douloureuse; la brèche osseuse est complète, mais très petite. Ces lésions locales sont presque dédaignées par le patient qui attire avant tout l'attention sur les phénomènes d'amyosthénie, anidéation, insomnie, céphalée, étourdissements, etc. Ajoutons que, si sa situation militaire n'est pas encore définitivement réglée en 1926, c'est uniquement à cause du peu d'importance, en apparence, des altérations craniennes.

Ocheronp..., Paul, vingt-cinq ans, caporal au 9e régiment d'infanterie, entre à la C. P. B. le 7 juillet 1915.

Il n'y a aucune affection spéciale à signaler dans les antécédents du malade; il a simplement été atteint de diphtérie à sept ans. Il a fait deux ans de service militaire : octobre 1911-novembre 1913.

Histoire clinique. — Mobilisé le 3 août 1914, il est parti pour les armées le 7. Blessé superficiellement par balle à Louvry (Marne) le 3 septembre 1914, au niveau de la région frontale médiane, il n'avait pas perdu connaissance. Evacué sur un hôpital de Blois, il était bientôt guéri et repartait pour le front, le 27 novembre 1914. Le 6 janvier 1915, il était de nouveau blessé par balle à Duthuille (Somme), au niveau de la région fronto-pariétale droite : cette blessure s'accompagna de perte de connaissance complète, durant dix minutes environ. La balle, arrêtée sur la dure-mère fut extraite sans difficulté et les esquilles enlevées : la réparation fut rapide. Le 7 juillet 1915, après avoir fait plusieurs formations sanitaires, à cause de malaises divers, il entrait à l'hôpital militaire Baur.

Examen spécial : 6 juillet 1915. — La blessure de guerre a laissé une perte de substance osseuse fronto-pariétale droite de la dimension d'une pièce de un franc à peine. La cicatrice est impulsive et pulsatile (très légère impulsion à la toux et petits battements dure-mériens).

Au point de vue psycho-névropathique, l'asthénie générale est aussi nette que possible. Le sentiment de faiblesse musculaire est précis. Le blessé, dessinateur dans l'ameublement, accuse de profonds troubles de la mémoire; il ne sait plus ce qu'il a appris, l'amnésie d'évocation est bien caractérisée; autrefois, dans son métier, il se plaisait à rechercher et à composer des ornementations, il en est à ce jour totalement incapable. Il accuse des troubles de la vue, dans la lecture, l'écriture ou la copie d'un dessin. Il se plaint de vertiges, d'étourdissements, de bourdonnements d'oreilles, de maux de tête paroxystiques (comme si son crâne allait éclater), et aussi de constipation, d'insomnie, d'irritabilité.

Il fait remarquer qu'il éprouve parfois comme des contractions dans l'épaule et le bras du côté gauche : l'analyse clinique établit qu'il ne s'agit pas d'épilepsie bravais-jacksonienne.

L'état général est satisfaisant : il existe plutôt de l'embonpoint (convalescence récente de trois mois).

Evolution : 1915-1926. — Le malade, après un séjour d'un mois et demi à l'hôpital, a été évacué sur le dépôt des convalescents, le 23 août 1915, et, là, après constitution de son dossier, il a été mis en congé illimité par réforme n° 1, le 10 octobre 1915 (petite brèche osseuse fronto-pariétale droite et asthénie).

Revu en février 1917, puis en novembre 1919, il a été maintenu réformé n° 1 à 30 p. 100.

Depuis 1919 jusqu'à ce jour (mars 1926), il a presque toujours travaillé un peu comme dessinateur, mais son état dysasthénique est stationnaire et sa capacité professionnelle diminuée de plus de moitié. On lui refuse une augmentation d'indemnité parce que la cicatrice fronto-pariétale droite constatée est petite et que la multiplicité des troubles subjectifs qu'il exprime est considérée comme négligeable.

En résumé, pour nous, le pronostic de la commotion cérébrale, — nous voulons dire le pronostic de la commotion cérébrale qui s'accompagne obligatoirement de perte de connaissance totale, — est autrement sérieux que le pronostic de la simple plaie cranienne, qu'elle soit pénétrante ou non. Nous estimons qu'il y a 60 ou 80 p. 100 de commotionnés qui

gardent des séquelles nerveuses et psychiques de leur traumatisme, et parmi ces séquelles l'asthénie nerveuse générale est de beaucoup la plus fréquente. Lorsque la plaie du crâne s'accompagne de commotion cérébrale, la gravité du pronostic ne dépend pas, souvent, de la plaie elle-même, mais de la commotion qui a accompagné le traumatisme.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie de l'estomac (1) : première partie. *Travaux de chirurgie* (sixième série), par Henri HARTMANN, professeur de clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Ouvrage écrit en collaboration.

Ce sixième volume des *Travaux de chirurgie* réunit une série de mémoires sur la chirurgie de l'estomac. Comme dans les volumes précédemment parus et dont la plupart sont actuellement épuisés, les auteurs tout en ne négligeant pas les travaux antérieurement publiés, se sont appuyés sur leurs observations personnelles donnant des statistiques intégrales et recherchant ce qu'étaient devenus à la longue leurs anciens opérés. Ce volume ne contient que la chirurgie gastrique.

Travaux publiés dans ce volume :

I. Statistique opératoire (H. Hartmann). — II. Examen de l'estomac (H. Hartmann). — III. Résultats de l'examen du sang chez 100 malades atteints d'ulcère ou de cancer de l'estomac Mme de Poliakoff. — IV. La gastroscopie (R. Bensaude). — V. Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum en péritoine libre (H. Hartmann). — VI. Technique des opérations pratiquées sur l'estomac (H. Hartmann). — VII. Les bouches gastro-intestinales dans le cas de pylore perméable (H. Hartmann). — VIII. Les suites immédiates de la gastro-entérostomie d'après 842 opérations consécutives (H. Hartmann et Alice Chabrut-Astaix). — IX. Résultats éloignés de la gastro-entérostomie (H. Hartmann). — X. L'ulcère peptique de jéjunum (H. Hartmann). — XI. Etude expérimentale sur les suites de la sténose pylorique provoquée chez les animaux (Adrien Metzger). — XII. Le chimisme gastrique après les opérations sur l'estomac (H. Hartmann et Nicolas Barbilian). — XIII. Suites éloignées de 100 résections gastriques pour cancer de l'estomac (H. Hartmann). — XIV. Les tumeurs non carcinomateuses de l'estomac (H. Hartmann et Robert Tarjan). La sténose hypertrophique du pylore chez l'adulte (H. Hartmann).

Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire (2), par le professeur SERGENT.

Ce Recueil n'a d'autre objet que de continuer la série de ceux qui l'ont précédé : *Les Etudes cliniques sur la tuberculose* et *Les Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire*. Il est fait de la simple réunion des principales recherches personnelles publiées depuis et qui ont fait la matière de l'enseignement durant ces dernières années. Il ne renferme qu'une partie des *Etudes sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire*, dont l'autre partie a été condensée l'an dernier dans les deux fascicules des *Grands Syndromes respiratoires*.

Ainsi se trouve constitué un ensemble dont les diverses parties sont inséparables. Dans les fragments de cet ensemble bon nombre de sujets se retrouvent, scandant, en quelque sorte, par étapes successives, les acquisitions de la pratique clinique et les modifications progressives d'une conception personnelle sur telle ou telle question.

C'est ainsi que le chapitre consacré, dans le présent Recueil, au terrain tuberculeux n'est que la suite du même chapitre, contenu dans les premières *Etudes cliniques sur la tuberculose* et complète les développements exposés dans l'article Généralités cliniques sur la tuberculose du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*. A la suite de ce chapitre, et en étroite connexion avec lui, sont réunies les plus récentes publications sur les rapports de la tuberculose et de la grossesse, de la tuberculose et de la syphilis.

C'est ainsi, encore, que les pages réservées à l'exploration et à la séméiologie clinique de l'appareil respiratoire apportent un important complément à celles des Recueils antérieurs. On y trouvera une étude de la méthode des injections intratrachéales de lipiodol de Sicard et Forestier appliquée à l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire. On y trouvera également la contribution anatomo-clinique que l'auteur s'est efforcé d'apporter à l'étude de la distribution lobaire de la tuberculose pulmonaire et de la séméiologie clinique des atteintes scissurales.

Le lecteur, enfin, pourra compléter son jugement sur la conception générale que l'auteur s'est fait de la tuberculose, de la valeur des éléments de diagnostic et de pronostic de la tuberculose pulmonaire et des bases cliniques de la lutte antituberculeuse, en se reportant au volume (actuellement sous presse) qui sera édité par les soins du gouvernement de la province de Québec et qui contiendra l'ensemble des conférences que l'auteur a faites l'an dernier aux Universités Laval de Québec et de Montréal.

Bien que ce Recueil soit consacré essentiellement à des études cliniques, l'auteur a pensé qu'il pourrait y faire figurer quelques publications d'ordre social concernant la lutte antituberculeuse; en effet, à son avis, cette lutte, pour être efficace, doit construire son programme sur des bases cliniques.

Les Accidents sériques. Prophylaxie. Traitement (1), par R.-J. WEISSENBACH et Gilbert DREYFUS. Collection des Actualités de médecine pratique. Directeur : docteur R.-J. WEISSENBACH, médecin des hôpitaux de Paris.

Les indications de la sérothérapie se sont considérablement étendues depuis quelques années, et il n'est pas de médecin qui n'ait eu à observer et à traiter plusieurs cas d'accidents sériques, d'ordinaire bénins, mais parfois inquiétants, sinon graves.

De nombreux travaux, épars dans les comptes rendus des sociétés ou dans les revues médicales, ont récemment modifié et enrichi nos connaissances concernant la description et le traitement de ces accidents.

Les auteurs ont, dans ce livre, réuni et clairement exposé toutes les notions anciennes et nouvelles ayant trait aux accidents sériques.

La description clinique et le diagnostic, spécialement en ce qui concerne les formes atypiques, si souvent occasion d'erreur, la prophylaxie et le traitement sont l'objet des chapitres auxquels ils ont donné le plus grand développement, étant donnée leur importance pratique.

Le médecin trouvera dans cet ouvrage tout ce qu'il lui est utile de connaître concernant les accidents sériques.

L. G.

L'Ionisation de l'œil. Technique. Résultats (2), par le docteur André CANTONNET, ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon.

Le docteur A. Cantonnet s'est beaucoup occupé de l'ionisation de l'œil. Cette méthode donne d'heureux résultats en d'autres spécialités. En donne-t-elle en ophtalmologie? C'est ce qu'il est intéressant de savoir exactement. Le moment est venu de s'en rendre compte.

Le docteur Cantonnet dispose d'une documentation considérable portant sur 6.000 à 7.000 séances d'ionisation oculaire. Dans le présent livre il rapporte 412 observations d'ionisation dans les diverses affections de l'œil. Avec ce matériel clinique on peut déjà se faire une idée précise des résultats à attendre de cette méthode. La technique est minutieusement expliquée.

(1) Un volume de 336 pages avec 115 figures. — Prix de base pour la France : 40 fr. En plus hausse variable (40 p. 100 juillet 1926). Prix fixe pour l'étranger : 1 dollar 60. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 538 pages avec 69 figures et 39 planches hors texte. — Prix : 65 francs. — Paris, N. Maloine.

(1) In-8 de 160 pages. — Prix : 11 fr., plus 40 p. 100 de hausse, soit 15 fr. 40. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Un volume de 95 pages et 7 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Norbert Maloine.

Ce livre est le guide indispensable pour l'ionisation de l'œil. Cette méthode commence à se répandre notablement et l'auteur ne se trompe peut-être pas lorsqu'il dit : « Avant dix ans, tous les ophtalmologistes feront de l'ionisation. »

L. G.

Annuaire général 1926 des officiers du service de santé (1).

Cet *Annuaire* formant un volume in-8 de 462 pages vient de paraître chez les éditeurs Charles Lavauzelle et Cie. Il comprend, pour tous les grades, les listes d'ancienneté complètes, à jour au 1er octobre 1926, l'état civil, la suite des services et l'affectation de tous les officiers du cadre actif du Service de santé militaire : médecins, pharmaciens, officiers d'administration. Il donne les mêmes renseignements pour les adjudants-chefs et les adjudants infirmiers et renferme la liste des élèves de l'École du service de santé militaire.

Le détail des radiations survenues pendant l'année écoulée, la répartition des médecins, pharmaciens et officiers d'administration entre les régions, enfin le tableau d'avancement et les tableaux de concours de la Légion d'honneur et de la Médaille militaire pour 1926, achèvent de rendre ce document indispensable à tout le personnel du Service de santé.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Fernand WIDAL.) — *Cours de perfectionnement*, sous la direction de M. le professeur Lemierre et de MM. Abrami et Brulé, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses et de l'auto-agglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique : rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon).

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 10 janvier et seront terminés le 1er février 1927.

Le droit d'inscription est fixé à 200 fr. pour chacun des cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— CLINIQUE MÉDICALE de l'hôpital Saint-Antoine. (Professeur : M. BEZANÇON.) :

Organisation de l'enseignement. — Tous les jours sauf le mardi et le vendredi, à 10 h. 1/2, présentation de malades.

Le mercredi, la visite et la présentation de malades seront faites dans les salles des tuberculeux par M. Bezançon, avec le concours de M. Braun, ancien chef de clinique, assistant du service des tuberculeux.

Le vendredi, à 10 h. 1/2, leçon par le professeur à l'amphithéâtre de la clinique.

Objet du cours : l'œuvre de Laennec et l'état actuel de nos connaissances en pathologie respiratoire.

Le mardi, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique, leçon sur les méthodes d'exploration des voies respiratoires par M. Bezançon et par MM. I. de Jong et Binet, agrégés, médecins des hôpitaux; M.-P. Weil, médecin des hôpitaux ; Jacquelin, Azoulay, E. Bernard, chefs de clinique; Tribout et Guillaumin chefs des laboratoires de radiologie et de chimie.

Enseignement aux stagiaires : le matin à 9 h. 1/2, leçon élémentaire de pathologie médicale à l'amphithéâtre de la clinique par MM. A. Jacquelin, E. Bernard, Weissman-Netter, chefs de clinique.

Service des laboratoires : MM. M.-P. Weil, médecin des hôpitaux; Charles-O. Guillaumin, docteur en Pharmacie; docteur Etchegoïn et docteur Duchon, chefs de laboratoire.

Service radiologique : docteur Tribout, chef de laboratoire.

Service du pneumothorax artificiel : le mardi et le vendredi, à 10 h. 1/2 par le docteur Braun et Mlle le docteur Frey.

Traitement par les agents physiques : M. le docteur Biancani.

Un cours complémentaire de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire, par M. le professeur Bezançon, avec la collaboration de MM. les docteurs Braun, M.-P. Weil, Azoulay, Tribout, Guillaumin et Etchegoïn, aura lieu du 10 juin au 10 juillet 1927.

— CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ. (Hôpital Cochin. Professeur : M. Pierre DELBET; assistant : M. Pierre Mocquot, agrégé, avec le concours de MM. Chevassu, agrégé, chirurgien des hôpitaux; Charles Girode et Jacques Leveuf, chirurgiens des hôpitaux; J. Lascombe et Godard, chefs de clinique; Herrenschmidt et Beauvy, chefs de laboratoire.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — *Enseignement magistral.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. : Opérations par le professeur.

Jeudi et samedi, à 10 h. : Leçon clinique avec présentation de malades par le professeur.

Enseignement complémentaire. — Tous les jours, à 9 h. : Examen des malades dans les salles par les chefs de clinique.

Lundi, à 10 h. : Consultation et clinique gynécologiques, par M. Mocquot (pavillon Bouilly).

Mardi, à 9 h. : Leçon de séméiologie par les chefs de clinique; — à 11 h. : Leçon et exercices d'urologie, par M. Chevassu.

Mercredi, à 9 h. : Leçon de petite chirurgie, par M. Girode.

Vendredi, à 9 h. : Exercices de laboratoire, dirigés par MM. Herrenschmidt et Beauvy; — à 10 h. : Leçon sur la chirurgie d'urgence, par M. Leveuf.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — COURS PRATIQUE D'HISTOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE LA PEAU, du 12 janvier au 18 février 1927, sous la direction du docteur Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de MM. Gastou, L. Périn, Lafourcade et Rimé.

Les cours auront lieu le mercredi 12 janvier et les jours suivants, à 2 h., à l'hôpital Saint-Louis.

Droit : 350 fr. — S'inscrire au laboratoire de la salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis, de 9 à 11 h., sauf le mercredi. Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Périn.

(1) Prix : broché, 10 fr. ; relié, 12 fr. Majoration en sus 20 p. 100. — Paris, Ch. Lavauzelle et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINE DE VINCENT

Isolée en 1896 par le professeur Vincent, elle est essentiellement caractérisée :

Cliniquement par son caractère *ulcéro-membraneux*;

Bactériologiquement par l'association de deux germes spéciaux : *association fuso-spirillaire.*

1° **ETIOLOGIE**. — Affection nettement *contagieuse*, l'angine de Vincent s'observe :

Age. — A tout âge, mais plus particulièrement chez les enfants, les adolescents.

Terrain. — Le manque de soins hygiéniques de la bouche.

Les caries dentaires, l'éruption de dents de sagesse.

Enfin, l'état de moindre résistance des surmenés, des débilités, constituent autant de causes prédisposantes.

L'angine de Vincent est :

Soit primitive,

Soit secondaire et greffée sur une stomatite ou une lésion amygdalienne, (après amygdalectomie par exemple).

2° **CLINIQUE**. — Dans sa forme typique, elle évolue généralement en deux phases :

1° **Phase diphtéroïde**. — *a*. Elle débute généralement comme une angine banale par :

De la fatigue avec courbature, malaise général, céphalalgie;

La température est légère, mais peut atteindre 38°.

La gorge est un peu douloureuse et enflammée.

b. Puis l'affection *semble se localiser*. Sur une amygdale apparaît :

Une fausse membrane, grisâtre, « crayeuse ».

Généralement unique.

Molle, peu épaisse, à contours irréguliers.

Finissant par recouvrir toute l'amygdale, empiétant même parfois sur les régions voisines.

Assez facile à détacher, elle se reproduit rapidement après ablation.

Au-dessous, la surface érodée saigne facilement.

Autour, la muqueuse est rouge, œdématiée, enflammée.

L'adénopathie sous-maxillaire est presque constante, les ganglions engorgés sont un peu gros et douloureux.

La salivation est exagérée, l'haleine fétide.

En résumé. — Angine à fausse membrane pouvant faire penser à la diphtérie, mais fait important bien que l'angine date de plusieurs jours, les *fausses membranes restent localisées à l'amygdale, en tout cas elles ne dépassent jamais la ligne médiane.*

Signes généraux. — Sont peu marqués :

Température à 38, 38°5.

Asthénie, fatigue.

Parfois même, il n'y a pas de température.

Diagnostiquée et traitée, l'affection peut être enrayée.

Abandonnée à elle-même, elle aboutit à

2° **Phase ulcéro-membraneuse**. — *Vers le troisième ou quatrième jour*, l'aspect se modifie, l'amygdale devient le siège d'une

Ulcération : arrondie ou irrégulière anfractueuse, à bords taillés à pic.

Elle est recouverte d'une matière caséeuse blanchâtre qui s'enlève facilement par râclage, laissant soit une ulcération profonde, bourgeonnante et saignante.

Enfin l'amygdale au toucher n'est pas indurée.

Les ganglions sous-maxillaires sont hypertrophiés et douloureux.

Signes fonctionnels. — La dysphagie est marquée.

L'haleine fétide.

La salivation abondante.

Signes généraux. — Sont toujours importants.

Evolution. — *a*. Traitée énergiquement la réparation peut être rapide;

b. Non traitée.

a) Généralement du *huitième au dixième jour* :

L'amygdale se nettoie;

Les signes fonctionnels s'atténuent;

La température tombe et la guérison survient.

b) Dans d'autres cas l'angine tenace persiste quinze jours et plus.

Quoi qu'il en soit :

Les *récidives* sont fréquentes.

3° **FORMES CLINIQUES**. — **Forme pseudo-membraneuse pure**. — Rare, simule la diphtérie, et pour certains auteurs serait due au seul bacille fusiforme.

Forme pultacée. — Comme la précédente ne peut être diagnostiquée que par le laboratoire.

Formes associées. — A la diphtérie.

A la syphilis de l'amydale.

En réalité il *s'agit de diphtérie, de syphilis amygdalienne secondairement infectées par les fuso-spirilles.*

4° **COMPLICATIONS**. — Sont exceptionnelles. Elles peuvent être :

Locales. — Ce sont :

Les stomatites ulcéreuses;

Les rhinites et les sinusites, les laryngites;

Les suppurations : phlegmon de l'amygdale, adéno-phlegmons sont toujours dus à des microbes associés.

Générales. — Très rares; comme dans toutes les angines résultent d'infection secondaire, streptococcique surtout.

Néphrites, endocardite, érythèmes polymorphes.

5° **DIAGNOSTIC**. — 1° **Positif**. — Sera surtout basé sur :

L'unilatéralité des lésions;

Leur caractère ulcéreux.

Il reste souvent extrêmement difficile, il faut dans tous les cas avoir recourt au :

Laboratoire. — *Sur frottis direct*, coloré au violet de gentiane, l'on voit :

Bacilles fusiformes, en fuseau allongé, effilé à ses deux extrémités :

Soit isolés;

Soit groupés par deux ou même en « amas confluent. »

Spirilles, isolés ou groupés, verrue, enroulés, long et flexueux.

Bacille fusiforme et spirilles *ne prennent pas le gram.*

Souvent l'on voit encore des **microbes associés** staphylo-streptocoque.

Enfin, quelques leucocytes polynucléaires.

Différentiel. — *a*) Au début : le diagnostic se pose avec :

La diphtérie. — Diagnostic très difficile.

En dehors de l'unilatéralité des lésions, seul l'examen bactériologique peut trancher le diagnostic.

Les autres angines pseudo-membraneuses. — Streptococcique et autres, là encore seul le laboratoire tranchera le diagnostic.

Les plaques muqueuses diphtéroïdes. — La fausse membrane « porcelénique » adhère fortement à la muqueuse. Laboratoire.

b) A la phase ulcéreuse:

Le chancre amygdalien. — Mais :

Il est recouvert d'un enduit cohérent.

L'induration est un signe pathognomonique, mais peut dans certains cas exceptionnels manquer.

L'adénopathie a des caractères bien particuliers.

Comme dans les plaques muqueuses à l'ultra.

Spirochètes de Shaudin à spires plus fines et plus serrées.

Les gommes amygdaliennes, à la phase ulcéreuse,

Les ulcérations tuberculeuses prêtent peu à confusion.

TRAITEMENT. — Localement : pratiquer des attouchements deux fois par jour de :

Bleu de méthylène ou de

Novarsénobenzol en poudre ou solution glycérinée.

Dans les cas rebelles, injection intra-veineuse de novarsénobenzol.

Enfin, grands lavages de la gorge et gargarismes boriqués.

TABLE DES MATIÈRES

1926

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

Q

R

S

T

U

V

X

Y

Z

TABLE DES AUTEURS

1926

C

D

E

F

G

M

T

U

V

W

Y

Z

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE